

UNIVERSIDADE DE COIMBRA  
FACULDADE DE ECONOMIA

## **Modelos de Gestão Hospitalar**

- Análise Comparativa -

Célia Maria de Sá Reis

Coimbra, 2011

UNIVERSIDADE DE COIMBRA  
FACULDADE DE ECONOMIA

## **Modelos de Gestão Hospitalar**

- Análise Comparativa -

**Célia Maria de Sá Reis**

Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Gestão e Organização dos Serviços de Saúde, na Universidade de Coimbra sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora Ana Escoval, da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa e do Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira, da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Coimbra, 2011

À memória de meu Pai...

Sempre presente graças a uma Mãe  
excepcional.

## ÍNDICE GERAL

<b>Introdução</b> .....	<b>1</b>
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	4
<b>CAPÍTULO 1. As reformas da Administração Pública e a sua influência no Sistema de Saúde Português</b> .....	<b>4</b>
1.1. A expansão do papel do Estado na sociedade e a instituição do SNS.....	4
1.2. A crise do Estado Providência e a emergência de uma maior liberalização.....	7
1.3. Novo Milénio: manter, reforçar ou reduzir o papel do SNS.....	11
<b>CAPÍTULO 2 – O Hospital Português</b> .....	<b>16</b>
2.1. As origens dos hospitais portugueses.....	16
2.2. A autonomização dos hospitais públicos e a instituição dos institutos públicos.....	18
2.3. Dos “velhos” aos “novos” hospitais – alterações estatutárias.....	19
2.4. O regime jurídico do hospital público.....	21
<b>CAPÍTULO 3. Modelos de gestão dos hospitais públicos</b> .....	<b>34</b>
3.1. Hospital do Sector Público Administrativo (de 1988 à actualidade).....	34
3.2. O caso do Hospital Amadora-Sintra (de 1995 a 2008).....	36
3.3. Hospital Sociedade Anónima (de 2003 a 2005).....	38
3.4. Hospital Entidade Pública Empresarial (de 2006 à actualidade).....	39
PARTE II – COMPONENTE EMPÍRICA.....	41
<b>CAPÍTULO 1 – Metodologia de Investigação</b> .....	<b>41</b>
1.1. Objecto de Estudo.....	41
1.2. Instrumento de Análise: Questionário Modelos de Gestão dos Hospitais Públicos.....	42
1.3. Caracterização do painel de peritos.....	53
<b>CAPÍTULO 2 – Apresentação de Resultados</b> .....	<b>55</b>
2.1. Hospitais SPA.....	55
2.2. Hospital Amadora-Sintra.....	59
2.3. Hospitais SA.....	62
2.4. Hospitais EPE.....	64
<b>CAPÍTULO 3 – Análise de Resultados</b> .....	<b>70</b>

3.1. Estrutura Organizacional.....	70
3.2.Participação e Consulta .....	82
3.3. Recursos Humanos.....	83
3.4. Fiscalização e Acompanhamento.....	89
3.5. Financiamento .....	108
<b>CAPÍTULO 4 – Conclusões .....</b>	<b>113</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>119</b>
<b>Legislação .....</b>	<b>124</b>
<b>Apêndice A: Questionário .....</b>	<b>128</b>

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Estrutura da tese .....	3
Quadro 2 – Regime Jurídico dos Hospitais Públicos .....	22
Quadro 3 - Principais traços caracterizadores das modalidades contratuais .....	31
Quadro 4 – Dimensões Analisadas .....	43
Quadro 5 – Itens seleccionados na dimensão estrutura organizacional por modelo de hospital .....	45
Quadro 6 – Itens seleccionados na dimensão participação e consulta por modelo de hospital .....	46
Quadro 7 – Itens seleccionados na dimensão recursos humanos por modelo de hospital.....	47
Quadro 8 – Itens seleccionados na dimensão fiscalização e acompanhamento por modelo de hospital .....	50
Quadro 9 – Itens seleccionados na dimensão financiamento por modelo de hospital.....	51
Quadro 10 – Destinatários dos emails enviados.....	54
Quadro 11 – Média das Respostas Obtidas nos Hospitais SPA antes da reforma de 2004.....	56
Quadro12 – Média das Respostas Obtidas nos Hospitais SPA após reforma de 2004.....	58
Quadro 13 – Média das Respostas Obtidas no Hospital Amadora Sintra .....	60
Quadro 14 – Média das Respostas Obtidas no Hospital SA.....	63
Quadro 15 – Média das Respostas Obtidas no Hospital EPE .....	65
Quadro 16 – Estrutura Organizativa.....	71
Quadro 17 – Composição do CA .....	74
Quadro 18 – Direcção Técnica.....	75
Quadro 19 – Delegação de Competências.....	77
Quadro 20 – Estatuto dos Membros do CA.....	78

Quadro 21 – Controlo Governamental.....	81
Quadro 22 – Órgão de Participação e Consulta .....	83
Quadro 23 – Sistema de Incentivos .....	88
Quadro 24 – Endividamento.....	91
Quadro 25 – Regime de Contratação.....	94
Quadro 26 – Informação para a Gestão.....	100
Quadro 27 – Política de Investimento .....	101
Quadro 28 – Controlo Financeiro.....	103
Quadro 29 – Contas Nacionais .....	106
Quadro 30 – Regime de Criação e Extinção .....	108

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráf. 1 – Hospitais SPA (até 2004).....	68
Gráf. 2 – Hospitais SPA (pós 2004).....	68
Gráf. 3 – Hospital c/ gestão privada.....	68
Gráf. 4 – Hospitais SA.....	68
Gráf. 5 – Hospitais EPE .....	68

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Exemplo de escala.....	52
-----------------------------------	----

## **Lista da Abreviaturas**

ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
ACT	Acordo Colectivo de Trabalho
CA	Conselho de Administração
CSC	Código das Sociedades Comerciais
CG	Contrato de Gestão
EPE	Entidade Pública Empresarial
HFF	Hospital Fernando da Fonseca
LBS	Lei de Bases da Saúde
LEO	Lei de Enquadramento Orçamental
LGH	Lei de Gestão Hospitalar
MS	Ministério da Saúde
OE	Orçamento de Estado
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PEC	Programa de Estabilidade e Crescimento
PIDDAC	Plano de Investimentos e Desenvolvimento da Administração Central
POC	Plano Oficial de Contabilidade
POCMS	Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde
POCP	Plano Oficial de Contabilidade Público
PPP	Parceria Público-Privado
ROC	Revisor Oficial de Contas
SA	Sociedade Anónima
SEC	Sistema Europeu de Contas Económicas Integradas
SEE	Sector Empresarial do Estado
SG	Sociedade Gestora
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPA	Sector Público Administrativo
TC	Tribunal de Contas

## **Agradecimentos**

Quero expressar os meus sinceros agradecimentos aos meus orientadores – Professora Ana Escoval da Escola Nacional de Saúde Pública e Professor Pedro Lopes Ferreira da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, pelos contributos que me facultaram para a concretização deste trabalho e pela motivação que sempre me imprimiram.

Endereço também um agradecimento especial ao Dr. Artur Vaz, presidente do Conselho de Administração do Hospital Fernando da Fonseca pelas críticas realizadas ao meu trabalho que em muito contribuíram para o enriquecer, assim como pelo estímulo e permanente disponibilidade que sempre demonstrou.

Ao meu amigo de Coimbra, o Professor Vítor Raposo da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, dirijo um agradecimento pelos comentários e pela ajuda que me proporcionou na revisão final do texto. Uma palavra de agradecimento ao Dr. Carlos Santos do IPO de Coimbra e ao Dr. Nuno Arez do IPO de Lisboa pelas sugestões que me facultaram. Também ao Professor Óscar Lourenço agradeço as suas palavras reconfortantes e o ânimo que sempre me transmitiu para terminar esta tese.

Quero também dirigir uma palavra de agradecimento a todos aqueles que tiveram a amabilidade de despendere algum do seu preciso tempo para responder ao meu questionário.

Endereço um agradecimento ao meu ex-chefe Dr. Pedro Mendes da ARS Centro pela oportunidade que me facultou em frequentar o Mestrado e pela compreensão demonstrada nos momentos de avaliação.

Por último, uma palavra de reconhecimento à minha Mãe e Irmãs pelas palavras talentosas nos momentos de maior desânimo.

À minha Mãe pelo seu apoio incondicional e por ter mantido sempre presente a memória do meu Pai.

## RESUMO

As décadas de oitenta e noventa caracterizam-se por uma profunda alteração no *modus operandus* da Administração Pública, da qual o sistema de saúde português também se ressentiu. De facto, e após a tomada de consciência de que o modelo de Administração Pública assente no Estado Social era fortemente hierarquizado e burocrático, os governos adoptaram novas formas de governação baseadas em modelos mais liberais cujas intervenções apontavam para a introdução de “mecanismos de mercado” no modelo de funcionamento dos prestadores e na sua relação com os financiadores. A reforma do sector da saúde passou, assim, a ser influenciada pelas reformas organizacionais propostas pela *New Public Management* (NPM) que preconiza a adopção de regras de gestão empresarial e assenta na clarificação da responsabilidade, na melhoria do desempenho e na responsabilização/prestação de contas aos utilizadores – *accountability* – como instrumento de controlo da despesa pública e de equilíbrio orçamental.

Nesta conformidade, foram ensaiados novos modelos de gestão dos serviços públicos, incluindo dos serviços de saúde, com o intuito de flexibilizar e aumentar a eficiência dos sistemas de saúde, através do recurso a formas de privatização da própria Administração Pública, e que se consubstanciaram quer em mudanças organizacionais dos hospitais pertencentes ao sector público administrativo (SPA), quer na introdução de novas formas de gestão com a sua transformação em empresas públicas, quer ainda através do recurso a parcerias entre o sector público e privado.

Neste trabalho, propomo-nos analisar os modelos de gestão e organização das unidades hospitalares que integram a rede pública de prestação de cuidados de saúde, estabelecendo as principais semelhanças e diferenças. Assim, será considerado o modelo de estrutura organizacional existente no hospital, a existência ou não de órgão de participação e consulta, o modelo de contratação de recursos humanos, as regras de fiscalização e acompanhamento e as modalidades de financiamento da actividade hospitalar.

Não sendo nossa pretensão, estabelecer um ranking ou uma ordenação de modelos de gestão de hospitais que mais contribuem para o seu desempenho, pretendemos contudo avaliar as potencialidades de cada modelo, no actual contexto governativo de fortes restrições orçamentais e contribuir para um maior esclarecimento dos responsáveis e decisores políticos.

## ABSTRACT

The 80's and 90's are characterized by a deep alteration in the *modus operandi* of the Public Management, of which the Portuguese health care has also been affected. In fact, and after becoming aware of the model of the Public Management established/ settled in the Social State that was strongly hierarchical and bureaucratic, governments adopted news ways of governance based on more liberal models in which the interventions pointed to an introduction of "market mechanisms" in the functioning model of the contractors and in their relation with the financial backers. The reformation of the health sector has then become influenced by the organizational reformations proposed by the New Public Management (NPM) that enhances the business management and is based on the enlightenment of responsibility, on the improvement of performance and on accountability /provider of auditors to the users – accountability – as a instrument of control of public expense and budget balance.

According to this, new management models of public services have been experienced, including health care services, turning to ways of privatization of the Public Management, and become crucial in the organizational changes of hospitals belonging to the SPA, whether by the introduction of new ways of management with its transformation in public companies, or even gathering partnership between the public and private sector.

In this work, we propose to analyze the management models and the organization of hospital units which become a part of the public network of health care services, establishing the main similarities and differences. Therefore, it will be taken in consideration the model of organizational structure existing in the hospital, the existence or inexistence of an organism of participation and consultation, the model of human resources department, the rules of inspection and accompaniment and the financing modalities of the hospital activity.

Our pretension is not to establish a ranking, nor an ordering of models of hospital management that contribute the more in their performance. We pretend to evaluate the potentialities of which model in the current governmental context of strong budget restrictions and to contribute for a better enlightenment for the responsible agents and the politic deciders.

## Introdução

Os hospitais públicos constituem, no ordenamento jurídico português, um dos elementos estruturantes do Serviço Nacional de Saúde<sup>1</sup> (SNS) que se caracterizam por ser estruturas complexas, quer no seu desenho, quer do ponto de vista funcional, indo a sua actividade principal, muito para além da prestação de cuidados de saúde (Casella, 2009; Vaz, 2010). De facto, existe um outro conjunto de actividades que também é desenvolvido no seio de uma organização hospitalar nomeadamente de investigação, de treino e de formação de gerações vindouras de profissionais que amplificam toda aquela complexidade.

Por isso, as regras a observar de gestão e organização dos hospitais assumem particular relevância e colocam constantes e crescentes desafios a gestores, profissionais e decisores políticos, sobretudo no contexto actual de fortes constrangimentos financeiros e de maior consciencialização por parte dos utentes dos seus direitos que resultam em exigências crescentes (Vaz, 2010).

Nos últimos tempos, o sector da saúde e particularmente o subsector hospitalar tem sido alvo de mudanças ao nível da gestão, essencialmente fundamentadas pela necessidade em melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços preconizadas pelo *New Public Management* (NPM) e que se consubstanciaram, quer na introdução de mudanças organizacionais dos hospitais pertencentes ao SPA, quer na introdução de novas formas de gestão, estas últimas suportadas pela empresarialização dos hospitais. Saliente-se que estas mudanças se inserem num movimento mais amplo de reforma dos sistemas de saúde europeus, que se caracteriza pela alteração do papel do Estado nos sistemas de saúde acompanhado do aparecimento do sector privado na prestação de cuidados de saúde (Saltman e Figueiras, 1998), não reflectindo necessariamente uma privatização do sector da saúde (Saltman e Busse, 2002).

O hospital público português tem «acompanhado a evolução verificada nos países do primeiro mundo relativamente a instalações, dotação de tecnologias e diferenciação de recursos humanos» mas «não acompanhou da mesma forma os modelos de organização, administração e gestão que se mantiveram modulados por uma cultura persistentemente centralista da governação em saúde, enredado numa teia burocrática e de comando/controlo que se reproduzem internamente na organização» (Raposo, 2007: 293). Ou seja, o modelo tradicional de gestão hospitalar revelou-se incapaz para satisfazer o novo paradigma de serviço público, tendo-se

---

<sup>1</sup>A par das unidades locais de saúde, agrupamentos de centros de saúde, unidades de saúde familiar e cuidados continuados integrados.

enveredado em 2002, por uma reforma estrutural do sector da saúde, cujas principais alterações ocorreram no sector hospitalar, com a empresarialização de hospitais e o lançamento de Parcerias Público Privado (PPP).

Com a empresarialização hospitalar, isto é, a conversão dos hospitais em empresas públicas, o Estado pretendia atribuir-lhes maior autonomia e responsabilidade com a finalidade de obter melhores resultados em termos de eficiência e rentabilidade. O processo de empresarialização dos hospitais públicos foi iniciado em 2002, com a adopção da forma mais autónoma – as empresas do tipo societário para, três anos depois, as transformar em entidade pública empresarial (EPE). Refira-se que, não obstante, a privatização dos hospitais públicos estar afastada por imperativos constitucionais, a realidade é que aquela primeira forma de empresarialização – os hospitais SA de capitais exclusivamente públicos, suscitou muitas dúvidas à população e nos diversos quadrantes políticos, nomeadamente pelo facto dos estatutos preverem a possibilidade de se associarem entidades privadas, salvaguardada naturalmente a posição maioritária do Estado.

Com a transformação em entidades empresariais, pelo governo do PS, com o Ministro da Saúde Correia de Campos, pretendia-se afastar qualquer tentativa de privatização dos serviços de saúde, mantendo contudo a estratégia de empresarialização que se acreditava ser indutora de maior eficiência.

A adopção de modelos PPP na saúde enquanto instrumento estratégico de modernização e expansão dos serviços públicos surge com o intuito de favorecer o recurso a fontes de financiamento privado e a inovadoras formas de “engenharia financeira” (OPSS, 2003), permitindo no curto prazo “contornar” as fortes restrições orçamentais impostas pelo PEC.

Todavia, e apesar dos diferentes modelos ensaiados num horizonte temporal relativamente curto – uma década sensivelmente – o Estado não tem primado pela sua avaliação e medição dos impactos na gestão e eficiência das unidades hospitalares. O presente estudo insere-se no âmbito das políticas públicas de saúde e tem como objectivo principal contribuir para uma maior consciencialização e sistematização por parte dos decisores e gestores das semelhanças e diferenças existentes entre os modelos de gestão dos hospitais públicos em Portugal, assim como das potencialidades de cada modelo para o desempenho do estabelecimento hospitalar, distinguindo, simultaneamente, os aspectos regulamentares da prática corrente e efectiva da administração hospitalar.

Para tal, e após uma intensa pesquisa bibliográfica com o intuito de enquadrar a temática referente aos modelos de gestão hospitalar no âmbito das alterações ao modelo de governação vigente na Administração Pública portuguesa, socorremo-nos

de um instrumento de recolha de dados – o questionário – para aferir do grau de importância de cada item identificado relativo a cada modelo para o desempenho do modelo de gestão hospitalar, através da sua classificação em ponto forte ou fraco.

O presente trabalho encontra-se estruturado em duas partes principais:

- A **Parte I** onde se procede ao enquadramento teórico da evolução do papel do Estado no sistema de saúde português assim como a uma descrição dos regimes jurídicos e dos respectivos modelos de gestão existentes até à data nos hospitais que integram a rede pública de prestação de cuidados em Portugal,
- A **Parte II** que corresponde à componente empírica deste trabalho encontra-se dividida em quatro capítulos. O capítulo 1 explana a metodologia de investigação utilizada, o capítulo 2 apresenta os resultados obtidos através do questionário, o capítulo 3 analisa criticamente os resultados, estabelecendo a comparação entre os diversos modelos de gestão identificados e o capítulo 4 expõe as conclusões deste trabalho, referindo as principais limitações ou condicionantes e aponta possíveis linhas de investigação futura.

O Quadro 1 resume a estrutura da tese apresentando as grandes áreas e os principais objectivos associados a cada uma dessas áreas.

	Introdução	Enquadramento na área da saúde; apresentação dos objectivos e da estrutura da tese.
Enquadramento Teórico	Sistema de Saúde Português	Analisa a influência do modelo de Administração Pública nos sistemas de saúde, particularmente no caso português.
	O hospital português	Identifica os modelos de gestão dos hospitais públicos existentes em Portugal
	Modelos de Gestão Hospitalar	Descreve os modelos de gestão dos hospitais públicos existentes em Portugal
Componente Empírica	Metodologia de investigação	Define o objecto de estudo, instrumento de recolha de dados, painel de peritos.
	Apresentação de resultados	Resume os resultados relativo a cada modelo.
	Análise de resultados	Analisa os resultados tendo em conta os aspectos regulamentares e a prática efectiva em cada modelo.
	Conclusões	Conclusões e pistas para projectos futuros.
	Apêndice	Questionário utilizado.

Quadro 1 – Estrutura da tese

## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **CAPÍTULO 1. As reformas da Administração Pública e a sua influência no Sistema de Saúde Português**

A reforma da Administração Pública e o debate em torno das funções do Estado são temas que têm constado na agenda do sector da saúde fundamentalmente pelas repercussões que podem ter na gestão e organização dos sistemas de saúde (Harfourche, 2008). Com efeito, uma breve incursão pela história do sistema de saúde português dá-nos conta que, apesar da assunção crescente de responsabilidades por parte do Estado na definição das políticas de saúde – situação que se tornou particularmente evidente a partir do século XX, verifica-se que os contornos da sua actuação ao longo dos tempos têm sofrido importantes oscilações.

É sobre este assunto que nos iremos debruçar, começando por abordar os diferentes estádios da governação em saúde e analisar em que medida o modelo de Administração Pública determinou alterações no sistema de saúde português, nomeadamente no que concerne ao modelo de serviço público de saúde. Começaremos por abordar o alargamento e expansão do papel do Estado na sociedade e a instituição do SNS (1.1.). Depois, apresentamos uma breve referência à crise do Estado Providência que desembocou na emergência de uma maior liberalização na prestação de cuidados de saúde (1.2.) e, por último, faremos referência à evolução do SNS, no contexto das reformas organizativas introduzidas no sistema de saúde português (1.3.).

#### **1.1. A expansão do papel do Estado na sociedade e a instituição do SNS**

A intervenção do Estado e a sua expansão na sociedade é um fenómeno que data da primeira metade do século XX (Reis, 2004; Bilhim, 2000). Acontecimentos de âmbito internacional como foram a abolição da propriedade privada na Rússia, o fim da I Guerra Mundial e a grande depressão dos anos 30 nos EUA marcaram definitivamente o fim do abstencionismo económico do Estado que a representação liberal do século XVIII postulava (Moreira, 1997). Paralelamente, assiste-se à emergência das teorias Keynesianas que preconizam o intervencionismo estatal como “motor” do crescimento económico e do desenvolvimento social. São estas as determinantes do desenvolvimento de um modelo de Estado assente num contrato social de “Estado de bem-estar” também conhecido por Estado de Welfare que tende

progressivamente a assumir-se como prestador, financiador e regulador do sistema (OPSS, 2003). Convém referir que este alargamento e aprofundamento do Estado no domínio económico e social também se fez sentir em Portugal, nomeadamente na área da saúde, embora com algum desfasamento temporal em relação à Europa.

Em Portugal, este movimento de crescente envolvimento do Estado nas tarefas da saúde inicia-se na primeira metade do século passado, com a aprovação do pacote legislativo conhecido por Reforma de Ricardo Jorge que investiu o Estado do papel de “autoridade de saúde”, ao atribuir-lhe a responsabilidade de garantir a protecção e preservação da saúde pública<sup>2</sup> (Sakellarides *et al.*, 2005). Ainda com o objectivo de intensificar a acção do Estado na área sanitária, em meados da década de 40, foram publicados o Estatuto da Assistência Social<sup>3</sup> e a Organização da Assistência Social<sup>4</sup> que possibilitaram a instituição dos denominados serviços de “assistência social” materno-infantil assim como a implementação de alguns programas de saúde de combate à tuberculose, lepra e saúde mental. Todavia, apenas os cuidados prestados no âmbito da saúde pública ou a indigentes eram garantidos pelo Estado, constituindo os restantes uma responsabilidade do indivíduo e da família, motivo pelo qual alguns autores como Barreto *et al.* (1996) classificaram este período que perdurou sensivelmente até 1945, de vigência exclusiva da assistência pública.

A acção do Estado, de progressivo intervencionismo na saúde, volta a ser reforçada em 1946, aquando da promulgação da Lei de Bases de Organização Hospitalar<sup>5</sup>. Com efeito, o Estado, visando criar um padrão de organização dos serviços de saúde, até então disperso por diversos tipos de unidades prestadoras de cuidados, decide implementar um extenso plano de construções hospitalares maioritariamente financiado com dinheiros públicos, mas entregue a Misericórdias para exploração. Significa isto que o Estado continua a subtrair-se à responsabilidade de assumir a saúde dos portugueses numa perspectiva global porquanto, apesar de intervir no modo de organização e funcionamento dos serviços, delega em terceiros a prestação e financiamento dos cuidados de saúde, o que leva alguns autores a classificar esta posição do Estado de ambígua (Page, 1998). Ainda nesta data, foi criada uma rede de serviços de saúde – a Federação das Caixas de Previdência<sup>6</sup> assente num modelo de seguro social obrigatório, tipo *Bismarkiano*, instituído pela primeira vez na Alemanha em 1935. Esta rede, da responsabilidade da Previdência

---

<sup>2</sup> Recorde-se que nesta época, os serviços de saúde eram maioritariamente praticados por entidades privadas de carácter religioso designadas de Misericórdias.

<sup>3</sup> Lei n.º 1998/1944, de 15 de Maio.

<sup>4</sup> Decreto-Lei n.º 35108/1945, de 7 de Novembro.

<sup>5</sup> Lei n.º 2011/1946, de 2 de Abril.

<sup>6</sup> Decreto-Lei n.º 35311/1946, de 25 de Abril.

Social, permitiu a expansão dos serviços médico-sociais (vulgo “postos das caixas”) à margem dos serviços de saúde públicos existentes à altura. Inicialmente circunscrita aos trabalhadores por conta de outrem, foi progressivamente cobrindo uma parte cada vez mais significativa da população activa (trabalhadores independentes e familiares), proporcionando aos seus beneficiários, um conjunto de regalias muito superior às disponibilizadas pelo Estado (Simões, 2004b, Simões e Dias, 2010), que se traduziu num agravamento indelével das desigualdades sociais (Ferreira, 1990).

Em 1971, é encetado um novo processo reformista dos serviços de saúde, conhecido na literatura por Reforma da Saúde e Assistência ou por “Reforma de Gonçalves Ferreira”<sup>7</sup> que, segundo Reis (1999), conferiu ao Estado uma capacidade assinalável de intervenção no sector da saúde, exercida ainda que de forma incipiente. Esta reforma marcará as opções doutrinárias para as décadas seguintes, motivo pelo qual a revolução de 1974 não se traduziu em rupturas (Simões, 2004b). Com efeito, foram introduzidas importantes alterações, tanto de natureza conceptual, como organizativa na estrutura do sistema de saúde, de entre as quais há a destacar a criação dos centros de saúde de 1.ª geração e o reconhecimento, ainda que de forma não regulamentado, do direito à saúde extensível a todos os cidadãos. Segundo Campos (1983: 57), data desta altura o abandono da «... referência à caridade e ao primado das instituições particulares para resolverem os problemas de saúde dos portugueses».

Desta forma, a estrutura do sistema de saúde até agora centrada principalmente na actividade hospitalar e complementada pela actividade ambulatoria da Previdência Social passa a assentar num terceiro pilar: os cuidados de saúde primários que preconizam os mesmos princípios da Declaração de Alma-Ata<sup>8</sup>, estabelecida oito anos mais tarde. No entanto, esta reforma teve o demérito de não conseguir integrar os Serviços Médico-Sociais da Previdência numa política de saúde unitária de âmbito nacional (Barreto *et al.*, 1996), o que só veio a acontecer em 1983, aquando da aprovação do Regulamento dos Centros de Saúde<sup>9</sup>, que implementou os Centros de Saúde de 2.ª geração.

Já em plena fase de democratização política e social do país, o sistema de saúde português volta a conhecer uma nova viragem que conferiu ao Estado o papel de garante dos cuidados de saúde a toda a população de forma gratuita, assumindo simultaneamente o papel de prestador de cuidados de saúde e de financiador desses

---

<sup>7</sup> Através do Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro – Lei de Organização do Ministério da Saúde.

<sup>8</sup> Declaração resultante da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, realizada em 12 de Setembro de 1978, na cidade de Alma-Ata, Casaquistão.

<sup>9</sup> Despacho Normativo n.º 97/83, de 22 de Abril.

mesmos cuidados. O direito à saúde foi constitucionalmente consagrado através da “criação de um Serviço Nacional de Saúde, universal, geral e gratuito”, o qual veio a ser regulamentado em 1979, aquando da instituição da Lei de Bases da Saúde<sup>10</sup> (LBS). Recorde-se que o SNS português foi inspirado no SNS inglês concebido à luz dos princípios preconizados no Relatório de Beveridge de 1942 como um sistema de saúde autónomo, de natureza pública, com vocação universalista e gratuita e assente em esquemas de financiamento públicos ancorados no sistema fiscal (Estorninho, 2008). O SNS tornou-se, então, num sistema único e exclusivamente público de prestação de cuidados através da integração dos hospitais das Misericórdias nacionalizados em 1975 e dos centros de saúde, permitindo num período de tempo relativamente curto, uma cobertura substancial da população portuguesa em serviços de saúde<sup>11</sup> (OPSS, 2003).

Todavia, a frágil base financeira e a ausência de inovação nos modelos de organização e gestão conjugado com a falta de transparência entre os interesses públicos e privados fez com que o SNS padecesse de um conjunto de debilidades fundacionais que marcaram a sua evolução subsequente (OPSS, 2003).

## **1.2. A crise do Estado Providência e a emergência de uma maior liberalização**

Na década de setenta, o Estado Social Europeu começa a dar sinais de fragilidade, pondo cobro ao período de franco crescimento económico registado nas décadas precedentes e de rápida expansão dos sistemas de protecção social na Europa. A crise petrolífera de 1973, agravada pela de 1979, desembocou numa crise de natureza fiscal resultante da incapacidade dos governos em cobrar mais impostos para financiar os seus défices decorrentes do acréscimo de recursos afectos às políticas públicas não se traduzir, no imediato, numa melhoria dos serviços públicos, gerando um sentimento de descrédito em relação ao Estado de Bem-estar (Escoval, 2003).

Começa, assim, a desenhar-se um movimento de Reforma da Administração Pública, com origem nos Estados Unidos e na Grã-Bretanha, de desmantelamento do Estado de Welfare e de redução do papel do Estado na economia, que atingirá os países do sul da Europa em finais da década de oitenta. Paralelamente, assiste-se à emergência de novas formas de governação que valorizarão o papel do mercado e da

---

<sup>10</sup> Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro.

<sup>11</sup> No entanto, os designados “subsistemas de saúde”, inseridos ou não no SNS, continuaram a subsistir tendo gerado situações de duplicação de benefícios e de utilização selectiva do sistema.

concorrência. De facto, no tradicional paradigma dos serviços públicos, o Estado e todo o sector público, entendido como gastador e gerador de ineficiência, passa a ser alvo de enormes «pressões para (i) deixar de desenvolver algumas actividades que vinha assumindo ou, no mínimo, para (ii) introduzir na sua actividade novos modelos de gestão alegadamente inspirados na cultura das empresas privadas e da sua gestão» (Reis, 2004: 124).

Nesta conformidade, a concepção original do Estado, tradicionalmente entendido como produtor e prestador directo de serviços públicos começa a ser contestada, dando origem a um movimento de entrega de tais tarefas a entidades privadas. Este movimento de retirada da participação directa do Estado iniciou-se através do recurso a formas de privatização, primeiro do sector empresarial do Estado e, posteriormente, da prestação dos serviços públicos com o objectivo de aumentar a concorrência e assim promover a eficiência (Rocha, 2002).

Esta abordagem, amplamente influenciada pela ideologia de “new right”, procura substituir o Estado Keynesiano pelo Estado neo-liberal, também designado por Estado regulador ou contratualista ou ainda Estado *managerial* (Rocha, 2004) com a finalidade de «substituir a estrutura monopolística de produção e distribuição de serviços públicos por uma estrutura de quasi-mercado» (Rocha, 2001: 77).

Realce-se que esta alteração na estrutura funcional do Estado não implica «que o Estado tenha abandonado as políticas sociais, só que estas não são implementadas pelas organizações públicas ou, se o são, estabelece-se uma separação entre o Estado que paga e os serviços que os fornecem», ou seja, passa a vigorar uma lógica de gestão empresarial onde existe uma cisão entre as funções de execução e de concepção e as de regulação e controlo (Rocha, 2004). Do ponto de vista paradigmático, este movimento de privatização das funções do Estado, conhecido por “*New Public Management*”, surge com o objectivo de revitalizar a imagem do Estado na gestão dos serviços públicos. O NPM ou nova gestão pública é uma filosofia administrativa, introduzida por Christopher Hood (1991), que considera que as regras de gestão utilizadas no sector privado têm uma eficácia superior às usadas no sector público. Corresponde, por isso, a um modelo alternativo de administração que visa dinamizar a gestão do sector público através da aplicação de processos e técnicas de gestão importadas das empresas privadas, sem olvidar a missão específica do serviço público (Araújo, 2004).

Estas alterações no modelo de gestão das organizações públicas também determinaram mudanças ao nível dos sistemas de saúde e em particular no sistema de saúde português. Em Portugal, em meados da década de 80, altura em que principia a vigência do primeiro ciclo da fase de qualificação do SNS (1985 – 1995),

sob a liderança do Partido Social Democrata, inicia-se um intenso debate sobre a reforma do sistema de saúde que preconiza a separação entre os sectores público e privado<sup>12</sup> através de um papel mais activo deste último, uma maior responsabilização individual pelo financiamento e uma orientação empresarial para o SNS (Simões e Lourenço, 1999; Simões e Dias, 2010). Esta pretensão de reforma do sistema de saúde português surge em linha com a opinião de alguns académicos, gestores e políticos como Enthoven, Dekker e Abril Martorell que propunham a reforma dos sistemas de saúde europeus mediante o fortalecimento dos mecanismos de mercado e da competição entre prestadores como forma de aumentar a eficiência. A Ministra da Saúde de então, Leonor Beleza, de alguma forma imbuída daquele espírito doutrinário, acabou por seguir uma estratégia de mudança que afrontou importantes grupos de pressão como a Ordem dos Médicos e a Indústria Farmacêutica. Após este período de cinco anos, a Ministra é substituída por Arlindo de Carvalho que procurou pacificar a conflitualidade gerada pelo executivo anterior através, por um lado, da confirmação dos benefícios previstos para as carreiras profissionais e, por outro, do abandono da principal contrapartida: delimitação clara entre o público e o privado.

A partir de 1990, as alterações introduzidas ao sistema de saúde foram marcadamente normativas. Com efeito, foram publicados dois importantes diplomas – LBS em 1990 e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde em 1993 – que estatuíram a regionalização da administração dos serviços, a privatização em áreas do financiamento e da prestação, criação de unidades de saúde que agrupariam hospitais e centros de saúde e o *opting out* (Simões e Lourenço, 1999; Simões, 2004b, Simões e Dias, 2010). No entanto, e à excepção da organização dos serviços do Ministério da Saúde (MS) em regiões administrativas de saúde concretizada logo em 1993 através do Decreto-Lei n.º 335/93, de 29 de Setembro e da privatização da prestação através da gestão privada de unidades públicas, de que há a registar apenas a experiência do Hospital Fernando da Fonseca (HFF), as restantes não foram implementadas.

A criação de um seguro alternativo de saúde – “*opting out*” como forma de financiamento do SNS que constituiu a principal medida adoptada sob a liderança do ministro Arlindo de Carvalho (1990-1993) para o sistema de saúde, ao contrário das expectativas do MS, não recolheu o interesse das empresas seguradoras. A privatização de sectores do financiamento através da concessão de incentivos à opção

---

<sup>12</sup> Refira-se que nos inícios dos anos 80, após a fase de consolidação normativa do SNS, inicia-se uma outra fase que preconiza o recuo dos princípios socialistas (Simões e Dias, 2010) através da possibilidade de desenvolver uma alternativa ao SNS que, contudo, não foi levada avante na revisão constitucional de 1982, mantendo-se os dois princípios socializantes mais emblemáticos como prioridade do Estado: a criação de um SNS universal, geral e gratuito (n.º 2 do artigo 64.º) e a socialização da medicina (n.º 3 do artigo 64.º) (Simões e Lourenço, 1999; Simões e Dias, 2010). Esta fase constitui já o pré-anúncio do desenvolvimento da fase seguinte.

por seguros de saúde privados, que constituía uma das medidas adoptadas pelo Ministro Paulo Mendo que conduziu a pasta da saúde entre 1993 e 1995, exigia uma profunda alteração no modelo de SNS, através da separação entre prestação e financiamento, abrindo neste a opção por empresas seguradoras, comportando alguns riscos que o Governo, em final de legislatura, não quis assumir.

Apesar de tudo, Simões e Lourenço (1999) consideram ter existido durante este período uma redução do peso do Estado na provisão de actividades adjectivas nos hospitais: *contracting-out* que, acompanhada da medida de privatização da prestação de cuidados, constituem um pré-anúncio de mudança no modelo de gestão dos hospitais públicos, tradicionalmente centrado em entidades públicas, denotando uma evidente tendência para a liberalização da gestão e prestação de cuidados de saúde.

Ora, se no primeiro ciclo da qualificação do SNS, a reforma do sistema de saúde ficou marcada pela primazia do sector privado sobre o público, no segundo, que vigorou entre 1996 – 2001 sob a égide do Partido Socialista, a agenda predominante centra-se na reforma do SNS, sem prejuízo da melhoria da articulação público/privado (OPSS, 2002). Assente na ideia de “reinvenção da governação”, reconhece-se a necessidade de reformular os sistemas de protecção social assentes no Estado de bem-estar, de forma a dar-lhes maior flexibilidade e um cariz mais empresarializado, recentrando os serviços públicos no cidadão cliente (OPSS, 2002).

Não obstante, estas alterações ao nível da governação em saúde essencialmente marcada pela aceitação doutrinal do princípio de “mais mercado” no sistema de saúde, Simões (2004b: 55) continua a reafirmar a tese de continuidade ideológica do SNS, ao referir «que se não houve rupturas significativas entre 1971 e os anos que se seguiram à Revolução de 1974, também se constatou, após a afirmação política e normativa do SNS em 1979, a progressiva aceitação, nas suas linhas gerais, do modelo beveridgeano pelas forças políticas e sociais mais relevantes da sociedade portuguesa».

Neste período, foi apresentado o projecto de reforma intitulado “SNS 21” que preconizava um conjunto de orientações sustentadas em dois tipos de orientações complementares: um, assente em mecanismos de orientação estratégica e responsabilização e, outro, de descentralização e flexibilização das organizações prestadoras de cuidados de saúde. No âmbito da primeira orientação, há principalmente a destacar a criação das agências de contratualização através do Despacho Normativo n.º 46/97, de 8 de Agosto, a estratégia de saúde, os sistemas de qualidade, a instituição dos cinco centros regionais de saúde pública em 1999, a remuneração associada ao desempenho através do regime remuneratório experimental para a carreira de clínica geral criado em 1998 e o programa de combate

às listas de espera. No que concerne à segunda orientação registou-se, nesta época, a criação dos centros de saúde de 3ª geração (Decreto-lei n.º 157/99, de 10 de Maio), um novo estatuto hospitalar iniciado em 1998 no Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira (Decreto-lei n.º 151/98, de 5 de Junho), a criação de centros de responsabilidade integrados nos hospitais (Decreto-lei n.º 374/99, de 18 de Setembro) e os sistemas locais de saúde (Decreto-lei n.º 156/99, de 10 de Maio) que não vieram a conhecer nenhuma implementação concreta.

Saliente-se que no primeiro mandato deste ciclo político, que vigorou entre 1995 e 1999, a saúde não foi considerada uma prioridade de política<sup>13</sup> e, por conseguinte, os recursos financeiros do Orçamento de Estado (OE) atribuídos à saúde não foram suficientes para mobilizar uma base social e política de apoio à reforma (OPSS, 2001), o que de alguma forma comprometeu o processo global de reforma do sistema de saúde (Simões e Lourenço, 1999). Acresce, o facto, do programa do Governo limitar as medidas a adoptar durante a legislatura a aspectos avulsos, abstractos e de cariz normativo, o que, segundo Simões e Lourenço (1999: 131), constituiu um travão ao afastamento do Estado na área da saúde, «afirmando-se como prioritário o investimento no potencial do SNS», coincidindo com o objectivo central das reformas dos sistemas de saúde fixado na Carta de Ljubljana da Região Europa da OMS de 1996: a melhoria da saúde dos cidadãos.

### **1.3. Novo Milénio: manter, reforçar ou reduzir o papel do SNS**

No início do século XXI, o sistema de saúde português, não obstante o esforço de requalificação registado nos anos anteriores, padecia dos seguintes problemas (Barros e Simões, 2007):

- Listas de espera cirúrgicas elevadas, com tempos de espera que excediam largamente o clinicamente aceitável,
- Funcionamento inadequado dos cuidados de saúde primários que se traduzia, muitas vezes, no recurso desmedido às urgências hospitalares,
- Sentimento generalizado de insatisfação por parte dos utentes e dos profissionais com o sistema público de saúde,
- Crescimento descontrolado dos custos em saúde.

É neste contexto que, em 2002, o Ministro da Saúde do governo de coligação PSD-CDS, enceta, de forma pragmática e com determinação, uma intensa acção

---

<sup>13</sup> Foi atribuída à educação e ao combate à pobreza (solidariedade e segurança social).

governativa com o objectivo de dar realismo à expressão “Portugal em acção” (OPSS, 2004). O executivo pretendia criar um *big bang* no sector da saúde tendo, para o efeito, levado a cabo um conjunto suficientemente vasto de reformas que consubstanciavam uma nova agenda política para a saúde, de forma a tornar os seus efeitos irreversíveis (Guichard, 2004). No entanto, alguns autores como Barros (2004) consideram que na realidade o que se registou no sector hospitalar foi um *mixed bang*, exactamente porque as transformações operadas não envolveram todas as entidades hospitalares do SNS.

A estratégia governativa passou por reformular o actual SNS através da instituição de «um sistema misto de serviços de saúde, onde coexistam entidades de natureza pública, privada e social, agindo de forma integrada e orientado para as necessidades dos utentes» (OPSS, 2003: 15). A pretensão do MS era abandonar o sistema público monolítico, de carácter burocrático/administrativo e de tipo monopolista e adoptar um sistema em rede de prestação de cuidados de saúde, envolvendo uma pluralidade de prestadores, através do desenvolvimento do modelo público contratual (OPSS, 2003). Segundo Simões e Dias (2010: 182), «este “novo Serviço Nacional de Saúde” baseava a sua organização e funcionamento na articulação de redes de cuidados de saúde primários, de cuidados diferenciados e de cuidados continuados, sem que o SNS se constituísse como referencial preferencial».

Neste sentido, em finais de 2002, foi publicada a nova Lei de Gestão Hospitalar (LGH) – Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, que procedeu à primeira alteração da LBS de 1990 e estabeleceu o novo regime jurídico da gestão hospitalar. Neste diploma, é de realçar a definição de um novo conceito de “rede de prestação de cuidados de saúde” composta pelos hospitais públicos “tradicionais”, hospitais públicos com natureza empresarial, hospitais sociedades anónimas de capitais públicos e estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos. Estabeleceu-se, assim, um verdadeiro mercado de cuidados de saúde composto por vários segmentos: o mercado tradicional do sector privado e social, o mercado das convenções e concessões do SNS e o “mercado administrativo” dos cuidados de saúde no sector público, o qual engloba a prestação de cuidados de saúde pelos serviços e estabelecimentos públicos aos beneficiários do SNS e dos “subsistemas” (Moreira, 2004). O objectivo desta rede de cuidados hospitalares é simular um mercado para os hospitais, onde o SNS será livre de comprar, quer no sector público, quer no privado, interagindo numa lógica de complementaridade (Moreira, 2004).

A reforma do sistema hospitalar assentou em dois pilares: a reorganização da oferta de cuidados de saúde e as alterações ao modelo de financiamento e de gestão

(Barros e Simões, 2007). No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, foram tomadas as seguintes medidas:

- Encerramento de algumas maternidades públicas com base em critérios de segurança clínica,
- Agrupamento de duas ou mais unidades hospitalares em centros hospitalares com a mesma direcção,
- Anúncio da construção de seis novos hospitais em regime de PPP.

Relativamente ao outro pilar da reforma, o executivo enveredou pela modalidade de empresarialização mais extremista, transformando 34 hospitais do SNS em 31 sociedades anónimas, ainda que, com capital totalmente público. O executivo pretendia «lançar um programa de reforma da gestão hospitalar apostando no aprofundamento das formas de gestão de natureza empresarial, mantendo-se intacta a responsabilidade do Estado pela prestação dos cuidados de saúde, sendo esta entendida como uma imposição constitucional já que se trata de uma responsabilidade pública de que o Estado não pode alhear-se» (OPSS, 2008: 35). Convém referir que o executivo precedente, em final de mandato, emitiu a RCM n.º 41/2002, de 7 de Março, visando generalizar a inovação na gestão dos hospitais através das “experiências inovadoras de gestão” baseado no modelo jurídico de EPE que seria adoptado casuisticamente. Relativamente aos hospitais que mantiveram o estatuto de instituto público, foi publicado um novo regulamento através do Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto, com vista a estabelecer um regime de gestão semelhante ao que fora adoptado em 1998 no Hospital de S. Sebastião, nomeadamente por contemplar a utilização de regras privadas no regime jurídico do pessoal e aquisições de serviços (Harfouche, 2008).

Segundo Vital Moreira (2004), a grande novidade desta reforma residia na «generalização de uma lógica de mercado a todo o sector dos cuidados de saúde, incluindo o sector público». Com efeito, passa-se da situação em que «os actores principais deixaram de ser estabelecimentos públicos de saúde sem lógica empresarial, de um lado, e utentes de serviços públicos gratuitos, de outro, para passarem a ser entidades empresariais, sujeitas a uma lógica de mercado, sendo remuneradas pelos cuidados efectivamente prestados, e consumidores de cuidados de saúde que são remunerados ao prestador, embora não necessariamente pelos próprios consumidores» (Moreira, 2004: 105).

O novo desenho organizacional estabelecido para o SNS – ao converter os hospitais em empresas públicas – visa prosseguir a intenção de estabelecer «a separação entre financiador, prestador e regulador e fomentar o papel do sector privado e social na prestação pública, assegurando sempre a unidade e universalidade

do SNS, de acordo com a matriz constitucional» (OPSS, 2003: 65). Como corolário deste recuo do Estado na prestação de serviços públicos, foi instituído no sector da saúde uma entidade reguladora através do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, com o intuito de, por um lado, enquadrar «a participação e actuação dos operadores privados e sociais no âmbito da prestação dos serviços públicos de saúde, assegurando o acompanhamento dos respectivos níveis de desempenho» e a defesa e protecção dos direitos dos utentes e, por outro, impedir os monopólios, zelar pelas regras da concorrência e do estabelecimento de preços (OPSS, 2004: 107).

Em 2005, inicia-se um novo ciclo político na saúde que «procura uma combinação entre a manutenção da referência ideológica do SNS e ganhos de eficiência no âmbito do próprio SNS» (Simões e Dias, 2010: 184). O novo executivo PS, com apoio parlamentar maioritário, pretende reorganizar todo o sistema de saúde de forma a melhorar a eficiência e a acessibilidade aos cuidados de saúde. Segundo Correia de Campos, o ministro que teve a cargo a pasta da Saúde nos três primeiros anos do mandato governamental, o compromisso assumido com os Portugueses visava «garantir, desenvolver, ampliar o SNS e assegurar a sua modernização» (Campos, 2008: 68). Refira-se que as políticas seguidas nos dois ciclos políticos anteriores assentes no NPM não estavam a dar os resultados desejados e toma-se a consciência que é necessário um “novo serviço público de saúde” ao qual é reconhecido um papel de regulador no conjunto do sistema de saúde (OPSS, 2005). Assim, o novo executivo, embora mantendo a orientação de política de saúde do governo anterior, adopta medidas correctivas em relação ao modelo de prestação de cuidados de saúde:

- Ao nível dos cuidados de saúde primários que devem, nos termos da nossa lei de bases, ser considerados o pilar central do sistema de saúde, o executivo procedeu à reestruturação dos centros de saúde através da criação das Unidades de Saúde Familiares e dos Agrupamentos de Centros de Saúde com base em princípios e valores da boa governação: considerar a centralidade no cidadão, transparência na decisão e responsabilidade social<sup>14</sup> (OPSS, 2005).
- Ao nível dos cuidados diferenciados, o executivo manteve a aposta na empresarialização dos hospitais do SNS como um dos objectivos da sua agenda política. No entanto, enveredou pela figura de EPE, transformando os hospitais anteriormente convertidos em SA em hospitais EPE através da publicação do

---

<sup>14</sup> Para o efeito, revogou através do Decreto-Lei n.º 88/2005, de 3 de Junho, o Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, e ripristinou o regime jurídico do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, alterado pelo Decreto-Lei n.º 39/2002, de 26 de Fevereiro, até que o Grupo de Trabalho apresente um “documento que permita a formulação de um novo normativo, consentâneo com a política do Governo”.

Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de Junho, e a transformação de alguns hospitais SPA em EPE, por considerar que esta figura é a que melhor se adequa à prossecução dos objectivos da gestão hospitalar, tanto ao nível operacional como ao nível da racionalidade económica das decisões de investimento e por compatibilizar a autonomia de gestão com a sujeição à tutela governamental (Barros e Simões, 2007; OPSS, 2008), deixando assim claro que a privatização do SNS estava excluída da sua agenda política. O MS propôs-se prosseguir com a transformação dos hospitais em EPE de tal forma que, no final da legislatura, todos os hospitais terão o mesmo estatuto, à excepção das PPP – objectivo que não se veio a concretizar, continuando actualmente a existir hospitais que integram o SPA.

- No que concerne às PPP, o executivo optou por dar continuidade à política definida pelo anterior, de realizar 10 hospitais, integrados no SNS, mas optou por alterar o modelo de parceria, excluindo do seu âmbito<sup>15</sup>, a prestação de serviços clínicos.

Ainda no que concerne à organização da oferta de serviços hospitalares do SNS, procedeu-se ao encerramento de vários blocos de partos, à criação dos centros hospitalares e às unidades locais de saúde, ao desenvolvimento da rede de cuidados continuados integrados e à reorganização da rede de urgências hospitalares com o encerramento dos serviços de atendimento permanente.

Paralelamente, assiste-se ao renascer da contratualização «baseada não na produção pura e simples do número de consultas e de intervenções cirúrgicas mas, principalmente, no impacto e nos resultados dessas intervenções na vida dos cidadãos» (OPSS, 2008: 35), embora fortemente centrada nos resultados financeiros.

No entanto, estas medidas reformistas não foram suficientes para conter o crescimento dos custos em saúde, levando a OCDE (2004) a considerar que os níveis de saúde dos portugueses são baixos quando se considera os recursos investidos no sistema de saúde (Oliveira, 2010).

---

<sup>15</sup> Apenas para os seis novos projectos, dado que os restantes quatro já tinham o processo concursal ou de adjudicação em andamento.

## **CAPÍTULO 2 – O Hospital Português**

Os hospitais são estruturas de elevada complexidade e diversificação, onde confluem realidades distintas, nem sempre facilmente conciliáveis, mas que desempenham uma função essencial: «recuperar a vida, aliviar a dor e curar a doença» (Portugal, 1998: 7).

Iniciaremos este capítulo por explicar as origens dos hospitais portugueses (2.1.), desde a época em que estavam fora da alçada do Estado até à sua integração no sector público da economia. Seguidamente, apresentamos o modelo de instituto público como o primeiro regime jurídico experimentado na administração hospitalar portuguesa (2.2.) e apontamos as suas limitações (2.3.). No ponto 2.4., apresentamos os regimes jurídicos de hospital público existentes até à actualidade em Portugal.

### **2.1. As origens dos hospitais portugueses**

Após a fundação de Portugal no século XII, os primeiros estabelecimentos criados para acolherem doentes denominavam-se de albergarias (Portugal, 1998). Estes estabelecimentos, da responsabilidade de ordens religiosas, destinavam-se a tratar as classes sociais mais desfavorecidas e desprovidas de recursos pois as outras, de rendimentos mais elevados, tratavam-se nas suas próprias residências. É ainda nesta altura que surgem os estabelecimentos da iniciativa de algumas profissões cujo poder se ia instituindo de que os hospitais dos Carpinteiros, dos Ourives, dos Pescadores, dos Alfaiates e dos Escolares são apenas alguns exemplos. Por outro lado, assistia-se à proliferação de hospitais gerais e especializados, como as leprosas, gafarias ou lazarentos (Simões, 2004b).

No entanto, a acção destas instituições de assistência<sup>16</sup> estava essencialmente dominada por preocupações de índole caritativa e a sua actuação não parecia «contribuir para o desenvolvimento de uma eficaz protecção sanitária ou mesmo social» (Reis e Falcão, 2003: 5), de tal forma que, nos finais de século XV, reinava uma grande variedade e dispersão de instituições de assistência, resultado da proliferação ocorrida nos séculos anteriores. É neste estado de coisas que D. João II ordenou a construção de um hospital ao qual deu o nome de «*Real Hospital de Todos os Santos*» que aglutinou os bens de cerca de quarenta pequenos hospitais de Lisboa. Segundo Sá (1998) citado por Simões (2004b: 99), este é considerado o primeiro hospital moderno português na medida em que se caracteriza «pela separação dos

---

<sup>16</sup> Hospitais da época.

espaços de hospitalidade, destinados a peregrinos e viandantes, dos espaços estritamente reservados a doentes, em contraste com o hospital/albergaria medieval que acolhia todos no mesmo espaço sem distinção de funções».

Concomitantemente, o conceito de hospital ganha na Europa uma nova dimensão, sendo-lhe retirado «o estigma de organismo de carácter meramente assistencial, claramente inserido na área de apoio social, para, abrindo as suas portas a todos os cidadãos carenciados de cuidados de saúde (...), consagrar inequivocamente a sua natureza e o seu carácter sanitário» (Reis e Falcão, 2003: 6). Segundo Reis e Falcão (2003), estas alterações também se repercutiram do ponto de vista arquitectónico na estrutura do hospital público, tendo passado do outrora modelo «pavilhonar» para o actual «hospital contemporâneo» sob a forma de «monobloco».

A atribuição da administração deste hospital à primeira Misericórdia de Portugal, sedeadada em Lisboa<sup>17</sup>, constitui um marco de um novo modelo de organização da assistência em Portugal. De facto, e contrariamente às ordens religiosas, as Misericórdias são organizações desligadas do clero (laicas) cujos custos decorrentes do funcionamento dos hospitais é assegurado por rendimentos da própria instituição, originados em benefícios régios, donativos e legados.

Com o advento do liberalismo em meados do século XIX, as instituições de assistência, particularmente as Misericórdias, foram obrigadas a vender todos os seus bens em hasta pública e foi publicada uma portaria<sup>18</sup> que consagrava a separação entre hospital e Misericórdia, dando-se início ao processo de autonomização dos hospitais<sup>19</sup>. Concomitantemente apareceu a Medicina Científica que transformou os hospitais em locais privilegiados para o ensino da Medicina e da Cirurgia. É neste contexto que o Estado passa a assumir responsabilidades pela actividade assistencial que até então não detinha, conjuntamente com as instituições de caridade (Simões, 2004b). No entanto, em Portugal, a saúde manter-se-á como uma questão dependente das possibilidades económicas de cada cidadão<sup>20</sup> até ao derrube da ditadura em meados da década de 70 (Neves, 2006).

---

<sup>17</sup> Fundada em 1498.

<sup>18</sup> A portaria foi publicada em 1845.

<sup>19</sup> Este processo de autonomização dos hospitais em relação às misericórdias cingiu-se apenas aos grandes centros urbanos de Porto, Lisboa e Coimbra.

<sup>20</sup> O que implicava o pagamento integral dos cuidados de saúde prestados nos hospitais públicos, excepto se fosse apresentado um atestado de pobreza ou indigência emitido pela respectiva junta de freguesia.

## **2.2. A autonomização dos hospitais públicos e a instituição dos institutos públicos**

A partir de meados do século XIX, data em que os hospitais se autonomizam das Misericórdias, o Estado assume novas responsabilidades no domínio da saúde e os hospitais passam a ter um novo proprietário, sendo por conseguinte classificados como hospitais públicos.

O primeiro diploma a estabelecer o estatuto dos hospitais públicos – «hospitais oficiais» de acordo com a designação da época, foi publicado em 1965 pelo Decreto-Lei n.º 46301, de 27 de Abril. Segundo o n.º 1 do seu artigo 2.º, «os hospitais gerais oficiais gozam de personalidade jurídica e de autonomia administrativa». Contudo, os «hospitais oficiais» existentes à data em Portugal (hospitais do Estado) cingiam-se ao Hospital de S. José situado em Lisboa, aos Hospitais da Universidade de Coimbra e aos Hospitais Cívicos de Lisboa e dispunham normalmente de estatuto próprio<sup>21</sup>. O n.º 2 do mesmo artigo referindo-se aos «hospitais e serviços especializados oficiais» determina que gozariam do mesmo estatuto dos hospitais gerais «se tal lhes fosse concedido nos seus diplomas orgânicos ou em portaria conjunta dos ministros das Finanças e da Saúde e Assistência» (Reis e Falcão, 2003: 9).

Em 1968, altura em que os hospitais públicos passam a integrar a administração indirecta do Estado<sup>22</sup>, é publicado o Estatuto Hospitalar através do Decreto-Lei n.º 48357, de 27 de Abril que, não obstante consagrar o mesmo regime jurídico para os hospitais do Estado, acrescenta no seu artigo 35.º que «em ordem a conseguir maior eficiência técnica e social, os estabelecimentos hospitalares devem organizar-se e ser administrados em termos de gestão empresarial, garantindo à comunidade o mínimo de custo económico no seu funcionamento».

No entanto, a gestão dos hospitais era fortemente penalizada pelo «facto de muitos dos seus actos estarem sujeitos ao regime de autorização, de ratificação ou de confirmação pelos órgãos centrais da Administração Pública» (Decreto-Lei n.º 129/77, de 2 de Abril), tornando o funcionamento dos hospitais cada vez mais burocrático. Nesta conformidade, é publicado o Decreto-Lei n.º 129/77, de 2 de Abril, através do qual os hospitais públicos passam a ser oficialmente reconhecidos como institutos públicos, os quais são definidos no artigo 2.º como «pessoas colectivas de direito público, dotadas de autonomia administrativa e financeira» e com capacidade jurídica «que abrange todos os direitos e obrigações necessários à prossecução dos seus fins

---

<sup>21</sup> Os Hospitais da Universidade de Coimbra eram dirigidos pela Faculdade de Medicina.

<sup>22</sup> Constituída por um conjunto de entidades públicas com personalidade jurídica e autonomia administrativa e financeira.

definidos na lei». Desta forma, os hospitais públicos tornam-se, do ponto de vista estatutário, em institutos públicos, mais precisamente em estabelecimentos públicos<sup>23</sup>.

A atribuição de personalidade jurídica ao hospital público português constitui uma forma de autonomia que se concretiza, entre outros aspectos, pela existência de órgãos de gestão próprios e pela não sujeição ao poder hierárquico de outras entidades. Por outro lado, a autonomia administrativa, financeira e patrimonial configura mais um sentido jurídico-financeiro, restringindo-se aos aspectos legais e formais que não deve esgotar todas as possibilidades de autonomia organizacional e de gestão (Portugal, 1997).

Este regime jurídico perdurou no ordenamento jurídico português como o único modelo organizativo do sector hospitalar até 2002, não obstante as experiências inovadoras de gestão ensaiadas em meados da década de 90.

### **2.3. Dos “velhos” aos “novos” hospitais – alterações estatutárias**

Apesar dos hospitais públicos disporem de autonomia de natureza essencialmente jurídico-financeira na sequência da atribuição de personalidade jurídica, continuam a enfermar de fortes limitações em termos organizacionais e de gestão, constituindo um entrave a uma gestão célere e eficiente. A título de exemplo, refira-se o facto da organização e funcionamento dos hospitais constituir uma responsabilidade do Ministro da Saúde e não das administrações hospitalares, nos termos do n.º 3.º da Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro.

Aliás, no sentido de melhor compreender os constrangimentos dos hospitais públicos, foram apresentados pelo MS, três relatórios: Estatuto Jurídico do Hospital em 1997, Conselho de Reflexão sobre a Saúde em 1998 e O Hospital Português em 1999.

As conclusões apresentadas nestes três relatórios são unânimes: o regime jurídico dos hospitais públicos apresenta-se como um modelo do tipo burocrático-administrativo, essencialmente pelos seguintes motivos (Portugal, 1997, 1998):

- Organização interna – em resultado da inexistência de uma cultura de gestão orientada por objectivos que garanta a qualidade dos cuidados prestados,
- Administração e gestão – decorrente da centralização da estrutura gestionária e da dupla linha de autoridade em que o poder técnico e o poder gestonário colidem,
- Recursos humanos – resultante de um desajustamento entre o quadro de pessoal do hospital, a actividade a desenvolver e o respectivo orçamento financeiro atribuído. Existem também grandes burocracias em matéria de recrutamento e em

---

<sup>23</sup>Os institutos públicos classificam-se em: estabelecimentos públicos, serviços públicos personalizados, fundações e empresas públicas.

matéria de promoção, impedindo a contratação/progressão de recursos humanos em tempo oportuno, não estando prevista a existência de uma política de incentivos,

- Gestão financeira e patrimonial – resultado de um deficiente ajustamento das tabelas de preços que tem conduzido a um sub-financiamento crónico dos hospitais agravada pela dificuldade em facturar a terceiros pagadores e onerando, por esta via, a factura a cargo do SNS,

- Aprovisionamento – grande morosidade no decurso dos procedimentos de aquisições de bens e serviços e de contratações de empreitadas e obras públicas.

Na mesma altura, mais concretamente em 1998, a OCDE apresentou um relatório<sup>24</sup>, intitulado “Economic Surveys 1997-1998” que traçou um cenário arrasador da situação social vivenciada em Portugal e, em particular, quanto à evolução do sistema de saúde português. Apontou como principais factores de ineficiência no âmbito da gestão hospitalar, a dupla actividade dos profissionais agravada pela ausência de um sistema de incentivos, a sujeição a regras de gestão burocráticas e a inexistência de mecanismos de competição entre o sector público e privado (OCDE, 1998).

Resultava assim evidente que a «aplicação das regras da Administração Pública aos hospitais era indutora de uma forte rigidez no seu funcionamento constituindo um factor determinante de disfunção gestonária» (OPSS, 2009: 51). Perante este diagnóstico, o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), citando o Relatório da OCDE de 1998, defendia «a necessidade de ser alterada a estrutura de gestão dos estabelecimentos públicos de saúde, aumentando a sua autonomia, a flexibilidade de gestão e a responsabilidade financeira, atribuindo-lhes, nomeadamente aos hospitais, o estatuto de empresas públicas» (OPSS, 2009: 51). No mesmo sentido, apontavam as conclusões do relatório final do Grupo de Trabalho sobre o Estatuto Jurídico do Hospital. Propunha ainda que «as reformulações a introduzir no estatuto jurídico do hospital público, não se deverão circunscrever à definição de um modelo único, podendo admitir-se a possibilidade de mais do que um tipo de estatuto», sendo «desejável que a diversificação incluía diferenças em matéria de organização interna<sup>25</sup>, dos diferentes modos de agrupamento de unidades hospitalares e de alguns aspectos relacionados com os órgãos de gestão» (Portugal, 1997: 57).

---

<sup>24</sup> Este relatório foi embargado, motivo pelo qual nunca foi oficialmente publicado.

<sup>25</sup> No plano da organização interna dos hospitais, foi criada em 1999 pelo Decreto-Lei n.º 374/99, a figura dos Centros de Responsabilidade Integrados (CRI), enquanto instrumento de flexibilização da gestão, «aproximando a tomada de decisão dos níveis de operacionalização e integrando as decisões clínicas e assistenciais com as económico-financeiras, constituindo-se assim, verdadeiros níveis intermédios de gestão» (OPSS, 2009: 52).

Saliente-se que algumas destas medidas já tinham sido acolhidas na LBS (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto) de 1990, após a revisão constitucional de 1989, ao determinar na sua Base XXXVI que:

1. A gestão de unidades de saúde deveria progressivamente obedecer a regras de gestão empresarial, admitindo a realização de experiências inovadoras de gestão, submetidas a regras por ela fixadas;
2. Nos termos a estabelecer em lei, pode ser autorizada a entrega, através de contrato de gestão, de hospitais e centros de saúde do SNS a outras entidades ou, em regime de convenção, a grupos de médicos.

Dando seguimento ao estipulado na LBS, foram ensaiadas algumas experiências piloto ao nível dos modelos alternativos de gestão: em 1995, a gestão do HFF foi concessionada a uma entidade privada e a partir de 1998 foram criadas três experiências assentes num modelo de natureza empresarial<sup>26</sup>.

Em 2002, é publicada a nova Lei de Gestão Hospitalar – Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, que redefine o novo regime jurídico dos hospitais públicos que passam a integrar a rede de prestação de cuidados de saúde diferenciados, abrindo assim a possibilidade para os hospitais poderem revestir a natureza de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos ou de estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial. Ainda no mesmo ano, surgiu o primeiro regime legal das PPP em Portugal, aplicável unicamente ao sector da saúde, por via do Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto.

#### **2.4. O regime jurídico do hospital público**

O SNS, sistema exclusivamente público de prestação de cuidados de saúde, compõe-se por um vasto leque de hospitais com regimes jurídicos distintos, cuja classificação importa esclarecer. Assim, temos hospitais construídos pelo Estado e explorados directamente por ele, hospitais construídos pelo Estado e explorados por empresas dele próprio, um exemplo de um hospital construído pelo Estado mas gerido por uma empresa privada e hospitais construídos e explorados por empresas privadas. O Quadro seguinte pretende representar o regime jurídico dos hospitais públicos existentes até à data em Portugal.

---

<sup>26</sup> Que ficaram registadas na história dos serviços de saúde como *Casos de Quasi Empresarialização*.

Construção pelo Estado	Exploração directamente pelo Estado	Instituto Público
	Exploração por empresas públicas	Sociedade Anónima
		Entidade Pública Empresarial
Exploração por empresas privadas	Contrato de Gestão do Hospital Amadora-Sintra	
Construção por Empresas Privadas	Exploração por empresas privadas	Parceria Público-Privado

Quadro 2 – Regime Jurídico dos Hospitais Públicos

Vejamos seguidamente as diferenças estatutárias dos hospitais que integram a rede pública de prestação de cuidados de saúde.

### Construção e exploração directamente pelo Estado

Os hospitais cuja construção e gestão é directamente realizada pelo Estado são considerados institutos públicos, mais concretamente, estabelecimentos públicos<sup>27</sup>. Oliveira e Moreira (2001: 16) define instituto público como *«instrumentos organizatórios personalizados, isto é, distintos do Estado, não integrados nele, com órgãos, património, pessoal e orçamentos próprio, – a quem o Estado atribui a prossecução de determinadas atribuições administrativas»*. Por sua vez, Otero (1993) citado por D' Alte (2007: 59) classifica os institutos públicos em *«entidades colectivas de direito público sem base territorial associativa, assentes num substrato institucional, criadas para a prossecução de fins administrativos específicos, sendo provenientes de um fenómeno de descentralização e encontrando-se sujeitas a uma intervenção inter-subjectiva por parte de outra entidade pública»*.

Ainda segundo Otero (1993) citado num parecer emitido pelo Tribunal de Contas (TC), os institutos públicos apresentam as seguintes características (Tribunal de Contas, 1998):

- Quanto à natureza, um instituto público é uma pessoa colectiva dotada de personalidade de direito público,
- Quanto ao substrato, um instituto tem por base uma instituição,

<sup>27</sup> Para além dos estabelecimentos públicos integram a categoria de instituto público, os serviços públicos personalizados e as fundações públicas (ou fundos públicos).

- Quanto ao fim, um instituto público visa a consecução de fins administrativos específicos, prosseguindo apenas fins públicos, é uma estrutura subjectiva exclusivamente integrada no exercício da função administrativa e encontra-se limitado na sua acção à concretização de determinados interesses públicos legalmente fixados,
- Quanto à origem, um instituto público é um sujeito proveniente de um fenómeno de descentralização,
- Quanto ao regime, o instituto público encontra-se sujeito a uma intervenção intersubjectiva por parte da entidade pública, cujos interesses foram objecto de descentralização institucional.

Como decorre da definição, os institutos públicos são entidades públicas com personalidade jurídica própria que desenvolvem actividades, de gestão pública e segundo critérios não empresariais, para satisfazer necessidades da competência do Estado (Oliveira e Moreira, 2001). Por isso, não são independentes dele, integrando, portanto, a administração indirecta do Estado. O enquadramento jurídico dos institutos públicos foi pela primeira vez estabelecido pela Lei n.º 3/2004, de 15 de Janeiro, que os define, nos termos do artigo 4.º, como «pessoas colectivas de direito público, dotadas de órgãos e património próprio», normalmente dotados de autonomia financeira e administrativa. Os estabelecimentos do SNS são, nos termos do artigo 48.º da lei-quadro, institutos públicos que gozam de um regime especial.

O ordenamento jurídico português integra uma categoria de hospitais, os hospitais do SPA cujo regime jurídico encaixa no modelo de instituto público. O hospital SPA é, assim, uma pessoa colectiva de direito público, dotado de personalidade jurídica própria e autonomia administrativa e financeira, abrangendo a sua capacidade jurídica todos os direitos e obrigações necessários à prossecução dos seus fins estabelecidos na lei. É reconhecido como instituto público, mais concretamente como estabelecimento público, cujo regime jurídico assenta no direito público, nomeadamente no direito administrativo.

O hospital do SPA rege-se pelo regime jurídico definida na LGH publicado pelo Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro, pelo Decreto-Regulamentar n.º 3/88, de 22 de Janeiro<sup>28</sup>, alterado pelo Decreto-Lei n.º 135/96, de 13 de Agosto, e actualizado pelo Decreto-Lei n.º 39/2002, de 26 de Fevereiro, e subsidiariamente pelas regras do SNS. Entretanto e, após a entrada em vigor da nova LGH aprovada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, os hospitais que integram o SPA foram objecto de uma nova

---

<sup>28</sup> Com as alterações introduzidas pelo Decreto-Regulamentar n.º 14/90, de 14 de Fevereiro.

regulamentação, cujos contornos foram definidos no Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto.

### **Construção pelo Estado e exploração por empresas do Estado**

A entrega da gestão e exploração dos hospitais públicos, previamente construídos e equipados pelo Estado, a empresas estatais de capitais públicos consubstanciou-se no processo de empresarialização hospitalar. Nos termos do regime jurídico do sector empresarial do Estado (SEE) actualmente em vigor, os hospitais com a natureza de empresa pública podem revestir forma societária ou forma de EPE.

O hospital SA é uma sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos. Quanto ao regime jurídico, o hospital SA é classificado como uma pessoa colectiva de direito privado. O hospital SA rege-se pelo respectivo diploma de criação e estatutos publicados em anexo<sup>29</sup>, pelo regime jurídico da LGH – Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, e subsidiariamente pelo Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro, – regime jurídico do sector empresarial do Estado e das empresas públicas, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 300/2007, de 23 de Agosto, e pelo direito comercial, laboral e fiscal comum.

O modelo de gestão EPE sucedeu ao modelo societário em 2005, na sequência da publicação do Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de Junho.

Nos termos da alínea b) do n.º 1 do artigo 2.º da LGH, o hospital EPE é um estabelecimento público dotado de personalidade jurídica própria, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial. Trata-se de uma pessoa colectiva de direito público com natureza empresarial. O hospital EPE rege-se pelo respectivo diploma de criação – Decreto-Lei n.º 233/05, de 29 de Dezembro<sup>30</sup>, e seus estatutos, pela LGH e demais legislação aplicável aos hospitais do SNS que não seja incompatível com a sua natureza jurídica e subsidiariamente pelo regime jurídico do SEE, Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro, actualizado, não estando sujeitos às normas aplicáveis aos institutos públicos que revistam a natureza de serviços personalizados ou de fundos autónomos.

Refira-se que este modelo de empresarialização já tinha sido experimentado nos finais do século passado, quando foram ensaiadas as experiências inovadoras de gestão, que ficaram registadas na história do serviço de saúde português como os Casos de *Quasi Empresarialização*. Estes são, à semelhança das EPE, classificados

---

<sup>29</sup> O Decreto-Lei n.º 272 a 302/2002, entre 9 e 11 de Dezembro.

<sup>30</sup> Alterado pelo Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de Fevereiro, pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de Janeiro, pelo Decreto-Lei n.º 176/2009, de 4 de Agosto, e pelo Decreto-Lei n.º 136/2010, de 27 de Dezembro.

como estabelecimentos públicos dotados de personalidade jurídica própria, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e com natureza empresarial. Segundo Moreira (2005), os Casos de *Quasi Empresarialização* representam formas híbridas entre o formato de instituto público e o de empresa pública, cuja forma de gestão era adoptada parcialmente, mantendo-se todavia como estabelecimentos públicos<sup>31</sup>, ou seja, como institutos públicos.

As três experiências de empresarialização que vigoraram no sistema de saúde português, até à presente data, foram:

- O Hospital de S. Sebastião, com sede em Santa Maria da Feira, foi legalmente criado em 1996 pelo Decreto-Lei n.º 218/96, de 20 de Novembro, que o reconheceu como pessoa colectiva de direito público dotada de autonomia administrativa e financeira. Dois anos mais tarde, o estatuto jurídico deste hospital foi alterado pelo Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de Junho, passando a ser reconhecido como um “estabelecimento com natureza empresarial”,
- A Unidade Local de Saúde<sup>32</sup> de Matosinhos que abrange o Hospital Pedro Hispano e os quatro centros de saúde da sua área de influência<sup>33</sup> foi objecto de empresarialização em 1999 com a publicação do Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de Junho, auferindo do mesmo estatuto jurídico do Hospital de S. Sebastião,
- O Hospital do Barlavento Algarvio, criado em 1998 pelo Decreto-Lei n.º 370/98, de 23 de Novembro, como pessoa colectiva de direito público, dotada de autonomia administrativa e financeira, foi transformado em “estabelecimento público com natureza empresarial” na sequência da publicação do Decreto-Lei n.º 76/2001, de 27 de Fevereiro.

Os Casos de *Quasi Empresarialização* regem-se pelos respectivos diplomas habilitadores, pelas normas em vigor para os hospitais do SNS que não contrariem as normas constantes dos diplomas criadores e, subsidiariamente, pelas normas aplicáveis às entidades que revistam natureza, forma e designação de empresa pública – Decreto-Lei n.º 260/76, de 8 de Abril, não estando sujeito às normas aplicáveis aos institutos públicos que revistam a forma de serviços personalizados ou de fundos públicos.

---

<sup>31</sup> Refira-se que após a publicação da lei-quadro dos institutos públicos, deixou de fazer sentido a diferenciação entre institutos de estrutura administrativa (institutos públicos administrativos) e institutos de estrutura empresarial (institutos públicos empresariais), conforme defendia Paulo Otero, passando a existir uma classificação única: institutos públicos (D' Alte, 2007).

<sup>32</sup> Trata-se de uma única entidade pública que integra vários serviços e instituições do SNS, nomeadamente hospitais e centros de saúde.

<sup>33</sup> Matosinhos, Leça da Palmeira, S. Mamede de Infesta e Senhora da Hora.

Estas experiências de gestão foram extintas em finais de 2002 e, sem qualquer tipo de explicação pública, transformadas em sociedades anónimas pelo Governo saído das eleições de Março de 2002, apesar de ter sido publicada a RCM n.º 41/2002, de 7 de Março<sup>34</sup>, que recomendava a adopção casuística do modelo de EPE. Realce-se que à altura não havia qualquer avaliação baseada na evidência que justificasse tamanha alteração no sector hospitalar, como existiam estudos realizados por entidades externas (INA, 2002; OCDE, 2003; OPSS, 2001) relativamente aos modelos inovadores de gestão que não se cingiam exclusivamente a aspectos relacionados com o regime jurídico<sup>35</sup> e que comprovavam melhorias na gestão dos hospitais e, em simultâneo, melhoria de indicadores e de resultados (OPSS, 2003, 2009). Acresce o facto da figura de SA, enquanto modelo de gestão hospitalar, constituir uma solução original, já que em mais nenhum sistema de saúde se tinha adoptado esta forma de empresarialização (OPSS, 2009).

### **Construção pelo Estado e exploração por empresas privadas**

O enquadramento legal para a entrega da gestão de hospitais a terceiras entidades, públicas ou privadas, radica na Base XXXVI da LBS, devendo tal autorização ser concretizada mediante a formalização de um contrato de gestão, o qual deve nos termos do artigo 29.º do Estatuto do SNS ser precedido de concurso público. O Programa do Concurso e o Caderno de Encargos Tipo para a celebração de contratos de gestão de instituições, partes funcionalmente autónomas e serviços do SNS foi aprovado pela Portaria n.º 704/94, de 29 de Julho, do MS.

No sistema de saúde português, até à data actual, existiu apenas um hospital público totalmente construído e equipado pelo Estado, cuja gestão e exploração foi concessionada a uma entidade privada, através de contrato de gestão (CG): o HFF também conhecido por Hospital Amadora-Sintra<sup>36</sup>. A concessão da gestão desta instituição do SNS a uma entidade privada iniciou-se na transição entre o Governo PSD, responsável pela iniciativa, para o Governo PS<sup>37</sup> que, apesar de a considerar não desejada, decidiu aproveitar esta circunstância para dotar a administração pública da saúde com novos e eficazes meios de regulação e controlo do sistema (INA, 2002).

---

<sup>34</sup> Publicada numa fase em que o Governo precedente se encontrava constitucionalmente em gestão, com o objectivo de preparar a mudança para as empresas públicas hospitalares.

<sup>35</sup> Era o caso, por exemplo, do Hospital de Nossa Senhora do Rosário no Barreiro, hospital do sector público administrativo que tendo implementado na sua estrutura organizacional, níveis intermédios de gestão, demonstrou ter conseguido ganhos de eficiência.

<sup>36</sup> Este hospital estava incluído na primeira vaga do programa de PPP na Saúde, tendo sido cancelado (Tribunal de Contas, 2009a).

<sup>37</sup> Cujas pasta da saúde foi entregue à Dra. Maria de Belém Roseira.

A adopção desta opção foi acompanhada de um intenso debate ideológico do modelo com o objectivo, em vão, de preparar a opinião pública para a consideração desta experiência como positiva para o futuro desenvolvimento dos modelos de gestão dos hospitais públicos (INA, 2002; Vaz, 2010). No entanto, a adopção deste modelo não foi precedida de estudos económico-financeiros que demonstrem as suas vantagens como refere o Conselho de Reflexão sobre a Saúde (CRES, 1998).

O modelo jurídico do HFF assenta no contrato de gestão cuja assinatura entre o consórcio privado “Hospital Amadora-Sintra, Sociedade Gestora, SA<sup>38</sup>” e a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) foi formalmente realizada a 10 de Outubro de 1995<sup>39</sup>, tendo todavia, a sociedade gestora (SG) iniciado funções a 1 de Janeiro de 1996<sup>40</sup>. Este contrato foi objecto de renegociação a 4 de Junho de 2004, com produção de efeitos a 1 de Janeiro do mesmo ano, em cumprimento do disposto na Portaria n.º 587/2004, de 2 de Junho, publicada no DR, I Série, n.º 129, de 2 de Junho de 2004, através da qual foi autorizada a referida renovação.

Refira-se que durante o período de instalação que vigorou entre 1991 – data da criação do hospital<sup>41</sup>, e 1995, foi lançado o concurso internacional<sup>42</sup> baseado no princípio de “concepção, projecto e construção”, que incluiu o fornecimento de todo o equipamento médico-cirúrgico, e cuja adjudicação foi concretizada à construtora portuguesa Teixeira Duarte, SA.

O contrato tem por objecto a gestão integral do HFF, a ser desenvolvida pela SG, devendo garantir a prestação de cuidados de saúde globais na óptica da integração do HFF na Unidade de Saúde da sua área de influência, a que correspondem os concelhos da Amadora e de Sintra.

---

<sup>38</sup> A SG “Hospital Amadora-Sintra, Sociedade Gestora, S.A.” integrava no momento da sua constituição um agrupamento de empresas denominado «Império», constituído por um grupo de cinco accionistas, quatro dos quais portugueses, a saber: Companhia de Seguros Império, SA, com 30%; ISU – Estabelecimentos de Saúde, SA (Hospitais CUF), com 5%; HLC – Engenharia e Gestão de Projectos, SA, com 25%; GSI - Générale de Santé Internationale, com 25%; Farmacoop – Cooperativa Nacional de Farmácias, CRL, com 15%. Posteriormente, foi criada a “Hospital Amadora-Sintra, Sociedade Gestora, S.A.”, empresa privada de capitais nacionais, composta pelos seguintes accionistas: José de Mello Saúde, SGPS, SA, ISU – Estabelecimentos de Saúde e Assistência, SA, SGHD – Sociedade Gestora do Hospital das Descobertas, S.A., PPPS – Parcerias Público Privadas na Saúde, SGPS, S.A., JMS – Clínicas Privadas, SGPS, SA., que veio tomar a totalidade do capital social da Sociedade (directamente ou através de participadas suas).

<sup>39</sup> Entrou em vigor a 1 de Novembro de 1995.

<sup>40</sup> Na sequência da transmissão de poderes da Comissão Instaladora para a SG.

<sup>41</sup> Através do Decreto-Lei n.º 382/91, de 9 de Outubro.

<sup>42</sup> Concurso Público n.º 8/94, de 14 de Setembro, previamente autorizado por despacho do Ministro da Saúde, de 31 de Agosto.

O regime jurídico do HFF constituiu uma forma de PPP que não se subsumiu ao regime legal entretanto estabelecido para as PPP em saúde, no qual a própria construção do hospital é integrada no objecto contratual (INA, 1999).

A partir de 1 de Janeiro de 2009, este modelo de gestão foi extinto por caducidade do CG com o Grupo Mello e o HFF foi transformado numa entidade pública empresarial, através do Decreto-Lei n.º 203/2008, de 10 de Outubro, com efeitos a partir do dia seguinte à data de publicação do referido diploma.

### **Construção e exploração por empresas privadas: Parceria Público-Privado**

Segundo Simões (2004a), as PPP<sup>43</sup> emergiram no âmbito do SNS, como um novo instrumento de provisão e contratação da prestação de cuidados públicos de saúde<sup>44</sup> que abrange tanto os cuidados hospitalares, como os cuidados primários ou os cuidados continuados de saúde.

O ordenamento jurídico português contempla um regime específico para as PPP no sector da saúde, que foi definido previamente ao regime geral das PPP. Com efeito, o regime jurídico das parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados a estabelecer entre o MS ou instituições e serviços integrados no SNS e outras entidades, foi definido em 2002 pelo Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto, enquanto que o diploma que estabeleceu as normas gerais aplicáveis à intervenção do Estado no âmbito das PPP data de 2003 (Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril<sup>45</sup>). Segundo este diploma legal, o conceito PPP é entendido como «o contrato ou a união de contratos, por via dos quais entidades privadas, designadas por parceiros privados, se obrigam, de forma duradoura, perante um parceiro público, a assegurar o desenvolvimento de uma actividade tendente à satisfação de uma necessidade colectiva, e em que o financiamento e a responsabilidade pelo investimento e pela exploração incumbem, no todo ou em parte, ao parceiro privado» (Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto). Convém dizer que o conceito de PPP não se encontra consagrado no direito comunitário. Contudo, a Comissão das Comunidades Europeias (2004), no seu *“Livro Verde sobre as PPP e o direito comunitário em matéria de*

---

<sup>43</sup> Têm a sua génese nas *“private finance initiatives”* (PFI) iniciadas no Reino Unido nos primeiros anos da década de noventa do século passado (Simões *et al.*, 2009). Constituem uma modalidade ou variante do *Project Finance* que consiste num processo de captação e incentivo por parte do Estado à utilização de capitais privados para a implementação de projectos e fornecimento de serviços tradicionalmente inseridos no sector público (Dias, 2004).

Saliente-se que as PFI diferem do *Project Finance* pelo facto de naquelas, o principal adquirente dos bens/serviços produzidos ser sempre o Estado ou qualquer entidade pública.

<sup>44</sup> Recorde-se que as PPP constituem um instrumento de uma nova governação pública baseado na teoria do *New Public Management* ou Moderna Gestão Pública (Azevedo, 2009).

<sup>45</sup> Alterado pelo Decreto-Lei n.º 141/2006, de 27 de Julho, e pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de Janeiro.

*contratos públicos e concessões*” refere-se ao fenómeno das PPP como representando «formas de cooperação entre as autoridades públicas e as empresas, tendo por objectivo assegurar o financiamento, a construção, a renovação, a gestão ou a manutenção de uma infra-estrutura ou a prestação de um serviço» (CE, 2004: 3). As PPP<sup>46</sup> traduzem assim um «compromisso contratual de longo prazo entre os sectores público e privado, com o propósito de assegurar o desenho, construção, financiamento e funcionamento de uma infra-estrutura pública e, concomitantemente, a provisão de um bem ou serviço até aí provido pelo sector público» (Cabral, 2009: 57). Trata-se, por conseguinte, de um conceito multifacetado que abrange um conjunto de combinações contratuais entre entidades do sector público e do sector privado, que se encontram delimitadas por dois extremos: a contratação pública tradicional<sup>47</sup> e a privatização total (KPMG, 2003).

Na opinião de Simões (2004a), as PPP no sector da saúde caracterizam-se pelos seguintes elementos: planeamento e financiamento da responsabilidade de entidades públicas, investimento e gestão realizados por entidades inseridas no sector privado e controlo e titularidade a cargo de entidades públicas. Harfouche (2008) acrescenta àquelas características a existência de uma orçamentação plurianual dos respectivos encargos decorrentes da assunção de encargos a realizar em exercícios económicos distintos<sup>48</sup>. Esta característica assume particular relevância em momentos de crise económica como a que se vive actualmente, constituindo a opção PPP «uma oportunidade para os Estados desenvolverem múltiplas infra-estruturas essenciais, sem onerar efectivamente a dívida pública e, simultaneamente, permitirem uma diluição do respectivo esforço financeiro associado às elevadas despesas de capital dos projectos infra-estruturais» (Tribunal de Contas, 2008a: 9). A contratação através

---

<sup>46</sup> Segundo Cabral (2009), o conceito de PPP consagrado no direito português, apresenta como traço caracterizador, o facto de se tratar de um contrato de carácter duradouro que visa prosseguir uma actividade tendente à satisfação de uma necessidade colectiva. Esta característica permite, na opinião da autora, estabelecer a fronteira entre uma relação contratual assente numa PPP e outras formas contratuais entre entidades públicas e privadas que tenham por objecto actividades de satisfação de necessidades públicas (“*outsourcing*”, “*contracting out*”, protocolos, acordos, etc.).

<sup>47</sup> O modelo de contratação pública tradicional caracteriza-se pela «simples aquisição de bens ou na prestação de serviços, segundo as especificações fixadas, sem qualquer co-responsabilização do fornecedor/produzidor/prestador pela economia, eficiência e eficácia e impacto na satisfação da necessidade pública». Já o modelo de contratação PPP exige uma diferente responsabilização das partes contratuais mediante a fixação de parâmetros de eficiência, qualidade, disponibilidade e níveis de serviço e com remunerações variáveis em função do grau de realização desses parâmetros (Pombeiro, 2003: 45).

<sup>48</sup> O Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril, prevê, na alínea a) do n.º 1 do seu artigo 6.º, que o lançamento e a contratação de uma parceria pressupõem o cumprimento das normas relativas à orçamentação por programas constantes da Lei Enquadramento Orçamental (LEO). Por sua vez, nos termos da LEO, os programas incluem as despesas plurianuais cuja inscrição deverá ser feita no Mapa XVI – “despesa correspondente a programas”. Cfr. n.º 3 do artigo 18.º; o artigo 19.º, n.ºs 3 e 4 do artigo 20.º e artigo 32.º da LEO (Tribunal de Contas, 2008a).

de PPP apresenta vantagens orçamentais, quer ao nível do critério do défice<sup>49</sup>, quer pelo critério da dívida pública<sup>50</sup>. No que respeita ao critério do défice, a vantagem traduz-se na desorçamentação temporária de despesas públicas enquanto no plano da dívida pública, a vantagem assenta no facto do Estado prover infra-estruturas e serviços fundamentais à margem do seu balanço (*off balance-sheet*) (OPSS, 2008; Tribunal de Contas, 2004). A existência deste diferencial temporal entre o momento de concepção/construção e o de pagamento dos serviços inerente à fase de operacionalização do activo, permite, assim, evitar no curto prazo, o impacto do investimento do Estado nas contas públicas. Ou seja, numa relação do tipo PPP, «assumem-se compromissos que se repercutem nas despesas de anos futuros, na maioria das vezes por longos períodos de tempo, pelo que as mesmas têm de ser analisadas num quadro de sustentabilidade orçamental e de eficiência da despesa pública», sob pena de hipotecar o futuro das gerações vindouras (Tribunal de Contas, 2004: 248, OPSS, 2008: 24).

O diploma enquadrador das parcerias em saúde, apesar de consagrar três instrumentos<sup>51</sup> para a prestação de cuidados de saúde, elegeu o CG como o contrato matricial de implementação das PPP<sup>52</sup>. Há autores, como Vieira citado por Cabral (2009), que defendem que o CG na saúde constitui uma modalidade de verdadeira concessão de serviço público, ainda que os fins que prosseguem e as funções que o Estado guarda para si sejam diferentes. É neste sentido que aponta o preâmbulo do diploma que define o regime jurídico das PPP na saúde, ao referir que «o contrato de gestão reveste, assim, a natureza de verdadeiro contrato de concessão de serviço público» pretendendo-se com esta designação «clarificar que, no âmbito da saúde, o Estado mantém em maior grau a responsabilidade, designadamente porque é necessário que todos os cidadãos, sem excepção, tenham o acesso a cuidados de saúde através de um Serviço Nacional de Saúde que observe as características de generalidade e universalidade, ainda que com o concurso de outras entidades na sua gestão» (Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto). Outros autores, como Marques e Moreira (1999), apresentam um entendimento diverso deste. Consideram que o CG apresenta afinidades sobretudo com o contrato de arrendamento de serviços públicos (*affermage*) que consiste numa transferência para uma entidade privada apenas das operações de funcionamento e manutenção do estabelecimento ou serviço público já

---

<sup>49</sup> Também conhecido por défice orçamental. Corresponde ao saldo negativo das Contas Públicas, ou seja, à diferença entre as despesas do Estado e as suas receitas, num determinado período de tempo.

<sup>50</sup> Corresponde ao total da dívida que o Estado tem para com terceiros, num determinado período de tempo.

<sup>51</sup> Contrato de gestão, contrato de prestação de serviços e contrato de colaboração.

<sup>52</sup> Refira-se que o contrato de gestão consta na LBS de 1990 como instrumento de gestão de unidades de saúde, e que apenas foi limitadamente configurado no Estatuto do SNS aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro.

em funcionamento, sem que aquela assuma o risco financeiro da operação, o qual continua a caber ao Estado, contrariamente ao que acontece na concessão propriamente dita.

O quadro seguinte sintetiza os principais traços caracterizadores das diferentes modalidades contratuais os quais, no entanto, não têm correspondência directa com o que se verifica nas PPP da saúde que integram construção, manutenção e operação dos hospitais:

	Contrato de Concessão de Serviço Público	Contrato de Gestão	Contrato de Arrendamento
Titularidade do serviço	Pública	Pública	Pública
Organização e operação do serviço	Mista	Mista	Mista
Investimento e propriedade da infra-estrutura	Público	Público	Público
Remuneração dos privados	Utentes	Entidade Pública	Utentes
Duração do contrato	10 a 30 anos	3 a 5 anos	5 a 20 anos

Fonte: Adaptado Marques e Moreira (1999)

Quadro 3 - Principais traços caracterizadores das modalidades contratuais

O programa de PPP a implementar no sector da saúde surgiu pela primeira vez no programa do XIV Governo Constitucional<sup>53</sup> quando, em Julho de 2001, foi anunciada aquela que veio a ser designada como a Primeira Vaga de PPP na Saúde, a qual contemplava cinco hospitais, dos quais 2 corresponderiam a novas unidades hospitalares (Sintra e Loures) e 3 a hospitais de substituição<sup>54</sup> (Cascais, Vila Franca de Xira e Braga). Exactamente um ano depois, já sob a égide do XV Governo, são anunciados mais cinco hospitais PPP, incluídos na que viria a ser conhecida como a Segunda Vaga de PPP da Saúde (Évora, Gaia, Póvoa do Varzim/Vila do Conde, Algarve e Guarda).

Para estes hospitais em regime de PPP, a incluir na rede do SNS, preconizava-se que a concepção, construção, exploração e financiamento de cada uma destas unidades ficasse a cargo de entidades privadas, incluindo a prestação de serviços

<sup>53</sup> Cujá vigência se situou entre 1999 e 2001.

<sup>54</sup> Visando substituir unidades hospitalares que se encontravam em funcionamento.

clínicos<sup>55</sup>, por períodos de tempo de dez anos para a gestão e operação de prestação de cuidados de saúde e de trinta anos para a construção/manutenção<sup>56</sup>.

A mudança de executivo governamental em 2005 trouxe mudanças, quer quanto à forma de concretizar as PPP<sup>57</sup>, quer quanto à priorização dos novos hospitais a construir (Cabral, 2009). Quanto à concretização das PPP, o MS anunciou a alteração do modelo de contratação das PPP, o qual passou a incidir preferencialmente sobre a construção das infra-estruturas em detrimento da gestão hospitalar, sem prejuízo dos concursos já lançados para a construção e gestão privadas dos hospitais de Cascais, Braga, Vila Franca de Xira e de Loures. Nesta conformidade, e à luz das experiências verificadas a nível internacional, o modelo de PPP começou por se aproximar do modelo espanhol para, depois, se aproximar do modelo inglês (Cabral, 2009). Quanto à calendarização, a construção de um novo hospital em Lisboa, o Hospital de Todos-os-Santos passou a ser considerado prioritário, de acordo com proposta de estudo<sup>58</sup> que procedeu à hierarquização de prioridades dos investimentos no sector hospitalar para o período 2006-2009.

No entanto, o MS nunca adoptou uma posição clara em relação ao modelo a adoptar<sup>59</sup> e respectivas mais-valias públicas, nem existia qualquer documento oficial de enquadramento das decisões tomadas ou de esclarecimento da *accountability* neste âmbito (OPSS, 2007). Por outro lado, encomendou um estudo<sup>60</sup> à Escola de Gestão do Porto para a hierarquização dos projectos PPP e reavaliação das intenções assumidas anteriormente o qual sugeriu, face ao contexto de rigor orçamental e

---

<sup>55</sup> Trata-se de uma parceria do tipo *Design-Build-Finance-Operate* (DBFO).

<sup>56</sup> A opção por este modelo integrado de PPP, em que o agente privado assegura a construção e gestão da unidade hospitalar não é o formato mais habitual adoptado em contexto internacional.

<sup>57</sup> O quadro legal de instrumentos contratuais de parcerias em saúde goza de uma certa flexibilidade que permite ajustar o modelo de contratação às prioridades políticas estabelecidas, podendo o contrato de gestão assumir as seguintes configurações (Simões, 2004a; Cabral, 2009):

- Conceção, construção, financiamento e manutenção de uma nova infra-estrutura de saúde,
- Conceção, construção, financiamento e manutenção de uma nova infra-estrutura de saúde, bem como a gestão e exploração dessa unidade de saúde, incluindo a prestação de serviços clínicos,
- Renovação e reabilitação de uma unidade de saúde já existente,
- Gestão de uma unidade ou de um conjunto de unidades de saúde existentes integradas no SNS, incluindo a prestação dos respectivos serviços de saúde,
- Combinando a gestão de uma ou mais unidades existentes com a concepção, construção, financiamento e manutenção de uma ou mais novas infra-estruturas de saúde, incluindo a respectiva gestão e prestação de serviços clínicos.

<sup>58</sup> 1.º - Hospital de Todos os Santos; 2.º - Hospital de Faro; 3.º - Hospital do Seixal, 4.º - Hospital de Évora; 5.º - Hospital de Vila Nova de Gaia; 6.º - Hospital de Póvoa do Varzim/ Vila do Conde.

<sup>59</sup> Por não especificar o formato de financiamento público.

<sup>60</sup> “Prioridades de investimento com o objectivo de apoiar o processo de decisão, ao nível político, quanto à sequência estratégica de implementação dos hospitais inseridos na 2.ª vaga do Programa de parcerias para o sector hospitalar”, publicado com a assinatura da Escola de Gestão do Porto e da entidade ministerial ‘Parcerias Saúde’.

exigência de transparência, que a concessão da gestão dos hospitais públicos a grupos económicos privados, por períodos de tempo que ultrapassam os 20 anos, deixasse de se fazer com base nos factos consumados no ciclo governativo anterior (OPSS, 2006, 2007, 2009).

Os primeiros projectos de PPP lançados – Centro de Reabilitação de S. Brás de Alportel e o ‘Centro de Atendimento’ registaram vários meses de atraso no processo de adjudicação e lançamento, sem qualquer explicação pública e pouco foi divulgado sobre a sua eficácia e processo de implementação (OPSS, 2007).

Actualmente, os projectos de PPP para os hospitais encontram-se na seguinte fase:

- Hospital de Cascais: o consórcio HPP/Teixeira Duarte ganhou o concurso, tendo iniciado a gestão do antigo Hospital de Cascais e a construção das novas instalações, as quais foram inauguradas em 23 de Fevereiro de 2010;
- Hospital de Loures: apesar de ter sido o primeiro hospital a ser contemplado, o concurso foi anulado em 2006 e iniciado novo procedimento em 2007. Já adjudicado e em construção, encontra-se em fase de discussão do contrato, com abertura prevista para 2012;
- Hospital de Braga: o relatório de negociação competitiva foi aprovado por despacho conjunto dos Ministros de Estado e das Finanças e da Saúde, em Fevereiro de 2008, tendo as negociações sobre o contrato com o concorrente seleccionado – Escala Braga – tido início em Março de 2008. A gestão do actual Hospital de Braga foi entregue à Escala Braga em 2009, que iniciou a sua actividade em Maio de 2011, após a construção do novo hospital;
- Hospital de Vila Franca de Xira: adjudicado ao consórcio Escala Vila Franca de Xira. Decorrem negociações do contrato;
- Hospital de Sintra: o concurso foi cancelado e a sua construção integrada nos objectivos do HFF EPE;
- Hospital do Algarve (sem gestão da operação): concurso lançado em 2008;
- Hospital de Todos os Santos (sem gestão da operação): concurso lançado em 2008.

A abertura de alguns hospitais em regime de PPP sofreu sucessivos atrasos, de tal forma que à data actual existe apenas dois hospitais em funcionamento no âmbito da relação de parceria com os Hospitais Privados de Portugal – o Hospital de Cascais

e o Hospital de Braga. A construção do primeiro iniciou-se em Fevereiro de 2008, incorporando também a gestão clínica, não obstante as críticas tecidas pelo TC em Relatório de Auditoria ao projecto do NHC (n.º 06/08/2.ª Secção)<sup>61,62</sup>.

Um Relatório n.º 15/2009 AUDIT – Auditoria ao Programa de PPP de Saúde de Abril de 2009 tece duras críticas aos processos de constituição de PPP em curso na área da saúde, referindo que «nenhum dos objectivos de contratação inicialmente definidos foi até agora atingido» e que «nenhuma das vantagens que se poderiam obter com o lançamento em vaga foram alcançadas» e aponta como possível justificação para a derrapagem verificada em todos os processos de PPP, a decisão de implementar «um modelo de parceria complexo e sem paralelo no campo internacional, no âmbito de um Ministério que não possuía qualquer experiência prévia em PPP» (Tribunal de Contas, 2009a: 7).

### **CAPÍTULO 3. Modelos de gestão dos hospitais públicos**

No âmbito dos hospitais cuja construção foi directamente realizada pelo Estado, é possível identificar em Portugal, quatro regimes jurídicos hospitalares diferentes, com regras de gestão também diferentes. É sobre este assunto que nos iremos debruçar, começando por apresentar uma descrição sumária dos vários modelos de gestão dos hospitais públicos: hospital do SPA<sup>63</sup> (3.1.), hospital Amadora-Sintra (3.2.), hospital SA (3.3.) e hospital EPE (3.4.). Esta descrição tem por base uma análise minuciosa dos respectivos diplomas de criação.

#### **3.1. Hospital do Sector Público Administrativo (de 1988 à actualidade)**

Os hospitais do SPA são entidades públicas sujeitas aos poderes de tutela e superintendência do MS devendo, nos termos do Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro, ser administrados em termos de gestão empresarial. Este modelo foi objecto de nova regulamentação em 2003, através da publicação do Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto, com o objectivo de modernizar a gestão desta tipologia de hospitais

---

<sup>61</sup> O TC levanta algumas dúvidas sobre esta PPP nomeadamente por não terem sido conhecidos todos os encargos públicos com o projecto (designadamente o custo de oportunidade de utilização dos terrenos para a implementação do NHC e os custos com as expropriações e com a construção de acessos e infra-estruturas), por ausência de quantificação do custo global do projecto e de não avaliação de cada um dos riscos e da sua partilha e por não ter sido realizado um estudo que permitisse aferir a comportabilidade orçamental deste projecto face ao programa de PPP em saúde (OPSS, 2008).

<sup>62</sup> A HPP Saúde – Parcerias Cascais, SA assumiu a 1 de Janeiro de 2009 a gestão do Hospital de Cascais.

<sup>63</sup> A partir da LGH de 1988.

e replicar, na medida do possível, o modelo de gestão dos hospitais SA dentro do sector público (OPSS, 2003; Harfouche, 2008).

A sua estrutura organizacional, definida em regulamento interno a aprovar por portaria do Ministro da Saúde, encontra-se organizada em centros de responsabilidade e de custos.

O hospital instituído pela legislação de 1988 dispõe de três órgãos de administração: um colectivo – o conselho de administração (CA) – e dois individuais, o presidente do CA e o administrador delegado. Tanto um como outro não têm forçosamente que ser médico ou pertencer à carreira de administração hospitalar<sup>64</sup>. Para além dos órgãos de administração, a estrutura orgânica compõe-se ainda por órgãos de apoio técnico, de auditoria, de consulta e de fiscalização, este último apenas para os hospitais de maior dimensão. O director clínico e o enfermeiro director constituem o órgão de direcção técnica e fazem parte integrante do CA por inerência. A escolha dos membros da direcção técnica passou por várias fases: começou por ser por nomeação por um período de três anos automaticamente renovável por iguais períodos, passou, a partir de 1996<sup>65</sup>, a processar-se por votação pelos colégios eleitorais médico e de enfermagem respectivamente, prévio à nomeação por despacho do Ministro da Saúde, e retomou, em 2002<sup>66</sup>, ao princípio da nomeação por despacho do Ministro da Saúde, mediante proposta do director do hospital.

A regulamentação de 2003 manteve inalterada a estrutura orgânica dos hospitais do SPA, com excepção da figura de administrador delegado que desaparece e passa a ser substituída por um ou dois vogais executivos. O director do hospital ou presidente do CA, que não tem forçosamente que ser médico, assume, na sequência da publicação daquela regulamentação, funções de carácter mais amplo do que as de mera representação que já detinha. A nomeação do CA continua a ser da competência do Ministro da Saúde.

Se na anterior legislação, os membros do CA gozavam do estatuto de gestor público<sup>67</sup> no que respeita a remuneração, com a nova regulamentação aquele estatuto é ampliado ao regime de mandato, de incompatibilidades e de trabalho. Agora também, os membros não executivos do CA não podem auferir remuneração inferior à que teriam direito na respectiva categoria e carreira profissional. No que respeita a incompatibilidades, os membros não executivos estão sujeitos ao regime dos respectivos corpos especiais e, por conseguinte, só podem exercer actividade privada

---

<sup>64</sup> Como consagrava a legislação até 1988.

<sup>65</sup> Na sequência da aprovação do Decreto-Lei n.º 136/96, de 13 de Agosto.

<sup>66</sup> Na sequência da aprovação do Decreto-Lei n.º 39/2002, de 26 de Fevereiro.

<sup>67</sup> Definido no Decreto-Lei n.º 464/82, de 9 de Dezembro, revogado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de Março.

desde que respeitados os requisitos do art. 20.º do Estatuto do SNS. A grande novidade desta regulamentação assenta no facto dos membros do CA poderem ser livremente exonerados por despacho do Ministro da Saúde, podendo o CA ser dissolvido em caso de desvio substancial entre os orçamentos e a respectiva execução ou por deterioração dos resultados de actividade, incluindo a qualidade dos serviços prestados (Vaz, 2010).

Os quadros de pessoal são definidos centralmente e não podem ser alterados sem autorização dos Ministros das Finanças e da Saúde e a contratação de pessoal rege-se pelo regime jurídico do emprego público.

As aquisições de bens e serviços obedecem à legislação das compras públicas<sup>68</sup>, com excepção do período de vigência do Decreto-Lei n.º 39/2002, de 26 de Fevereiro, que submeteu a contratação de bens e serviços às normas de direito privado, sem prejuízo da aplicação das directivas comunitárias e do Acordo sobre Mercados Públicos, celebrado no âmbito da Organização Mundial do Comércio.

As regras de gestão de financeira seguem essencialmente as regras de direito público consagradas na contabilidade pública e o financiamento provém maioritariamente do OE. A conta de gerência é aprovada pelo MS.

### **3.2. O caso do Hospital Amadora-Sintra (de 1995 a 2008)**

O modelo de gestão do HFF combina um mix de regras e soluções de gestão privada com gestão pública (INA, 2002). O contrato de gestão do HFF foi criado pelo prazo de um ano, renovável por iguais períodos, não sendo denunciável nos primeiros cinco anos, salvo existindo justa causa.

O órgão máximo de gestão é representado pelo CA da SG que integra uma comissão executiva, coadjuvada por um director-geral, a quem compete a gestão de todas as actividades em subordinação às políticas definidas pelo CA. A comissão executiva e o director-geral (uma espécie de *Chief Executive Officer* independente) controlam a actividade das direcções de 1.ª linha, as quais integram a direcção clínica, direcção de enfermagem e direcção de produção (para além das direcções de recursos humanos, financeira, logística e sistemas de informação).

A entidade gestora assume a figura de entidade patronal, através da contratação de pessoal em regime de contrato individual de trabalho, que mais tarde foi reforçada pela assinatura de acordos de empresa com sindicatos que cobriam todos os sectores

---

<sup>68</sup> Decreto-Lei n.º 211/79, de 12 de Julho, revogado pelo Decreto-Lei n.º 55/95, de 29 de Março, entretanto novamente revogado pelo Decreto-Lei n.º 197/99, de 8 de Junho, e revogado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de Janeiro.

profissionais<sup>69</sup>. Alternativamente, pode recorrer a mecanismos de mobilidade, nomeadamente requisição, prevista no Estatuto do SNS. O quadro de pessoal, destinado a garantir os vínculos de pessoal em funções à data da entrega da gestão, só foi definido em 1999 pelo Decreto-Lei n.º 64/99, de 4 de Março como forma de facilitar a obrigatoriedade do Estado disponibilizar os recursos humanos necessários ao funcionamento do hospital (Simões, 2004b). A política interna de recursos humanos incorpora também um sistema de incentivos a atribuir em função do desempenho profissional demonstrado.

A aquisição de bens e serviços rege-se exclusivamente pelas regras de direito privado, havendo possibilidade de recurso ao *outsourcing*.

O modelo de financiamento assenta na determinação de um montante global anual<sup>70</sup>, considerando a produção por linha de produção<sup>71</sup> negociada entre as partes, no início de cada ano, com base na proposta remetida pela SG no ano anterior, sendo a partir daí pago um preço adicional por cada caso tratado. Os preços unitários base são actualizados com base na mesma percentagem de actualização na correspondente tabela de preços do SNS (Tribunal de Contas, 2005). O CG prevê ainda a remuneração de encargos associados, por exemplo, à utilização de certos medicamentos e meios complementares de diagnóstico e de terapêutica ou remuneração de médicos internos ou outros actos médicos previstos em protocolos (vg. Psiquiatria).

Na versão inicial do CG, o acompanhamento do contrato cingia-se à designação pela ARSLVT de um delegado que a representava, a título permanente, junto da SG. No entanto, este modelo foi considerado insuficiente pelo MS, tendo criado, no âmbito da Agência de Contratualização, uma comissão de acompanhamento externo<sup>72</sup> para, de forma mais consistente e integradora, acompanhar o desenvolvimento da actividade do HFF. Porém, em Junho de 1999, foi designado um delegado e, dois anos mais tarde, a ARSLVT designou uma nova equipa de acompanhamento, constituída por um médico, dois administradores hospitalares e um técnico superior (Simões, 2004b). A revisão contratual operada em 2004 estabeleceu um modelo de

---

<sup>69</sup> Em 1999, com o Sindicato Independente dos Médicos, com o Sindicato dos Enfermeiros Portugueses e com a Federação dos Sindicatos da Alimentação, Bebidas, Hotelaria e Turismo de Portugal e em 2001, com o Sindicato dos Quadros Técnicos do Estado.

<sup>70</sup> Pago por duodécimos à SG do HFF, com os necessários ajustamentos, previstos no contrato, relativamente às anuidades subsequentes.

<sup>71</sup> Na primeira versão do contrato de gestão, as linhas de produção contempladas cingiam-se ao internamento, consultas externas e urgência. Após a revisão contratual de 2004, e fazendo jus aos recentes progressos das ciências médicas, as linhas de produção foram alargadas à cirurgia de ambulatório e hospital de dia.

<sup>72</sup> Constituída por um representante da ARSLVT, representantes das câmaras municipais de Amadora e Sintra e um representante da DECO.

acompanhamento mais abrangente, com incidência também no capítulo da qualidade, através da criação de uma comissão de acompanhamento multidisciplinar e do recurso a auditorias externas.

### **3.3. Hospital Sociedade Anónima (de 2003 a 2005)**

O hospital SA é uma sociedade anónima cujo capital, totalmente público, é detido por um único accionista, o Estado, representado conjuntamente pelos Ministérios das Finanças e da Saúde.

A estrutura orgânica integra os seguintes órgãos sociais: assembleia-geral, CA e fiscal único. O CA compõe-se, no máximo, por cinco elementos: o presidente, os membros da direcção técnica e os administradores, todos com direito a voto. Os administradores são eleitos pela assembleia-geral. O mandato dos administradores é de três anos, mas a assembleia-geral pode destituí-los em qualquer momento com base em inobservância da lei ou regulamento, na violação grave dos deveres de gestão ou no incumprimento reiterado de contratos-programa. A direcção técnica incumbe ao director clínico e ao enfermeiro-director, respectivamente um médico e um enfermeiro, os quais integram o CA por inerência, enquanto membros não executivos. O fiscal único é constituído por um revisor oficial de contas (ROC) ou uma sociedade de ROC, que fiscaliza toda a escrituração do hospital.

A política de recursos humanos assenta no recrutamento através do contrato individual de trabalho, sendo o bom desempenho profissional premiado com incentivos inscritos no orçamento anual do hospital.

O hospital SA rege-se pelo plano de contas do MS, embora tenha sido dispensado de utilizar as contas do controlo orçamental e de ordem e de devedores e credores pela execução do orçamento, respectivamente a classe 0 e as contas 25. O Hospital SA é obrigado a constituir uma reserva legal, uma reserva para investimentos, um fundo para benfeitorias nas instalações do hospital e outro para melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados prestados. O hospital SA dispõe de limites ao endividamento, o qual não pode, em caso algum, ser superior a 30% do respectivo capital social e níveis de endividamento que superem 10% do capital social carecem de autorização da assembleia-geral, mediante parecer do fiscal único. A certificação legal de contas, realizada por um ROC ou uma sociedade de ROC, é remetida à Inspecção-Geral de Finanças para parecer, previamente à aprovação em assembleia-geral.

A gestão do hospital é fundamentada em contratos-programa previamente negociados entre a ACSS e a administração do hospital.

### **3.4. Hospital Entidade Pública Empresarial (de 2006 à actualidade)**

Os estatutos do hospital EPE estipulam três órgãos sociais: um órgão de administração – o CA –, um órgão de controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial – o Fiscal Único – e um outro de natureza consultiva – o conselho consultivo.

O CA que, pelo Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, era composto por um presidente, pelo director clínico, pelo enfermeiro-director e por mais 1, 2, 3 ou 4 vogais, em função da dimensão e complexidade do hospital a gerir, passa a partir de 1 de Janeiro de 2011, a ser composto por um máximo de cinco elementos, sendo um deles, obrigatoriamente, o director clínico e outro, o enfermeiro director de acordo com o Decreto-Lei n.º 136/2010, de 27 de Dezembro, podendo ainda integrar, mediante proposta do município onde o hospital se insere, mais um vogal não executivo. Esta recente alteração na composição do órgão de governação surge em consonância com as actuais preocupações governamentais de redução da despesa pública.

Os membros do CA podem ser livremente exonerados por despacho dos Ministros das Finanças e da Saúde com fundamento em falta de observância da lei ou regulamentos ou violação grave dos deveres de gestor. A exoneração deve ser precedida de audiência do interessado, sem dependência de qualquer processo, nos termos do artigo 100.º do Código do Procedimento Administrativo aprovado pelo Decreto-Lei n.º 442/91, de 15 de Novembro.

Os Ministros das Finanças e da Saúde podem dissolver o CA, sempre que se confirme que este não tomou todas as medidas para evitar a ocorrência de desvios entre os valores orçamentados e a respectiva execução ou a deterioração progressiva dos resultados de actividade, incluindo a qualidade dos cuidados prestados.

Os membros da direcção técnica, constituídos pelo director clínico e enfermeiro-director, integram o CA do hospital e são obrigatoriamente um médico e um enfermeiro. O fiscal único é obrigatoriamente um ROC ou uma sociedade de ROC, nomeado pelo Ministro das Finanças, por um período de três anos, a quem compete assegurar a legalidade, a regularidade e a boa gestão financeira e patrimonial do hospital. O hospital EPE integra ainda na sua estrutura orgânica, um órgão de auditoria – auditor, nomeado pelo CA. O órgão de consulta – conselho consultivo – integra na sua composição representantes da respectiva ARS, do município onde o hospital se insere, dos utentes e dos profissionais do hospital. O hospital EPE possui obrigatoriamente comissões de apoio técnico, que auxiliam o CA na tomada de decisão.

O hospital EPE dispõe de autonomia financeira sendo tutelado pelos Ministérios das Finanças e da Saúde. A prestação de contas é objecto de certificação pelo ROC<sup>73</sup>.

A aquisição de bens e serviços e a contratação de empreitadas rege-se pelas regras de direito público constantes no CCP. Os procedimentos de contratação devem respeitar os princípios fundamentais da actuação administrativa, nomeadamente da livre concorrência, transparência e da boa gestão designadamente através da fundamentação das decisões tomadas – princípios estes subjacentes a todo o sector empresarial do Estado, por força da aplicação do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro, actualizado.

A contratação de pessoal rege-se pelas regras de direito privado materializadas no regime de contrato individual de trabalho, vigorando em simultâneo um regime transitório para o pessoal em relação ao qual já exista uma relação jurídica de emprego público.

A gestão é baseada em contratos orçamento-programa negociados entre a tutela, representada pela respectiva ARS e o hospital. Trata-se, no fundo, de um plano financeiro plurianual com contrato-programa desdobrado em orçamentos anuais, quer de investimento quer de financiamento. A contracção de empréstimos está limitada a 30% do respectivo capital estatutário. O hospital dispõe de autonomia financeira, com reversão dos saldos de gerência, o que lhe confere liberdade para despender dentro do orçamento, com base numa programação trienal. Encontram-se sob tutela de dois ministérios: o das Finanças e da Saúde. O controlo financeiro é realizado pela comissão de fiscalização constituída por um ROC.

---

<sup>73</sup> Outrora era remetida à Inspecção-geral de Finanças para emissão de parecer, sendo posteriormente remetida para os ministérios das Finanças e da Saúde para aprovação, nos termos do art. 32.º do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro. A partir de 1 de Setembro de 2007, a certificação de contas passou, na sequência da alteração do regime jurídico do SEE, a ser da responsabilidade do ROC (Tribunal de Contas, 2008b).

## **PARTE II – COMPONENTE EMPÍRICA**

### **CAPÍTULO 1 – Metodologia de Investigação**

Neste capítulo, explana-se a metodologia utilizada para estabelecer um quadro comparativo dos diferentes modelos de gestão dos hospitais do SNS. Assim, começamos por definir e delimitar o objecto de estudo (1.1.) desta tese. Seguidamente, apresentamos o instrumento de recolha de dados, justificando a sua opção e elencamos as vantagens e limitações inerentes (1.2.). Por último, caracterizamos o painel de peritos, indicando a sua composição (1.3.).

#### **1.1. Objecto de Estudo**

No âmbito da Administração Pública portuguesa têm sido experimentados diversos modelos de gestão dos hospitais públicos conforme ficou demonstrado no capítulo anterior. Acontece porém que, as alterações aos modelos de gestão nem sempre têm sido baseadas em estudos de cariz técnico e científico que fundamentem a sua necessidade e justifiquem a opção por um modelo em detrimento de outro(s). Por outro lado, existe por parte do Estado uma certa falta de capacidade, e até mesmo, de vontade em avaliar a sua própria actividade, de forma a criar evidência sobre as vantagens e desvantagens dos modelos que ensaia. Esta desresponsabilização por parte do Estado, ou melhor, esta atitude de passividade e de não responsabilização pelos resultados obtidos tem condicionado a sua actuação a alterações no modelo de gestão dos hospitais públicos que, em boa verdade, não passam de simples alterações ao regime jurídico, mantendo no essencial o modelo de governação inalterado, o que revela uma certa desadequação dos modelos de governo do Ministério à gestão e acompanhamento dos modelos que experimenta.

Esta tese versa o estudo dos modelos de gestão dos hospitais públicos em Portugal que foram construídos pelo Estado e cujo diploma enquadrador do modelo de gestão data de 1988 – altura em que foi publicada a LGH, até aos dias de hoje. Pretende-se com este estudo estabelecer as semelhanças e diferenças entre eles e, assim, contribuir para a melhor compreensão das potencialidades de cada modelo enquanto instrumento de gestão.

Para a construção da proposta de análise dos modelos de governação hospitalar, procedeu-se à construção de um questionário com base nos aspectos regulamentares definidos nos vários diplomas legais referentes aos modelos de

hospitais, com o objectivo de analisar os principais aspectos de estrutura e de gestão, de forma a aferir a sua importância para o desempenho global do hospital.

## **1.2. Instrumento de Análise: Questionário Modelos de Gestão dos Hospitais Públicos**

Para obter a opinião dos peritos relativamente aos diferentes modelos de gestão dos hospitais foi utilizado, como instrumento de recolha de dados, o questionário. Esta opção justifica-se, por um lado, pela maior facilidade na recolha de dados num período de tempo relativamente curto e, por outro, por permitir que os inquiridos expressem as suas opiniões com menor constrangimento, tendo em conta que são preenchidos na ausência do investigador.

O questionário encontra-se dividido em três partes que correspondem às três modalidades de gestão de hospitais em que o Estado participa na construção do edifício:

- Hospitais do sector público administrativo,
- Hospitais públicos com gestão privada,
- Hospitais com gestão empresarial.

No âmbito dos hospitais que integram o SPA, procedeu-se à distinção em duas categorias, com o objectivo de isolar os efeitos decorrentes da nova LGH publicada em Novembro de 2002 e cujos impactos em nosso entendimento apenas se começaram a sentir em 2004<sup>74</sup>. Assim, considerou-se o modelo de gestão que vigorou entre 1988 até à reforma de 2004 e o que vigorou após aquela reforma. Doravante, designaremos o primeiro por hospitais SPA antes da reforma de 2004 e o segundo por hospitais SPA após a reforma organizativa de 2004, tal como estabelecido no questionário. Relativamente aos hospitais empresarializados, foram distinguidos os hospitais SA dos hospitais EPE. Na categoria dos hospitais públicos com gestão privada, temos como único exemplo o Hospital Amadora-Sintra<sup>75</sup>.

---

<sup>74</sup>Com efeito, a Lei de Gestão Hospitalar – Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, embora publicada em Novembro de 2002, apenas entrou em vigor nos inícios de Janeiro de 2003, com excepção dos hospitais sob a forma societária cuja instituição foi autorizada logo a seguir à data de publicação deste diploma. Por outro lado, neste ano operaram-se um conjunto de mudanças quer ao nível da gestão, quer ao nível da organização, cujos efeitos práticos apenas se tornaram visíveis em 2004.

<sup>75</sup>Esta experiência de gestão privada em hospital público, iniciada em 1996 no Hospital Amadora-Sintra, terminou em Janeiro de 2009 (Decreto-Lei n.º 203/2008, de 10 de Outubro), com a passagem deste hospital novamente para a esfera pública, sob a forma de entidade pública empresarial (EPE).

Com base na pesquisa bibliográfica realizada, na consulta dos diversos diplomas legais associados a cada modelo e do consenso com os orientadores deste trabalho, foram consideradas as seguintes dimensões para cada modelo:

DIMENSÕES				
Estrutura Organizacional	Participação e Consulta	Recursos Humanos	Fiscalização e Acompanhamento	Financiamento

Quadro 4 – Dimensões Analisadas

Para cada dimensão, foi definido um conjunto de itens em função do modelo em análise. Os itens seleccionados não são iguais para todos os modelos porque o estatuto jurídico subjacente também não o é e, por conseguinte, cada modelo tem especificidades próprias que dificultam ou impossibilitam uma comparação linear e directa entre modelos. No entanto, houve a preocupação em seleccionar para cada modelo, de acordo com o conhecimento e percepção que detínhamos, os itens considerados como os mais relevantes para a aferição do desempenho hospitalar.

O Quadro 5 indica os itens utilizados na dimensão estrutura organizacional por modelo de hospital.

A escolha de uma variável relacionada com a estrutura interna hospitalar surge do conhecimento da existência de «vários estudos desenvolvidos nos Estados Unidos que permitiam evidenciar que as características da estrutura organizacional eram de extrema influência na performance do hospital» (Reis, 2007: 116 citado por Kaluzny, 1982), sendo considerada a primeira condicionante do seu sucesso. Assim, consideraram-se, no plano gestor, três modelos de estrutura, a saber: “serviço”, departamento e centro de responsabilidade como modelos adoptados para a organização da prestação dos cuidados de saúde hospitalares.

O modelo de organização do hospital baseado no conceito de serviço «enquanto unidade polarizadora de recursos homogéneos do ponto de vista técnico e científico e, por isso, com sede de intervenção relativamente bem definida» tem-se manifestado pouco adequado em unidades hospitalares de grande diferenciação e especialização, exigindo assim a busca de novos modelos de divisão do trabalho como é o caso dos departamentos e dos centros de responsabilidade (Reis, 2007: 117). Acresce que no plano da prestação dos cuidados de saúde, a arquitectura de organização deve privilegiar o desenvolvimento de unidades integradas multidisciplinares, em detrimento da organização tradicional em serviços monovalentes (Portugal, 2010).

Os departamentos representam «unidades de organização e administração de cuidados, baseados num trabalho pluridisciplinar que permita a colaboração de diversos especialistas médicos no seio da mesma equipa de prestação de cuidados que, assim, assume globalmente a responsabilidade pelas prestações perante o doente e perante o hospital» (Reis, 2007: 118). Todavia, a departamentação, não obstante, constituir uma resposta eficaz à diferenciação dos hospitais através do recurso a técnicas de divisão de trabalho segundo critérios profissionais e técnicos, pode potenciar situações de conflito de autoridade e de confronto susceptíveis de ameaçar a integração e a coordenação da actividade da organização (Reis, 2007).

Os centros de responsabilidade representam níveis de gestão intermédia que se caracterizam pela homogeneidade das unidades funcionais que agregam, sem contudo quebrar a unidade de conjunto. Enquanto estruturas operacionais de gestão e administração, os centros de responsabilidade situados entre o nível de administração e o nível operacional, visam alcançar dois grandes objectivos: por um lado, a descentralização do processo de gestão e a repartição de responsabilidades e, por outro, um controlo mais eficiente na distribuição e utilização dos recursos humanos e materiais<sup>76</sup> (Antunes, 2001). Para tanto, os centros de responsabilidade devem dispor de um grau de autonomia tal que permita ao seu responsável atingir os objectivos contratualizados.

A composição, a forma de selecção e a formação dos membros dos CA também podem influir sobre a efectividade do mesmo, e assim, no desempenho dos hospitais públicos (OPSS, 2008). De facto, o processo de selecção dos membros deve atender à especificação das competências exigidas, da experiência e dos atributos do lugar a preencher, e ser estruturado de forma a reforçar o empenho e as sinergias dos seus membros, sob pena de condicionar a capacidade efectiva de governação do CA. No que concerne à integração e à formação, é crucial que os nomeados sejam integralmente informados e instruídos sobre o seu novo papel para garantir um forte desempenho do CA.

Neste sentido foram seleccionadas variáveis com o estatuto dos membros da direcção técnica (órgãos de direcção de primeiro ou segundo grau), assim como os poderes, executivos ou não, detidos pelos elementos que compõem a direcção técnica dos hospitais, constituída em todos eles, pelo director clínico e pelo enfermeiro-director, com o objectivo de aferir até que ponto as suas funções, de carácter executivo ou não, podiam colidir com a actuação dos restantes membros do CA.

---

<sup>76</sup> Por isso, a criação dos centros de responsabilidade é determinante para a concretização e operacionalização da estratégia definida pelos níveis hierarquicamente superiores.

Hospitais SPA antes da reforma 2004	O Hospital preconiza a sua organização em centros de responsabilidade.
	A direcção técnica, clínica e de enfermagem, detém poderes executivos no conselho de administração.
Hospitais SPA pós reforma 2004	Os membros da direcção técnica, clínica e de enfermagem, integram o conselho de administração como membros não executivos.
	Os directores de departamento /serviço passam a deter o poder disciplinar sobre todos os profissionais que integram o departamento/serviço, independentemente do vínculo contratual, com a salvaguarda das competências técnica e científica, atribuídas por lei a cada profissão.
Hospital Amadora Sintra	A estrutura orgânica do Hospital assenta em centros de responsabilidade.
	A direcção clínica e a direcção de enfermagem do Hospital são órgãos de direcção intermédia que dependem directamente do director geral/conselho de administração.
Hospitais SA	O Hospital SA encontra-se organizado em serviços.
	A assembleia-geral é constituída por um único accionista, o Estado, representado conjuntamente por dois ministérios: Finanças e Saúde.
Hospitais EPE	O Hospital EPE encontra-se organizado em centros de responsabilidade e de custos.
	O conselho de administração detém competências reservadas e competências que pode delegar nos seus membros ou demais pessoal de direcção e chefia.

Quadro 5 – Itens seleccionados na dimensão estrutura organizacional por modelo de hospital

A selecção desta variável justifica-se pela inexistência de consensos quanto à integração e aos poderes dos membros da direcção técnica no CA dos hospitais (Raposo, 2007). A integração ou não das direcções técnicas<sup>77</sup> no CA não é despiciente, podendo existir conflitos de interesses relacionados sobretudo com a coexistência de duas linhas de autoridade dentro do hospital: a formal (representada pela hierarquia) e a técnica (representada pelos profissionais, sobretudo médicos) (Raposo, 2007; Reis, 2007). Com efeito, o desempenho de competências de direcção técnica, necessariamente de forma tecnicamente autónoma, nem sempre se compadece com o exercício de funções ao nível da gestão executiva de primeira linha, abaixo do CA.

Com a escolha da variável que avalia a existência de competências reservadas e outras que podem ser delegadas, como é o caso do modelo de hospitais EPE,

<sup>77</sup> Salvaguardadas naturalmente as competências técnica e científica atribuídas por lei.

pretende-se saber se a existência de competências que podem ser delegadas em membros de direcção intermédia constituiu uma mais-valia para a gestão, ou seja, se a descentralização do processo de gestão aumenta a eficiência hospitalar.

A selecção da variável relacionada com o poder disciplinar dos directores intermédios nos hospitais SPA após a reforma de 2004 justifica-se pela necessidade de avaliar o impacto do reforço das competências dos directores intermédios na gestão das organizações públicas, responsabilizando-os pelos seus actos de gestão.

No modelo SA, optou-se por avaliar o impacto da existência de uma dupla tutela com o objectivo de percebermos até que ponto as suas estratégias estavam concertadas ou não.

A dimensão participação e consulta foi avaliada com base no facto da estrutura orgânica das unidades hospitalares integrar ou não um órgão de natureza consultiva para todos os modelos de gestão de hospitais (Quadro 6). O objectivo é avaliar em que medida a actividade hospitalar se encontra ligada e articulada com as necessidades de cuidados de saúde da população que serve. A existência de um órgão de participação e consulta na estrutura orgânica hospitalar é fulcral por promover a intervenção e representação das diversas entidades nele integradas em defesa dos seus interesses e potencia a ligação entre a vida hospitalar e a comunidade que serve (Vaz, 2010).

Hospitais SPA antes da reforma 2004	O Hospital integra, na sua estrutura orgânica, um órgão de participação e consulta designado por conselho geral.
Hospitais SPA pós reforma 2004	Hospital integra, na sua estrutura orgânica, um órgão de participação e consulta designado por conselho consultivo.
Hospital Amadora Sintra	O Hospital não integra na sua estrutura orgânica, um órgão de consulta <sup>78</sup> .
Hospitais SA	O Hospital integra, na sua estrutura orgânica, o conselho consultivo.
Hospitais EPE	O Hospital EPE integra, na sua estrutura orgânica, o conselho consultivo.

Quadro 6 – Itens seleccionados na dimensão participação e consulta por modelo de hospital

<sup>78</sup> Apesar da sociedade gestora ter criado, em 2004, um designado conselho estratégico, onde tinham assento, para além dos presidentes das câmaras municipais de Amadora e Sintra, académicos e líderes de opinião.

A dimensão recursos humanos foi analisada tendo por base os seguintes itens conforme consta no Quadro 7.

Hospitais SPA antes da reforma 2004	Neste modelo de gestão, o recurso ao contrato individual de trabalho está limitado temporalmente e só pode ocorrer a título excepcional.
	Este modelo de gestão não contempla um sistema de incentivos para os profissionais.
Hospitais SPA pós reforma 2004	O regime de contratação de pessoal assenta preferencialmente no contrato individual de trabalho
	O modelo de contratação de recursos humanos contempla um sistema de incentivos aos profissionais.
Hospital Amadora Sintra	O Hospital integra um quadro de pessoal de empresa e um quadro de função pública.
	O contrato de gestão não assegura a intercomunicabilidade de carreiras, ou seja, o reconhecimento das carreiras, para efeitos de acesso, do sector privado para o sector público.
	O Hospital pode requisitar pessoal ao abrigo do Estatuto do SNS por um período que, nos termos gerais das requisições, pode ir até 3 anos, sem que o funcionário perca o seu vínculo à instituição de origem.
Hospitais SA	No Hospital SA, a opção pelo regime de contrato individual de trabalho sem perda de vínculo à função pública está limitada apenas aos funcionários inseridos em corpos especiais.
	No Hospital SA, coexistem regimes de trabalho distintos, resultado da transição de pessoal dos hospitais incumbentes, maioritariamente detentor do estatuto de funcionário público e pessoal em regime de contrato individual de trabalho.
Hospitais EPE	No hospital EPE, todos os trabalhadores e agentes podem optar pela celebração de contrato de trabalho quando para o efeito lhes seja concedida licença sem vencimento (sem perda de vínculo à função pública).
	No Hospital EPE vigoram dois regimes de trabalho distintos: de função pública e de contrato individual de trabalho, com horários de trabalho e regalias diferenciados.

Quadro 7 – Itens seleccionados na dimensão recursos humanos por modelo de hospital

A opção nos hospitais SPA antes da reforma de 2004 da variável – recurso ao contrato individual de trabalho – pretende avaliar em que medida o recurso a este instrumento de contratação permite flexibilizar e agilizar a contratação de pessoal nos hospitais públicos.

A coexistência de vários regimes de trabalho distintos no seio da mesma organização nos modelos de hospitais empresarializados e no HFF gera situações não

equivalentes para a mesma função e pode gerar situações de alguma tensão e conflitualidade entre os trabalhadores e a administração hospitalar – motivo pelo qual escolhemos esta variável, com o intuito de aferir a sua relevância para o desempenho da instituição.

A questão da intercomunicabilidade de carreiras, isto é, o reconhecimento das carreiras, para efeitos de acesso, do sector privado para o SPA ou do SEE para o SPA, o que pressupõe similitude de estruturas e requisitos, é uma questão pertinente e que deve merecer a atenção dos decisores políticos, por se considerar que a sua inexistência pode condicionar a contratação de recursos humanos por parte da entidade contratante.

A escolha da variável aferida através da possibilidade de requisição de pessoal no HFF justifica-se essencialmente por permitir à administração um grau total de autonomia e liberdade na selecção dos seus profissionais.

Com a escolha da variável – existência ou não de um sistema de incentivos aos profissionais nos hospitais do SPA – pretende-se aferir em que medida pode influenciar o desempenho das instituições e profissionais, enquanto instrumento de valorização e reconhecimento profissional.

A dimensão fiscalização e acompanhamento foi aferida através dos itens constantes no Quadro 7.

Com a escolha da variável relacionada com o recurso ao endividamento das instituições hospitalares pretende-se aferir o grau de autonomia das administrações hospitalares na gestão dos recursos financeiros que dispõem, assim como as limitações a que estão subjugadas.

A escolha da variável relacionada com a possibilidade do hospital realizar acordos com terceiras entidades pretende avaliar em que medida a existência destas “parcerias” contribuiu para o desempenho da organização hospitalar.

As regras de contratação de bens e serviços também podem influir na gestão das organizações hospitalares. Assim, há organizações que se regem pelas regras de direito privado como é o caso do HFF e outras que se regem pela legislação das compras públicas que fixa regras mais rígidas de contratação. Com a escolha desta variável pretende-se aferir em que medida a existência de regras mais rígidas pode condicionar ou não o desempenho da instituição hospitalar.

O sistema contabilístico português define genericamente dois planos de contas: um correntemente utilizado pelas empresas privadas e designado por Sistema de

Normalização Contabilística<sup>79</sup> e outro, o Plano de Contabilidade Pública. A utilização do plano de contas público incorpora regras, nomeadamente regras orçamentais, que poderão constituir, enquanto instrumento de gestão, um constrangimento ou não à gestão dos hospitais públicos, motivo pelo qual se escolheu esta variável.

Hospitais SPA antes da reforma 2004	O recurso ao endividamento é definido anualmente na Lei do Orçamento de Estado.
	O Hospital pode celebrar acordos com entidades privadas para prestação de cuidados de saúde mediante autorização do Ministro da Saúde
	O Hospital está isento do pagamento de IRC.
	A certificação legal de contas <sup>80</sup> é realizada pela Inspeção-geral de Finanças, sendo posteriormente objecto de aprovação pelo Ministro da Saúde.
Hospitais SPA pós reforma 2004	A regulamentação de 2003 caracterizou-se pela aplicação de regras de gestão empresarial aos Hospitais do SPA.
	O modelo dos Hospitais do SPA contempla a possibilidade de cessão de exploração ou subcontratação, mediante autorização do Ministro da Saúde, de um centro de responsabilidade, ou de um serviço de acção médica, a grupos de profissionais de saúde ou a entidades públicas ou privadas que demonstrem capacidade e competência técnicas.
	O Hospital está sujeito à jurisdição e aos poderes de controlo financeiro do Tribunal de Contas.
	O modelo de contratação de bens e serviços assenta na legislação das compras públicas.
Hospital Amadora Sintra	O contrato de gestão do Hospital garante o mesmo acesso aos cuidados de saúde prestados no Hospital a todos os utentes do SNS, residentes na sua área de influência.
	O risco assumido pela Sociedade Gestora é mínimo uma vez que nos termos do contrato, a procura de cuidados de saúde até perfazer a produção contratada está sempre garantida.

<sup>79</sup>Aprovado pelo Decreto-Lei n.º 158/2009, de 13 de Julho, que revogou o Plano Oficial de Contabilidade criado em 1989.

<sup>80</sup> Refira-se que não obstante no questionário ter sido utilizada a expressão certificação legal de contas, na realidade nos institutos públicos, como é o caso dos hospitais do SPA, o conceito utilizado é o de aprovação da conta de gerência.

	<p>O modelo de acompanhamento do Hospital cingia-se numa fase inicial à nomeação pela ARS de um delegado que a representava a título permanente.</p> <p>O sistema de revisão da actividade contratada estabelecido no contrato de gestão conduz a que o nível de actividade média do Hospital seja superior ao estatisticamente previsto.</p>
<b>Hospitais SA</b>	<p>O Hospital SA deve proceder ao aumento do capital social sempre que os seus prejuízos acumulados sejam superiores a metade do seu capital social, nos termos do artigo 35.º do Código das Sociedades Comerciais.</p> <p>Os Hospitais SA dispõem de poderes especiais, nomeadamente para realizar expropriações por motivos de utilidade pública.</p> <p>O Hospital SA deve constituir anualmente uma reserva para investimento.</p> <p>A contabilidade do Hospital SA rege-se pelo plano de contabilidade pública.</p>
<b>Hospitais EPE</b>	<p>A contabilidade do Hospital rege-se pelo plano de contabilidade pública.</p> <p>A gestão do Hospital é baseada em contratos-programa externos e internos.</p> <p>O Hospital EPE pode mediante autorização dos Ministros das Finanças e da Saúde, ceder a exploração de serviços hospitalares bem como proceder à constituição de associações com outras entidades públicas.</p> <p>A transformação dos Hospitais em EPE desobrigou-os do cumprimento das regras orçamentais.</p> <p>A decisão de contracção de empréstimos é da inteira responsabilidade do conselho de administração do Hospital até 10% do capital estatutário, sendo a partir daí necessária autorização dos Ministros das Finanças e da Saúde, não podendo no entanto ultrapassar o limite dos 30% do respectivo capital.</p>

Quadro 8 – Itens seleccionados na dimensão fiscalização e acompanhamento por modelo de hospital

As decisões de investimento numa organização hospitalar são decididas pelo órgão máximo de gestão, naturalmente condicionada à existência de verbas. A obrigatoriedade de constituir uma reserva para investimentos poderá contribuir para a constituição de um fundo para investimento quando necessário mas poderá também condicionar gastos correntes. A escolha desta variável pretende avaliar em que medida aquela obrigatoriedade contribui para o bom desempenho hospitalar.

O TC é a entidade a quem compete o controlo da legalidade das despesas públicas de todas as entidades públicas. A opção por esta variável resulta da necessidade de aferir em que medida a existência de uma entidade que controla os dinheiros públicos condiciona ou não o desempenho das instituições hospitalares.

Os contratos-programa são instrumentos de gestão que fixam os objectivos em saúde que se pretende atingir. Com a escolha desta variável para os hospitais EPE pretende-se aferir o maior ou menor grau de responsabilização da administração hospitalar na delineação da estratégia da instituição.

A dimensão financiamento foi avaliada através do recurso ou não a modelos prospectivos para todos os modelos de hospitais. Tendo em conta que uma das características do SNS é o financiamento através de impostos, a escolha deste item visa avaliar se os actuais modelos de gestão hospitalar incidem em modelos prospectivos, isto é, em tendo em conta a produção a realizar, ou em modelos sem conexão com a produção (Escoval, 1997). A opção por modelos prospectivos visa, através do recurso a instrumentos de contratualização, como são os contratos-programa, prosseguir a intenção de separar as funções do financiador e do prestador de serviços de saúde, e assim, contribuir para uma maior responsabilização, transparência e desempenho das administrações hospitalares (Escoval e Matos, 2009).

O quadro seguinte sintetiza o item escolhido para cada modelo.

Hospitais SPA antes da reforma 2004	A partir de 1998, o modelo de financiamento passou a privilegiar de forma progressiva os dados relativos ao factor produção em detrimento dos dados históricos.
Hospitais SPA pós reforma 2004	O modelo de financiamento assenta no contrato-programa negociado com a ARS.
Hospital Amadora Sintra	O financiamento assenta num modelo do tipo “envelope fechado” estabelecido de acordo com a produção esperada.
Hospitais SA	O modelo de financiamento assenta no contrato-programa negociado entre o conselho de administração do Hospital e o Ministério da Saúde.
Hospitais EPE	O modelo de financiamento assenta no contrato-programa negociado entre o conselho de administração do Hospital e o Ministério da Saúde.

Quadro 9 – Itens seleccionados na dimensão financiamento por modelo de hospital

Cada item do questionário está associado a uma escala visual analógica que varia de 0 a 10, em que 0 corresponde a um ponto fraco ou negativo e 10 a um ponto forte ou positivo. O respondente classifica em aspecto mais fraco (menos positivo) ou mais forte (mais positivo), através da colocação de um traço na escala, consoante a sua análise e percepção acerca do modelo em avaliação.

A figura seguinte constitui um exemplo da descrição anterior:

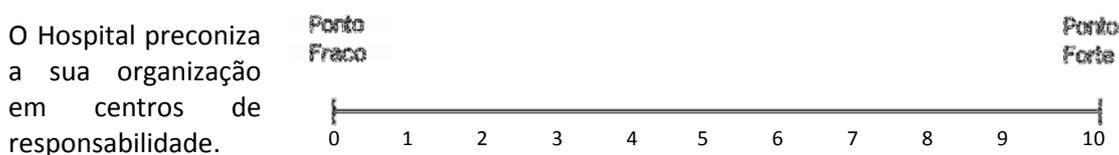


Figura 1 – Exemplo de escala

O questionário é composto por dez questões para todos os modelos de gestão hospitalar, com excepção do modelo de hospital público com gestão privada (Amadora-Sintra) e de hospital EPE que contém onze perguntas. No primeiro, foi incluída mais uma questão relativamente à gestão dos recursos humanos e no segundo, a questão a mais versou o modelo de fiscalização e acompanhamento, por se considerar estas áreas como de primordial importância, quer pelo número de agentes envolvidos, quer pelo volume de recursos financeiros despendidos, respectivamente.

Para averiguar se o questionário se adequava ao objecto de estudo, foi submetido a um pré-teste com o objectivo de avaliar a sua adequabilidade, isto é, verificar através de um grupo de respondentes, se as respostas eram suficientemente compreensivas, pertinentes e unívocas, se existia uma sequência lógica das perguntas e se havia uma coerência global com os objectivos definidos. Assim, o questionário foi testado numa amostra de três pessoas, duas delas ligadas à investigação em saúde e a outra oriunda da área de administração e gestão hospitalar propriamente dita.

As principais dificuldades no preenchimento do questionário prendiam-se com dois factores: o elevado número de questões e a exigência de um nível de conhecimentos relativamente vasto para o seu preenchimento em consciência. Para colmatar o primeiro factor, reduziu-se o número de questões, tendo sido eliminados os itens considerados menos relevantes para a avaliação do desempenho global das unidades hospitalares do sector público. Relativamente ao segundo factor, optou-se por seleccionar um conjunto de peritos nesta área e assim manter o nível de exigência de conhecimentos para preenchimento do questionário. O objectivo era capturar as diferentes sensibilidades de especialistas nesta matéria.

Para cada modelo de gestão criou-se uma estrutura de análise comum assente em medidas estatísticas. Foi assim calculada para cada dimensão o mínimo, o máximo, a média, o desvio-padrão e a mediana.

Na apresentação de resultados, assumimos por hipótese que as dimensões que se situem graficamente nos intervalos 0 a 3 e 7 a 10 são consideradas respectivamente de pouca e muita importância para o desempenho global do hospital. A consideração destes intervalos permite-nos melhor aferir a (ir)relevância dos aspectos analisados, classificando-os em pouco relevante, com relevância moderada e muito relevante para o desempenho hospitalar. A determinação destes intervalos obedeceu à seguinte lógica: fixar os intervalos extremos com amplitude mais pequena e o intervalo intermédio com uma amplitude maior. Em nossa opinião, a delimitação de um intervalo intermédio de maior amplitude permite ao inquirido ajuizar sobre determinado item dentro de um grau de razoabilidade mais alargado. Com efeito, a classificação dos itens não é unívoca nem estanque e a assumpção de posições extremadas apenas deve ser tomada na exacta medida em que os inquiridos delas estejam cientes.

### **1.3. Caracterização do painel de peritos**

O questionário que constitui o apêndice A do presente trabalho, foi enviado por correio electrónico a um painel constituído por 106 peritos com experiência e conhecimentos na área da gestão e administração hospitalar, incluindo investigadores em saúde, cujos nomes não serão divulgados. O painel, embora constituído aleatoriamente, foi definido de forma a abranger várias categorias profissionais. Assim, é constituído por 33,8% de gestores, 16,9% de médicos, 10,1% de enfermeiros e 10,8% de investigadores.

A taxa de resposta aos emails enviados foi de 14,2%. Analisando a taxa de resposta pelas categorias profissionais consideradas, constata-se que o grupo dos investigadores parece ser aquele que mais se interessa por estas questões relacionadas com os modelos de gestão dos hospitais com uma taxa de resposta de 33%, logo seguido do grupo dos gestores. Os médicos e enfermeiros, agentes considerados fulcrais num processo de mudança, e a avaliar pela taxa de resposta, parecem ser os que menos se envolvem nestas questões. Para além da resposta aos emails, alguns peritos foram entrevistados com o objectivo de melhor captar as suas preocupações relativamente a estas matérias.

	Médicos	Enfermeiros	Gestores	Investigadores	Total
Emails Enviados	25	15	50	16	106
Respostas Obtidas	1	1	8	5	15
Taxas de Resposta	4,0%	6,7%	16,0%	33,3%	14,2%

Quadro 10 – Destinatários dos emails enviados

Em nossa opinião, a baixa taxa de respostas obtida justifica-se pelos seguintes motivos:

- Não ter sido realizada qualquer insistência após o envio do questionário por email para responder ao mesmo (através da realização de um telefonema a solicitar o seu preenchimento, por exemplo),
- O questionário ser longo e extenso,
- O seu preenchimento exigir dos respondentes um conjunto de conhecimentos técnicos e científicos suficientemente amplo e vasto de que os órgãos de gestão<sup>81</sup> nem sempre se encontram munidos,
- A sua aplicação ter coincidido com o período de pré-campanha eleitoral na transição do XVII para o XVIII Governo Constitucional,
- O eventual receio por parte das administrações hospitalares em expressarem publicamente as suas opiniões, apesar de ter sido garantido o anonimato do respondente.

No entanto, e não obstante a taxa de respostas ser baixa, entendemos que este estudo constituirá um exercício de análise dos resultados. Com efeito, os resultados obtidos reflectem a opinião dos respondentes a uma panóplia de aspectos, regulamentares e de governo, considerados relevantes e determinantes à data da sua elaboração para o desempenho hospitalar. Após uma análise mais reflectida sobre este tema, concluímos que porventura existiriam outros aspectos, mais relacionados com o modelo de governo dos hospitais e da tutela, também eles determinantes na influência do desempenho dos hospitais públicos. Por isso, as conclusões a extrair deste estudo obrigar-nos-á a cautelas redobradas, mas não comprometem de forma alguma, a sua validade.

---

<sup>81</sup> Este facto foi particularmente sentido junto das administrações cuja nomeação obedeceu a critérios eminentemente políticos, sem qualquer experiência no sector da saúde. A ratificar a minha percepção, Raposo (2009) refere que um dos principais problemas da governação hospitalar em Portugal radica na falta de requisitos essenciais ao CA (conhecimento, competências e experiência), comprometendo claramente objectivos de visão e planeamento estratégico.

## **CAPÍTULO 2 – Apresentação de Resultados**

Neste capítulo, procede-se à apresentação dos resultados para os modelos de gestão em estudo: Hospitais SPA (2.1.), Contrato de Gestão do Hospital Amadora-Sintra (2.2.), Hospitais SA (2.3.) e Hospitais EPE (2.4.). A parte final deste capítulo está reservada à apresentação gráfica dos resultados obtidos.

### **2.1. Hospitais SPA**

O quadro abaixo traduz para todas as dimensões, a média das respostas obtidas por item para os hospitais do SPA antes da reforma de 2004.

Analisando os itens que compõem a dimensão estrutura organizacional, constata-se que, em média, os respondentes consideraram, para os hospitais antes do processo reformista de 2004 que, a organização em centros de responsabilidade foi mais valorizada para o desempenho hospitalar do que o facto da direcção técnica, clínica e de enfermagem, deter poderes executivos no CA, situando-se a média das respostas do primeiro item nos 5,6 e do segundo nos 4,9. O desvio-padrão é de 3,3 para o primeiro item e de 2,9 para o segundo, o que revela que apesar dos inquiridos atribuírem mais relevância ao primeiro item para o desempenho do hospital, existe um menor consenso entre os respondentes do que no segundo item em que o desvio-padrão é menor. Também a mediana é superior no primeiro item (6,4, com o mínimo de 0,7 e o máximo de 9,5) do que no segundo (5,0, com o mínimo de 0,6 e o máximo de 9,1), o que significa que houve um maior número de respondentes a considerar o primeiro item mais relevante para o desempenho deste modelo de gestão hospitalar.

A dimensão participação e consulta, aferida através da existência de um órgão de participação e consulta na estrutura orgânica dos hospitais, foi avaliada com 4,7 pontos pelos inquiridos. O desvio-padrão é de 3,1 e a mediana de 4,1, com o valor mínimo em 0,6 e o valor máximo em 8,0.

Na dimensão recursos humanos, os inquiridos atribuíram uma menor valorização para o desempenho hospitalar ao item relacionado com o facto deste modelo não prever uma política de incentivos para os profissionais do que ao item relacionado com a limitação temporal estabelecida para o recurso ao contrato individual de trabalho. Refira-se que existe um maior consenso entre os respondentes quanto ao facto da inexistência de uma política de incentivos ser considerado um aspecto negativo deste modelo. Com efeito, o desvio-padrão é menor (1,6) do que para o item relacionado com a limitação temporal para o contrato individual de trabalho (2,1). A mediana é no primeiro caso de 2,0 (com o valor mínimo de 0,5 e o valor máximo de 8,2) e no segundo de 1,0 (com o valor mínimo de 0,3 e o valor máximo de 4,6).

Hospitais SPA antes da reforma 2004	4,8
<b>Estrutura Organizacional</b>	<b>5,3</b>
O Hospital preconiza a sua organização em centros de responsabilidade.	5,6
A direcção técnica, clínica e de enfermagem, detém poderes executivos no conselho de administração.	4,9
<b>Participação e Consulta</b>	<b>4,7</b>
O Hospital integra, na sua estrutura orgânica, um órgão de participação e consulta designado por conselho geral.	4,7
<b>Recursos Humanos</b>	<b>2,1</b>
Neste modelo de gestão, o recurso ao contrato individual de trabalho está limitado temporalmente e só pode ocorrer a título excepcional.	2,6
Este modelo de gestão não contempla um sistema de incentivos para os profissionais.	1,6
<b>Fiscalização e Acompanhamento</b>	<b>4,8</b>
O recurso ao endividamento é definido anualmente na Lei do Orçamento de Estado.	4,2
O Hospital pode celebrar acordos com entidades privadas para prestação de cuidados de saúde mediante autorização do Ministro da Saúde.	4,3
O Hospital está isento do pagamento de IRC.	5,1
A certificação legal de contas é realizada pela Inspecção-geral de Finanças, sendo posteriormente objecto de aprovação pelo Ministro da Saúde.	5,6
<b>Financiamento</b>	<b>8,3</b>
A partir de 1998, o modelo de financiamento passou a privilegiar de forma progressiva os dados relativos ao factor produção em detrimento dos dados históricos.	8,3

Quadro 11 – Média das Respostas Obtidas nos Hospitais SPA antes da reforma de 2004

Os itens mais valorizados pelos respondentes para o desempenho dos hospitais antes da reforma de 2004 na dimensão fiscalização e acompanhamento foram o facto de o hospital estar isento do pagamento de impostos e da aprovação da conta de gerência ser realizada pela Inspecção-geral de Finanças, respectivamente com uma média de respostas de 5,1 e 5,6. O desvio-padrão é de 2,4 e 2,5, respectivamente. Já os itens relacionados com o facto do endividamento estar definido na LOE e com a possibilidade de celebração de acordos com entidades privadas para prestação de cuidados de saúde foram os menos valorizados pelos inquiridos tendo a média de

respostas situando-se nos 4,2 e 4,3, respectivamente. O desvio-padrão é de 2,6 e 2,2, respectivamente.

A dimensão financiamento, aferida através do tipo de modelo em que assenta o financiamento hospitalar foi considerada relevante para o desempenho deste modelo de gestão, tendo a pontuação cifrado-se nos 8,3. Outra característica desta dimensão é que existe um grande consenso entre os respondentes, porquanto o desvio-padrão é relativamente baixo (1,0). A mediana é de 8,4, situando-se o valor mínimo em 6,0 e o valor máximo em 9,6.

Passemos agora à análise do modelo de hospitais que integram o SPA na sequência da aprovação da nova regulamentação introduzida em 2004.

Nos hospitais pós reforma de 2004 e no âmbito da dimensão estrutura organizacional foi atribuída maior importância ao facto dos directores de departamento/serviço deterem poder disciplinar sobre todos os profissionais que integram o departamento/serviço, independentemente do vínculo contratual, com a salvaguarda das competências técnica e científica, atribuídas por lei a cada profissão cuja média das respostas se situou nos 6,1 em detrimento dos membros da direcção técnica, clínica e de enfermagem, integrarem o CA como membros não executivos cuja média da pontuação atribuída foi de 5,7. O desvio-padrão é de 2,7 nos dois itens. A mediana é de 4,9 para o segundo item (com o mínimo de 1,1 e o máximo de 8,7), e de 7,7 para o primeiro (com o mínimo de 1,3 e o máximo de 9,3).

Relativamente à dimensão participação e consulta, a média das respostas foi de 5,8, superior ao verificado no modelo antes da regulamentação. No entanto, o desvio-padrão deste item é menor no caso do modelo de hospitais pós reforma 2004 que nos hospitais antes reforma de 2004, o que revela que existe um maior consenso entre os respondentes para aquele modelo de gestão hospitalar. A mediana é de 6,8, com o mínimo de 0,7 e o valor máximo de 8,9.

No que concerne à dimensão recursos humanos, os inquiridos atribuíram uma valorização superior ao facto do modelo de contratação de recursos humanos contemplar um sistema de incentivos para os profissionais com uma média de respostas de 7,4 por contraposição ao regime de contratação de pessoal assentar preferencialmente no contrato individual de trabalho com uma média de respostas de 6,9. A opinião expressa pelos inquiridos sobre os itens em estudo revela um consenso relativamente alargado porquanto o desvio-padrão é relativamente baixo (1,8 para o primeiro item e 1,6 para o segundo). A mediana é de 7,0 para o primeiro item e de 8,0 para o segundo.

<b>Hospitais SPA após reforma 2004</b>	<b>6,4</b>
<b>Estrutura Organizacional</b>	<b>5,9</b>
Os membros da direcção técnica, clínica e de enfermagem, integram o conselho de administração como membros não executivos.	5,7
Os directores de departamento /serviço passam a deter o poder disciplinar sobre todos os profissionais que integram o departamento/serviço, independentemente do vínculo contratual, com a salvaguarda das competências técnica e científica, atribuídas por lei a cada profissão.	6,1
<b>Participação e Consulta</b>	<b>5,8</b>
Hospital integra, na sua estrutura orgânica, um órgão de participação e consulta designado por conselho consultivo	5,8
<b>Recursos Humanos</b>	<b>7,1</b>
O regime de contratação de pessoal assenta preferencialmente no contrato individual de trabalho	6,9
O modelo de contratação de recursos humanos contempla um sistema de incentivos aos profissionais.	7,4
<b>Fiscalização e Acompanhamento</b>	<b>6,4</b>
A regulamentação de 2003 caracterizou-se pela aplicação de regras de gestão empresarial aos Hospitais do SPA.	7,4
O modelo dos Hospitais do SPA contempla a possibilidade de cessão de exploração ou subcontratação, mediante autorização do Ministro da Saúde, de um centro de responsabilidade, ou de um serviço de acção médica, a grupos de profissionais de saúde ou a entidades públicas ou privadas que demonstrem capacidade e competência técnicas.	5,6
O Hospital está sujeito à jurisdição e aos poderes de controlo financeiro do Tribunal de Contas.	7,4
O modelo de contratação de bens e serviços assenta na legislação das compras públicas.	5,2
<b>Financiamento</b>	<b>8,2</b>
O modelo de financiamento assenta no contrato-programa negociado com a ARS.	8,2

Quadro12 – Média das Respostas Obtidas nos Hospitais SPA após reforma de 2004

Na dimensão fiscalização e acompanhamento, os itens mais valorizados pelos inquiridos para o desempenho global deste modelo foram o facto da regulamentação publicada em 2003 para os hospitais SPA se caracterizar pela aplicação de regras de gestão empresarial a este modelo de hospitais e por este modelo estar sujeito à jurisdição e aos poderes de controlo financeiro do TC, com uma média de respostas

de 7,4 (nos dois itens). O desvio-padrão é de 1,4 para o primeiro item e de 1,5 para o segundo item. A mediana é de 7,9 para os dois itens. Os itens relacionados com o facto de o modelo de contratação de bens e serviços assentar na legislação das compras públicas e com o facto de este modelo contemplar a possibilidade de cessão de exploração ou subcontratação de um centro de responsabilidade ou de um serviço de acção médica a grupos de profissionais de saúde ou a entidades públicas ou privadas, ainda que mediante autorização do Ministro da Saúde, foram considerados de relevância moderada para o desempenho deste modelo de gestão, tendo a média de respostas situado-se nos 5,2 e 5,6, respectivamente. A mediana é de 2,3 e de 2,6, respectivamente.

A dimensão financiamento, aferida através do tipo de modelo em que assenta o financiamento hospitalar foi avaliada com 8,2 pontos. Outra característica desta dimensão é que existe um grande consenso entre os respondentes porquanto o desvio-padrão é baixo (1,1). A mediana é de 8,2, com o valor mínimo de 6,3 e máximo de 9,5.

## **2.2. Hospital Amadora-Sintra**

Consideremos agora os resultados obtidos para o Hospital Amadora-Sintra, constantes no quadro seguinte.

Na dimensão estrutura organizacional, os respondentes atribuíram um grau de importância superior ao facto da estrutura orgânica do hospital assentar em centros de responsabilidade com uma média de 7,5 por contraposição ao item relacionado com o facto da direcção clínica e da direcção de enfermagem do hospital serem órgãos de direcção intermédia directamente dependentes do director geral com uma média de 5,9. Acresce, o facto, de haver um consenso relativamente mais alargado entre os respondentes para o primeiro item do que para o segundo, em virtude do desvio-padrão ser inferior para aquele item (1,9) do que para este (2,5). A mediana é de 8,0 para o primeiro item, com um valor mínimo de 1,6 e máximo de 9,0, e de 6,2 para o segundo, com um valor mínimo de 1,6 e máximo de 9,2.

A dimensão participação e consulta, aferida através da inexistência de um órgão de consulta na estrutura orgânica do hospital, foi segundo a opinião expressa dos inquiridos considerada pouco relevante para o desempenho deste modelo de gestão hospitalar, tendo sido atribuída uma pontuação de 2,6. O desvio-padrão é de 1,9, o que significa que existe um consenso relativamente alargado entre os respondentes. A mediana é de 2,0 com um valor mínimo de 0,2 e máximo de 6,0, o que significa que a

maior parte dos respondentes atribuíram pouca importância a esta dimensão, considerando-a um ponto fraco no contributo para o desempenho hospitalar.

<b>Hospital Amadora Sintra</b>	<b>4,1</b>
<b>Estrutura Organizacional</b>	<b>6,7</b>
A estrutura orgânica do Hospital assenta em centros de responsabilidade.	7,5
A direcção clínica e a direcção de enfermagem do Hospital são órgãos de direcção intermédia que dependem directamente do director geral/conselho de administração.	5,9
<b>Participação e Consulta</b>	<b>2,6</b>
O Hospital não integra na sua estrutura orgânica, um órgão de consulta.	2,6
<b>Recursos Humanos</b>	<b>4,1</b>
O Hospital integra um quadro de pessoal de empresa e um quadro de função pública.	3,9
O contrato de gestão não assegura a intercomunicabilidade de carreiras, ou seja, o reconhecimento das carreiras, para efeitos de acesso, do sector privado para o sector público.	2,2
O Hospital pode requisitar pessoal ao abrigo do Estatuto do SNS por um período que, nos termos gerais das requisições, pode ir até 3 anos, sem que o funcionário perca o seu vínculo à instituição de origem.	6,1
<b>Fiscalização e Acompanhamento</b>	<b>4,3</b>
O contrato de gestão do Hospital garante o mesmo acesso aos cuidados de saúde prestados no Hospital a todos os utentes do SNS, residentes na sua área de influência.	8,3
O risco assumido pela Sociedade Gestora é mínimo uma vez que nos termos do contrato, a procura de cuidados de saúde até perfazer a produção contratada está sempre garantida.	3,3
O modelo de acompanhamento do Hospital cingia-se numa fase inicial à nomeação pela ARS de um delegado que a representava a título permanente.	2,4
O sistema de revisão da actividade contratada estabelecido no contrato de gestão conduz a que o nível de actividade média do Hospital seja superior ao estatisticamente previsto.	3,1
<b>Financiamento</b>	<b>4,0</b>
O financiamento assenta num modelo do tipo “envelope fechado” estabelecido de acordo com a produção esperada.	4,0

Quadro 13 – Média das Respostas Obtidas no Hospital Amadora Sintra

No que concerne à dimensão recursos humanos, o item mais valorizado pelos respondentes prende-se com a possibilidade do hospital poder requisitar pessoal ao abrigo do Estatuto do SNS por um período não superior a 3 anos, sem que o funcionário perca o seu vínculo à instituição de origem, com uma média de 6,1. Seguidamente os respondentes consideraram a existência de dois quadros de pessoal, um de empresa e um de função pública, com uma média de resposta de 3,9 e por último, atribuíram uma pontuação de 2,2 ao facto do CG não assegurar a intercomunicabilidade de carreiras, ou seja, o reconhecimento das carreiras, para efeitos de acesso, do sector privado para o sector público. O item que colheu maior unanimidade entre os inquiridos foi o facto do CG não assegurar a intercomunicabilidade de carreiras, com um desvio-padrão de 1,4 e o que colheu menor unanimidade foi a possibilidade do hospital poder requisitar pessoal ao abrigo do Estatuto do SNS, com um desvio-padrão de 2,5. O desvio-padrão da existência de dois quadros de pessoal foi de 2,1. A mediana das respostas atribuída ao item mais valorizado foi 6,8, com um valor mínimo de 1,2 e máximo de 8,9, o que significa que a maior parte dos respondentes atribuíram grande importância a esta dimensão para o desempenho do modelo hospitalar. Curioso notar que a mediana do item relacionado com a não intercomunicabilidade de carreiras é de 1,5, com um valor mínimo de 0,9 e máximo de 5,3, o que revela que a maior parte dos respondentes atribuiu uma valorização baixa a este item para o desempenho hospitalar.

Na dimensão fiscalização e acompanhamento, o item mais valorizado foi o facto do CG do hospital garantir o mesmo acesso aos cuidados de saúde prestados no hospital a todos os utentes do SNS, residentes na sua área de influência, tendo obtido uma média de respostas de 8,3. Este item também foi o mais consensual entre os respondentes para o desempenho hospitalar (desvio-padrão de 1,2). A variação das respostas situou-se no intervalo 6 e 9,5, tendo a mediana situado-se nos 8,7. Os restantes itens objecto de avaliação foram menos valorizados pelos inquiridos para o desempenho hospitalar. Assim, o facto do risco assumido pela SG ser mínimo obteve uma pontuação média de 3,3, o sistema de revisão da actividade contratada estabelecido no CG conduz a que o nível de actividade média do hospital seja superior ao estatisticamente previsto obteve uma pontuação de 3,1 e o modelo de acompanhamento do hospital cingia-se numa fase inicial à nomeação pela ARS de um delegado que a representava a título permanente obteve uma pontuação de 2,4.

A dimensão financiamento avaliada através do facto do modelo de financiamento assentar num modelo do tipo “envelope fechado” estabelecido de acordo com a produção esperada, obteve uma avaliação média de 4. O desvio-padrão é de 2,9. As respostas variaram no intervalo 0,7 e 9,1. No entanto, a maior parte dos respondentes

atribuiu pouca importância a esta dimensão (mediana é de 4,3) para o desempenho do modelo de gestão em análise.

### **2.3. Hospitais SA**

O quadro seguinte traduz a média das respostas obtidas por item para cada dimensão para os hospitais societários.

No âmbito da dimensão estrutura organizacional, o item que foi mais valorizado pelos inquiridos relaciona-se com o facto de a assembleia-geral ser constituída por um único accionista, o Estado, representado conjuntamente por dois ministérios: Finanças e Saúde tendo obtido uma média de respostas de 5,5. O outro item que compõe esta dimensão, relacionado com a organização do hospital em serviços, foi menos valorizado pelos inquiridos enquanto aspecto relevante para o desempenho deste modelo de gestão, tendo obtido uma média de respostas de 4,5. No entanto, e apesar da média de respostas ser inferior quando comparada com o outro item, o desvio-padrão é menor (1,8 contra 2,4), o que indicia existir maior consenso entre os inquiridos quanto ao contributo deste item para o desempenho deste modelo.

A dimensão participação e consulta foi avaliada através de um único item. A existência de um conselho consultivo na estrutura orgânica do hospital foi considerada pelos inquiridos como aspecto relevante para o desempenho deste modelo hospitalar, tendo obtido uma média de resposta de 6,2. O desvio-padrão deste item é relativamente baixo (2,3), o que revela existir consenso entre os respondentes quanto ao contributo desta dimensão para o desempenho hospitalar. A mediana é de 6,4 com uma amplitude de respostas entre os 1,8 e 8,9

O item, relacionado com a dimensão recursos humanos, considerado pelos inquiridos como mais relevante para o desempenho deste modelo de gestão hospitalar prende-se com o facto de apenas os funcionários inseridos em corpos especiais poderem optar pelo regime de contrato individual de trabalho sem perda de vínculo à função pública, tendo obtido uma pontuação média de 5,0. A coexistência de regimes de trabalho distintos foi considerada pelos respondentes como um aspecto de relevância moderada para o desempenho hospitalar tendo a média das respostas situado-se nos 3,9. Existe um consenso relativamente alargado quanto ao contributo destes itens para o desempenho hospitalar porquanto o desvio-padrão é inferior a 2,0 nos dois itens.

Hospitais SA	6,0
<b>Estrutura Organizacional</b>	<b>5,0</b>
O Hospital SA encontra-se organizado em serviços.	4,5
A assembleia-geral é constituída por um único accionista, o Estado, representado conjuntamente por dois ministérios: Finanças e Saúde.	5,5
<b>Participação na Comunidade</b>	<b>6,2</b>
O Hospital integra, na sua estrutura orgânica, o conselho consultivo.	6,2
<b>Recursos Humanos</b>	<b>4,5</b>
No Hospital SA, a opção pelo regime de contrato individual de trabalho sem perda de vínculo à função pública está limitada apenas aos funcionários inseridos em corpos especiais.	5,0
No Hospital SA, coexistem regimes de trabalho distintos, resultado da transição de pessoal dos hospitais incumbentes, maioritariamente detentor do estatuto de funcionário público e pessoal em regime de contrato individual de trabalho.	3,9
<b>Fiscalização e Acompanhamento</b>	<b>6,0</b>
O Hospital SA deve proceder ao aumento do capital social sempre que os seus prejuízos acumulados sejam superiores a metade do seu capital social, nos termos do artigo 35.º do Código das Sociedades Comerciais.	5,4
Os Hospitais SA dispõem de poderes especiais, nomeadamente para realizar expropriações por motivos de utilidade pública.	5,4
O Hospital SA deve constituir anualmente uma reserva para investimento.	7,6
A contabilidade do Hospital SA rege-se pelo plano de contabilidade pública.	5,7
<b>Financiamento</b>	<b>7,6</b>
O modelo de financiamento assenta no contrato-programa negociado entre o conselho de administração do Hospital e o Ministério da Saúde.	7,6

Quadro 14 – Média das Respostas Obtidas no Hospital SA

De entre os itens avaliados pelos inquiridos para a dimensão fiscalização e acompanhamento, a obrigatoriedade dos hospitais SA constituírem uma reserva anual para investimento foi considerada muito relevante para o desempenho deste modelo tendo obtido uma pontuação média de 7,6. Seguidamente os inquiridos atribuíram uma pontuação de 5,7 ao facto dos hospitais SA utilizarem o plano de contabilidade

pública, não obstante o Plano Oficial de Contabilidade (POC) aprovado pelo Decreto-Lei n.º 410/89, de 21 de Novembro, revogado pelo Decreto-Lei n.º 158/2009, de 13 de Julho, que aprovou o novo Sistema de Normalização Contabilística estabelecer que as empresas públicas se regem pelo SNC. Os inquiridos também consideraram relevante o facto de o hospital SA dever proceder ao aumento do capital social sempre que os seus prejuízos acumulados sejam iguais ou superiores a metade do seu capital social, nos termos do artigo 35.º do Código das Sociedades Comerciais<sup>82</sup> (CSC) e de os hospitais SA disporem de poderes especiais, nomeadamente para realizar expropriações por motivos de utilidade pública, tendo atribuído uma pontuação média de 5,4 aos dois itens. No entanto, o item que reuniu maior consenso entre os inquiridos foi o que se refere à constituição de uma reserva anual para investimento e o que reuniu um consenso menor foi a aplicação do plano de contas público, com um desvio padrão de 0,9 e 3,0, respectivamente.

O único item da dimensão financiamento foi considerado um aspecto muito relevante para o desempenho deste modelo de gestão de hospitais. De facto, os respondentes atribuíram uma pontuação média de 7,6 ao facto do modelo de financiamento assentar no contrato-programa previamente negociado entre o CA do hospital e o MS. O desvio-padrão foi de 1,7 e a mediana de 8,0.

#### **2.4. Hospitais EPE**

Passemos agora a analisar a relevância das dimensões para o desempenho dos hospitais EPE.

Segundo a opinião expressa dos inquiridos, os itens que compõem a dimensão estrutura organizacional contribuem de modo idêntico para o desempenho deste modelo de gestão. De facto, a média das respostas situa-se acima dos 7,5 pontos. Apesar de existir um consenso relativamente alargado entre os respondentes, ele é maior para o item relacionado com o facto de o CA deter competências reservadas e competências que pode delegar nos seus membros ou demais pessoal de direcção e chefia do que para o item relacionado com a organização do hospital em centros de responsabilidade (desvio-padrão de 1,0 contra 1,4).

A dimensão participação e consulta foi aferida através de um único item que se relaciona com a existência de um órgão de natureza consultiva na estrutura orgânica do hospital e que segundo os inquiridos detém um peso moderado para o

---

<sup>82</sup> Aprovado pelo Decreto-Lei n.º 262/86, de 2 de Setembro, actualizado.

desempenho global do hospital, com uma média de resposta de 6,7. O desvio-padrão desta dimensão é de 1,8.

<b>Hospitais EPE</b>	<b>6,7</b>
<b>Estrutura Organizacional</b>	<b>7,8</b>
O Hospital EPE encontra-se organizado em centros de responsabilidade e de custos.	7,8
O conselho de administração detém competências reservadas e competências que pode delegar nos seus membros ou demais pessoal de direcção e chefia.	7,7
<b>Participação na Comunidade</b>	<b>6,7</b>
O Hospital EPE integra na sua estrutura orgânica, o conselho consultivo.	6,7
<b>Recursos Humanos</b>	<b>5,7</b>
No hospital EPE, todos os trabalhadores e agentes podem optar pela celebração de contrato de trabalho quando para o efeito lhes seja concedida licença sem vencimento (sem perda de vínculo à função pública).	7,8
No Hospital EPE vigoram dois regimes de trabalho distintos: de função pública e de contrato individual de trabalho, com horários de trabalho e regalias diferenciados.	3,6
<b>Fiscalização e Acompanhamento</b>	<b>6,6</b>
A contabilidade do Hospital rege-se pelo plano de contabilidade pública.	6,1
A gestão do Hospital é baseada em contratos-programa externos e internos.	8,0
O Hospital EPE pode mediante autorização dos Ministros das Finanças e da Saúde, ceder a exploração de serviços hospitalares bem como proceder à constituição de associações com outras entidades públicas.	6,7
A transformação dos Hospitais em EPE desobrigou-os do cumprimento das regras orçamentais.	4,9
A decisão de contracção de empréstimos é da inteira responsabilidade do conselho de administração do Hospital até 10% do capital estatutário, sendo a partir daí necessária autorização dos Ministros das Finanças e da Saúde, não podendo no entanto ultrapassar o limite dos 30% do respectivo capital.	7,2
<b>Financiamento</b>	<b>8,0</b>
O modelo de financiamento assenta no contrato-programa negociado entre o conselho de administração do Hospital e o Ministério da Saúde.	8,0

Quadro 15 – Média das Respostas Obtidas no Hospital EPE

Os itens que constituem a dimensão recursos humanos contribuem segundo a opinião dos respondentes de modo muito diverso para o desempenho do hospital. De facto, o item que se relaciona com a possibilidade de todos os trabalhadores poderem optar pela celebração de contrato de trabalho mediante atribuição de licença sem vencimento foi considerado pelos respondentes como muito relevante para o desempenho global do modelo de gestão dos hospitais EPE com uma média de 7,8, enquanto a coexistência de regimes de trabalho distintos: de função pública e de contrato individual de trabalho, com horários de trabalho e regalias diferenciados exerce na opinião dos respondentes um contributo moderado para o desempenho deste modelo de hospitais, com uma média de respostas de 3,6. De referir ainda, que existe um maior consenso entre as respostas dos inquiridos no que respeita ao primeiro item cujo desvio-padrão se situou nos 1,2 do que em relação ao segundo item, com um desvio-padrão de 2,2. A amplitude das respostas variou entre os 5,6 e 9,3 para o primeiro item e 1,2, e 7,8 para o segundo.

De entre os itens que constituem a dimensão acompanhamento e fiscalização, a existência a contratos-programa como instrumento de gestão e a limitação à contracção de empréstimos até 30% do respectivo capital estatutário constituem os itens mais valorizados pelos inquiridos para o desempenho dos hospitais entidades empresariais, respectivamente com média de 8,0 e 7,2. As opiniões dos inquiridos revelam-se mais consensuais para o primeiro item cujo desvio-padrão se situa nos 1,2 do que para o segundo cujo desvio-padrão se situa nos 1,5. Já o facto da contabilidade destes hospitais se reger por regras de contabilidade pública, o exímio do cumprimento das regras orçamentais e a possibilidade do hospital poder ceder a exploração de serviços hospitalares bem como proceder à constituição de associações com outras entidades públicas exercem, segundo o painel de inquiridos, um contributo moderado para o desempenho destes hospitais, com a média de respostas respectivamente de 6,1, 4,9 e 6,7. A opinião dos peritos é relativamente consensual, oscilando o desvio-padrão entre 2,3 e 2,6.

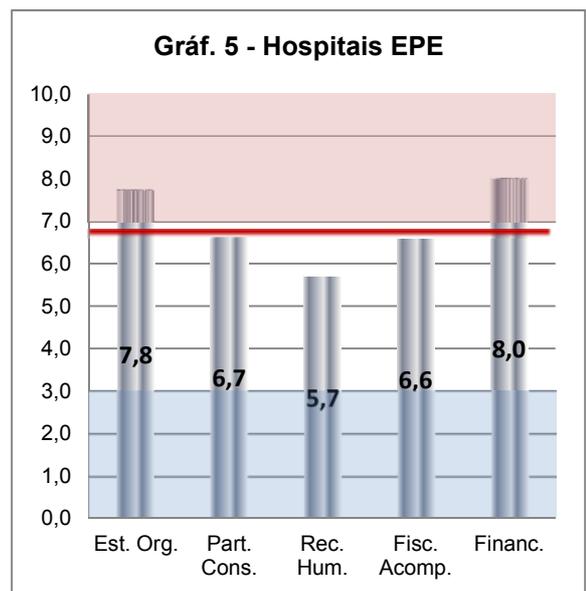
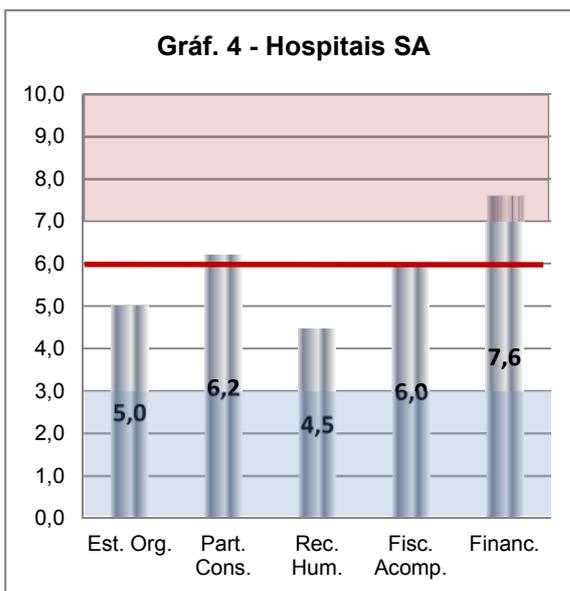
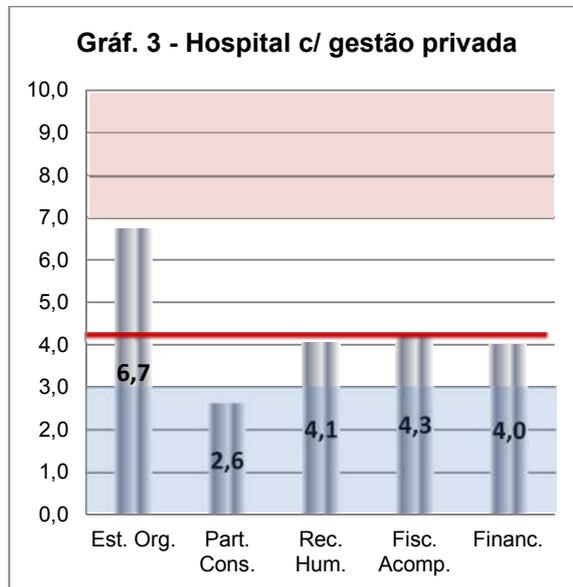
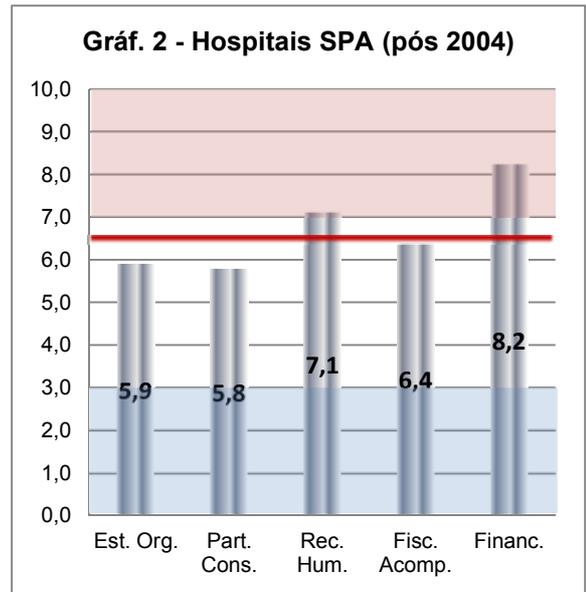
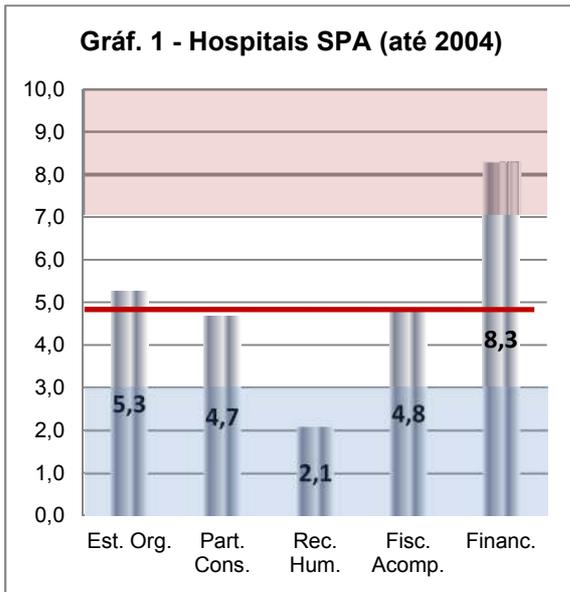
A dimensão financiamento foi aferida através do facto do modelo de financiamento assentarem contratos-programa negociados entre o CA do hospital e o MS foi considerada muito relevante para o desempenho do modelo EPE, tendo obtido uma média de respostas de 8,0. O desvio-padrão é de 1,0. A amplitude das respostas localizou-se entre os 6,3 e 9,4.

Passemos agora a apresentar a média das respostas obtidas do ponto de vista gráfico.

A opinião expressa pelos entrevistados revela que a reforma operada em 2004 nos hospitais do SPA introduziu aspectos mais valorizados e consequentemente mais importantes para o desempenho deste modelo de hospitais. Com efeito, a média das respostas é significativamente superior passando de 4,8 para 6,4. Acresce que todas as dimensões apresentam uma média de respostas superior após aquele processo de reforma, com excepção da dimensão financiamento cuja média se manteve, contudo, acima dos 8 pontos.

À luz da hipótese acima estabelecida, constata-se que, até à reforma administrativa de 2004, os recursos humanos tinham um contributo negligenciável para o desempenho do hospital e que, após aquela reforma, passa a ser considerada uma dimensão muito relevante. A dimensão financiamento foi a única que se manteve incólume ao processo de reforma encetado em 2004, situando-se a média das respostas acima dos 8 pontos.

Convém referir que, a média destas respostas apresentam um grau de unanimidade junto dos inquiridos superior nos hospitais após a reforma de 2004, dado que a média do desvio-padrão é menor neste modelo. Mas existem dimensões, como é o caso da estrutura organizacional e financiamento, cujos desvios-padrão se apresentam superiores para este modelo, o que revela um menor grau de unanimidade nas opiniões expressas pelos inquiridos. A dimensão recursos humanos é indubitavelmente a que apresenta a maior evolução passando de um desempenho negligenciável para um desempenho muito relevante, chegando mesmo a superar a média das respostas para este modelo. A dimensão estrutura organizacional apresenta uma evolução favorável na passagem para o novo modelo, não obstante, no modelo antigo a média das respostas para esta dimensão (5,3) se encontrar acima da média das respostas para todas as dimensões (4,8), – situação que se inverte após a adopção do novo processo reformista de 2004. As dimensões participação e consulta e fiscalização e acompanhamento são dimensões que vêm aumentando o seu contributo para o desempenho global do modelo.



No âmbito dos **hospitais públicos com gestão privada**, a dimensão menos valorizada para o desempenho global foi a participação e consulta e a mais valorizada foi a estrutura organizacional. No entanto, a primeira exerce um contributo negligenciável para o desempenho global do hospital e a segunda dimensão não chega a ter um contributo decisivo. As restantes variáveis exercem um contributo moderado para o desempenho do hospital, situando-se no entanto abaixo da média das respostas para todas as dimensões.

A média do desvio-padrão de todas as dimensões é de 1,9, acima portanto, de qualquer dos modelos anteriormente explanados, o que significa que neste modelo existe um menor consenso entre os inquiridos quanto às respostas dadas.

A dimensão financiamento que, no modelo anterior reunia um consenso relativamente alargado entre os inquiridos, é neste modelo, a que apresenta o desvio-padrão maior entre todas as variáveis, de 2,9. A dimensão recursos humanos é a que apresenta menor desvio-padrão (1,3), seguida da dimensão fiscalização e acompanhamento (1,5).

Relativamente aos **hospitais empresarializados**, constata-se que globalmente os hospitais EPE apresentam um desempenho superior aos hospitais SA, porquanto a média das respostas de todas as dimensões é superior para aqueles (6,7 contra 6,0). Nos hospitais EPE, a dimensão estrutura organizacional e financiamento apresentam um contributo muito relevante para o desempenho da instituição hospitalar, enquanto nos hospitais SA, apenas a dimensão financiamento exerce aquele contributo. As restantes dimensões apresentam, de acordo com a hipótese assumida, um contributo moderado para o desempenho das instituições hospitalares.

Todavia, o desvio-padrão das respostas dos inquiridos é superior para todas as dimensões nos hospitais SA do que nos hospitais EPE, com excepção, da dimensão recursos humanos, o que revela falta de unanimidade e consenso entre os respondentes quando às dimensões objecto de avaliação dos hospitais SA.

Em jeito de conclusão, podemos dizer que a dimensão financiamento é aquela que é mais valorizada para o desempenho global do hospital em todos os modelos de gestão de hospitais e que o contributo das restantes dimensões depende do tipo de modelo em análise.

## **CAPÍTULO 3 – Análise de Resultados**

Neste capítulo, pretende-se analisar os resultados apresentados no capítulo anterior e apontar possíveis explicações, de forma a estabelecer um quadro comparativo dos diferentes modelos de gestão dos hospitais públicos, evidenciando os principais aspectos que apresentam em comum, assim como aqueles que os distinguem. Esta análise não se cingirá aos aspectos regulamentares, sendo também evidenciada a prática efectiva da gestão hospitalar, e obedecerá, na medida do possível, à ordem apresentada no questionário.

### **3.1. Estrutura Organizacional**

A dimensão estrutura organizacional foi considerada pelos respondentes como muito relevante para o desempenho global nos hospitais EPE, com uma pontuação média de 7,8, tendo, nos restantes modelos, sido classificada com uma pontuação média igual ou superior a 5 pontos, o que releva que os inquiridos consideram a dimensão estrutura organizacional como relevante para o desempenho das instituições hospitalares.

Nesta dimensão serão analisados seis aspectos: estrutura organizativa do hospital, selecção e composição do CA, poderes da direcção técnica, competências do CA, estatuto dos membros do CA e controlo governamental.

#### **Estrutura organizativa do hospital**

A variável relacionada com a organização em centros de responsabilidade e de custos foi avaliada, em média, pelos respondentes com 5,6 pontos para os hospitais SPA antes da regulamentação de 2004, com 7,3 pontos para o HFF e com 7,8 para os hospitais EPE, pelo que somos em crer que se esta variável tivesse sido objecto de aferição pelos respondentes para os modelos de hospitais SPA após a reforma administrativa de 2004, cuja estrutura organizativa é em tudo semelhante aos actuais hospitais EPE, obteríamos uma pontuação média acima dos 7 pontos. A estrutura organizacional do hospital SA obedece a uma lógica de serviços e foi classificada pelos respondentes com 4,5 pontos, em média<sup>83</sup>.

O facto da pontuação atribuída aos hospitais SPA antes da regulamentação de 2004 ser inferior à pontuação atribuída ao modelo do HFF pode residir no facto da

---

<sup>83</sup> Refira-se que, a estrutura organizacional encontra-se definida em sede de regulamento interno para todos os modelos de gestão dos hospitais públicos, o qual é aprovado por deliberação do CA e homologado pelo Ministro da Saúde em todos os modelos, com excepção, do modelo de hospital societário que é aprovado pela assembleia-geral.

estrutura organizativa em centros de responsabilidade<sup>84</sup> e de custos nunca ter sido efectivamente implementada<sup>85</sup>, tendo sido concretizada em termos de serviços agrupados em Áreas de Administração Hospitalar, sendo cada um deles gerido por um responsável da carreira de administrador hospitalar (Tribunal de Contas, 1999). Já no que concerne aos hospitais pós regulamentação de 2004, aquela estrutura organizativa tem vindo a ser implementada, ainda que de forma gradual<sup>86</sup>.

Apesar dos inquiridos sobreavaliarem a organização em centros de responsabilidade, uma das desvantagens associada a esta forma organizativa consiste na eventual “clusterização” do hospital, podendo no limite, a actuação do órgão máximo de gestão ficar confinada à gestão dos centros de responsabilidade, que por serem estruturas dotadas de grande autonomia de gestão interna com poderes de autoridade delegados, pode condicionar a sua estratégia de actuação, contrariamente ao que acontece na departamentação. Por outro lado, a falta de maturidade de gestão para a disseminação destas formas de gestão descentralizada por todos os grandes hospitais pode comprometer os resultados desejados.

No HFF, a estrutura organizativa assenta numa Direcção de Produção que, em conjunto com as Direcções Clínica e de Enfermagem, gere a actividade do hospital numa perspectiva “industrial” e com uma elevada responsabilização das Direcções e Chefias dos Serviços.

<b>Estrutura Organizativa</b>	<b>Diploma Legal</b>	<b>Prática Efectiva</b>
Hospitais SPA (até 2004)	Centros de responsabilidade	Serviços
Hospitais SPA (após 2004)	Centros de responsabilidade/ Serviços/Departamentos	Centros de responsabilidade/ Serviços/Departamentos
Hospital Amadora Sintra	Direcção de Produção	Direcção de Produção
Hospitais SA	-	Serviços
Hospitais EPE	Centros de responsabilidade /Departamentos	Centros de responsabilidade /Departamentos

Quadro 16 – Estrutura Organizativa

<sup>84</sup> Os centros de responsabilidade foram pela primeira vez criados pela Lei de Gestão Hospitalar – Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro.

<sup>85</sup> Com efeito, até 2002 foi apenas criado o Centro de Responsabilidade Integrado da Cirurgia Cardio-Torácica dos Hospitais da Universidade de Coimbra por Despacho n.º 1745/99, de 22 de Dezembro de 1998, pela então Ministra da Saúde, Maria de Belém Roseira.

<sup>86</sup> A não implementação de estruturas de gestão intermédia coloca «na gestão de topo a responsabilidade de alcançar as metas que se lhes impõem, (...) sem que daí resulte reflexo visível para os restantes trabalhadores do hospital» (OPSS, 2010: 55).

## **Seleccção e composição do CA**

Em todos os modelos, os ministérios competentes procedem à nomeação do presidente e vogais sem qualquer indicação ou proposta do primeiro<sup>87</sup>, por um período temporal delimitado no tempo de três anos. No modelo SPA, o Ministro da Saúde nomeia directamente o presidente e os quatro vogais executivos; no modelo EPE, os membros são nomeados por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde de entre individualidades de reconhecido mérito e perfil adequado e no modelo societário, cabe à assembleia-geral nomear o presidente e os dois vogais executivos. No HFF, entre 1996 e 2003, existia o CA com membros executivos (em representação dos accionistas) e não executivos organizados em Comissão Executiva (composta por 3 membros) e um Director-Geral. A partir de 2003, o cargo de Director-Geral foi eliminado, mantendo-se o CA composto por membros não executivos e 3 membros executivos organizados em Comissão Executiva que garantem a gestão do hospital.

De referir que, os estatutos dos hospitais públicos nada referem quanto ao perfil pessoal e profissional do presidente e vogais a seleccionar<sup>88</sup>, continuando-se a assistir à escolha de pessoas sem qualquer experiência ou relação com o sector da saúde, o que pode *in extremis* comprometer a coesão da equipa (OPSS, 2008). Por outro lado, continuamos a assistir à escolha de médicos para o CA, o que coloca, não só, o problema de independência destes relativamente aos restantes médicos do hospital, como também, a sua falta de preparação nas áreas da gestão, reduz o número de elementos profissionalizados de gestão neste órgão – problema este, agudizado pelo facto do CA acumular simultaneamente as funções de supervisão com as funções de gestão executiva (Delgado, 1999). No mesmo sentido aponta Iglésias (2011), ao defender que «em termos de evidência, não há nenhuma razão para se favorecer a nomeação de médicos para os CA dos hospitais».

A regulamentação de 2004 manteve inalterada a estrutura orgânica dos hospitais do SPA, com excepção da figura de administrador delegado que desaparece e passa a ser substituída por um ou dois vogais executivos. O director do hospital ou presidente do CA, que não tem forçosamente que ser médico, assume, na sequência da publicação daquela regulamentação, funções de carácter mais amplo do que as de mera representação que já detinha.

Também relativamente aos membros da direcção técnica, constituídos em todos os modelos por um médico e um enfermeiro, os estatutos dos hospitais públicos são

---

<sup>87</sup> Ainda que se possa presumir, em todos os modelos, que existirá, pelo menos num número significativo de situações, uma proposta do presidente do CA.

<sup>88</sup> Os estatutos dos hospitais EPE referem vagamente que a escolha deve incidir sobre “individualidades de reconhecido mérito e perfil adequado”.

pouco claros e objectivos quanto aos critérios de nomeação, para além dos estritamente relacionados com a confiança política. No modelo SPA e societário, o director clínico e o enfermeiro director são nomeados pelo Ministro da Saúde, com base na proposta do presidente do CA enquanto no modelo EPE, a nomeação é feita por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde, sem qualquer indicação do presidente do CA. Os estatutos dos hospitais SPA e SA referem que a escolha deve incidir sobre profissionais médicos e de enfermagem que trabalhem no SNS e no caso dos EPE, a escolha ministerial pode recair sobre profissionais sem qualquer relação com o SNS.

Em todos os modelos de gestão hospitalar em análise, os membros da direcção técnica integram o CA enquanto órgão máximo de gestão com excepção do modelo do HFF cujos membros de direcção técnica são órgãos de direcção intermédia directamente dependentes do director geral e do CA. Esta situação foi avaliada pelos inquiridos para o HFF com uma média de respostas de 5,9 pontos. A inclusão dos membros da direcção técnica no CA, sobretudo quando estes são investidos de poderes executivos como é o caso do modelo de entidade empresarial, contribui para esbater e diluir a diferenciação entre quem detém o poder de supervisão e o poder técnico. No modelo societário, os membros da direcção têm apenas inerência no CA, o que reforça o seu estatuto de membros não executivos.

O presidente do CA também pode ser considerado um órgão individual, uma vez que é o único que detém competências próprias atribuídas, ao contrário dos restantes elementos do CA, em todos os modelos analisados (Vaz, 2010). Todavia, as suas competências encontram-se limitadas a funções de representação nos hospitais SPA e SA. No modelo EPE, o presidente é também responsável por garantir uma correcta execução das deliberações do CA.

O CA é, então, um órgão colegial cuja composição integra sensivelmente o mesmo número de elementos em todos os modelos, de três elementos em regra. O modelo dos hospitais SPA pós regulamentação de 2004 contempla uma excepção para os hospitais de maior complexidade e dimensão, podendo atingir os cinco elementos<sup>89</sup>. No entanto, esta situação não tem sido posta em prática. A direcção técnica é composta por dois elementos em todos os modelos.

O desenho do órgão de governação dos hospitais públicos, assente em critérios de nomeação de cariz mais político do que técnico, tem-se mantido estável ao longo dos tempos e descurado a integração de representantes directos quer do

---

<sup>89</sup> Este modelo também prevê que o presidente do CA possa assumir as competências doutro membro nos hospitais de menor dimensão, sendo a composição do CA reduzida para quatro elementos.

proprietário/accionista/tutela (os Ministérios), quer da comunidade quer serve<sup>90</sup>, quer ainda dos profissionais<sup>91</sup> (Vaz, 2010).

<b>Composição CA</b>	
Hospitais SPA (até 2004)	Presidente + Administrador-delegado + Direcção Técnica
Hospitais SPA (após 2004)	Presidente + 1, 2 ou 4 Vogais Executivos + Direcção Técnica
Hospital Amadora Sintra	Comissão Executiva
Hospitais SA	Presidente + 1 ou 2 Vogais Executivos + Direcção Técnica
Hospitais EPE	Presidente + 1 ou 2 Vogais Executivos+ Direcção Técnica + 1 Vogal Não Executivo

Quadro 17 – Composição do CA

### **Poderes da Direcção Técnica**

O facto de a direcção técnica deter poderes executivos junto do CA no hospital SPA antes da regulamentação de 2004 foi classificado pelos inquiridos com 4,9 pontos em média. No entanto, os respondentes sobreavaliaram o facto de nos hospitais SPA após regulamentação de 2004, os membros da direcção técnica não deterem poderes executivos junto do CA, tendo a média das respostas situado-se nos 5,7 pontos. No modelo de hospital societário, os membros de direcção técnica têm inerência no CA com funções não executivas, mas com direito a voto. No modelo de hospital EPE, os estatutos não fazem qualquer referência ao tipo de vogais, pelo que se assume que todos, incluindo os membros da direcção técnica detêm poderes executivos junto do CA.

Da leitura destes valores depreende-se que, a nova regulamentação de 2004 referente aos hospitais do SPA, veio enfatizar o estatuto de membro não executivo do director clínico e do enfermeiro-director no exercício das suas funções, apesar de integrarem o CA por inerência. Este modelo de gestão, não obstante, continuar a admitir a centralidade do papel do médico na organização hospitalar porquanto na realidade só eles podem admitir doentes que são a fonte de receita do hospital, não lhe confere o poder de modelar o hospital de acordo com o seu interesse profissional, atribuindo à entidade hospitalar a faculdade de organizar o corpo clínico. Por isso, a

<sup>90</sup> Ainda que os estatutos dos hospitais EPE contemplem a existência no órgão de administração, de um representante da autarquia em que o hospital se encontra inserido, que não se envolve directamente na gestão do hospital.

<sup>91</sup> Não obstante, entre 1996 e 2002, estar assegurada a representatividade corporativa dos médicos e enfermeiros através da sua eleição para o órgão de administração.

nova regulamentação dos hospitais do SPA exige uma maior clarificação entre a actividade clínica a desempenhar pelos membros não executivos do CA e a gestão e administração global a desempenhar pelos membros executivos do CA (Paraíso e Lima, 2004).

Saliente-se que contrariamente ao verificado relativamente aos demais elementos do CA, as qualificações dos membros da direcção técnica estão claramente definidas, devendo respectivamente, um ser médico e o outro enfermeiro, apesar dos diplomas nada estipularem quanto à carreira ou percurso profissional.

Acrescente-se ainda, que segundo Vaz (2010), a existência de vogais não executivos na estrutura orgânica hospitalar não teve o desígnio de criar uma solução de controlo interno de gestão. No caso dos hospitais SPA e SA, tratou-se de evitar o eventual conflito de interesses em elementos que tinham uma dupla função – gestão e direcção técnica; no caso dos hospitais EPE, a existência de um vogal não executivo pretende satisfazer o desejo de maior participação por parte das Autarquias no governo dos hospitais.

Direcção Técnica	Integra o CA?	Detém poderes executivos?
Hospitais SPA (até 2004)	Sim	Sim
Hospitais SPA (após 2004)	Sim	Não
Hospital Amadora Sintra	Não	Não
Hospitais SA	Sim	Não
Hospitais EPE	Sim	Sim

Quadro 18 – Direcção Técnica

### Competências do CA

A variável que pretende medir o facto de o CA deter competências reservadas e competências que pode delegar nos seus membros ou demais pessoal de direcção e chefia foi classificada em média com 7,7 pontos para os hospitais EPE. Convém referir que este procedimento de delegação de competências de gestão nos seus membros ou demais pessoal de direcção e chefia está também ao alcance dos CA dos hospitais SPA após regulamentação de 2004. Nos hospitais SA, podem ser delegadas nos seus membros ou numa comissão executiva, algumas das competências do órgão máximo de gestão. Esta transferência de competências visa reforçar a responsabilização dos

dirigentes e responsáveis dos vários serviços na estrutura organizacional hospitalar<sup>92</sup>, descentralizando a estrutura de gestão (Paraíso e Lima, 2004).

As competências do CA previstas nos estatutos dos modelos de gestão de hospitais públicos são de carácter eminentemente executivo e direccionam-se sobretudo para o controlo interno e para a gestão de recursos humanos (Figueiredo, 2009). Esta realidade é particularmente marcante nos hospitais SA<sup>93</sup>. Todavia, mesmo as competências de natureza estratégica, como é o caso da definição das linhas de orientação a que devem obedecer a organização e o funcionamento do hospital nas áreas clínicas e não clínicas e a definição de políticas referentes a recursos humanos, previstas no estatuto dos hospitais SPA e EPE encontram-se muito viradas para dentro da organização, o que levou Figueiredo (2009) «a crer tratar-se sempre de gestão interna e não de estratégia».

Outra variável que foi posta à consideração dos inquiridos relaciona-se com os poderes dos órgãos de direcção intermédia. O facto dos directores de departamento /serviço passarem, na sequência da regulamentação aprovada em 2004 para os hospitais SPA, a deter o poder disciplinar sobre todos os profissionais que integram o departamento/serviço, independentemente do vínculo contratual, com a salvaguarda das competências técnica e científica, atribuídas por lei a cada profissão foi em média, classificada pelos respondentes com 6,1 pontos. Os dirigentes intermédios dos hospitais EPE e SA também gozam deste privilégio contrariamente aos hospitais SPA antes de 2004 que estava unicamente adstrito ao órgão máximo de gestão (Paraíso e Lima, 2004).

Conclui-se assim que, nos actuais hospitais SPA e nos hospitais empresarializados, regista-se uma crescente valorização e consequente responsabilização dos cargos de director de departamento e de serviço cujos modos de actuação devem estar em perfeita sintonia com as funções elementares da prestação de cuidados e de gestão de recursos humanos e materiais. De facto, é-lhes atribuído, sem prejuízo das competências do órgão de gestão de topo<sup>94</sup>, maior grau de autonomia na organização do trabalho, abrangendo os correspondentes poderes de

---

<sup>92</sup> O facto de poderem ser delegadas competências de gestão em responsáveis de serviço sem vínculo laboral definitivo ao hospital, reflecte a tendência para o recurso ao contrato individual de trabalho em futuras admissões de pessoal (nos termos do n.º 2 do artigo 14.º do regime jurídico de gestão hospitalar aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro) (Paraíso e Lima, 2004).

<sup>93</sup> De facto, e com excepção da função de administração do pessoal, todas as demais competências cingem-se a actos de gestão corrente.

<sup>94</sup> De notar que, continua a caber aos CA afixação dos objectivos e dos meios necessários para os atingir assim como os mecanismos de avaliação periódica. Aos dirigentes de departamento e de serviço cabe encontrar a melhor estratégia para os atingir.

direcção e disciplina sobre todo o pessoal que integra o seu departamento ou serviço, independentemente da sua carreira ou categoria profissional, salvaguardando-se no entanto, as competências técnica e científica legalmente atribuídas a cada profissão.

A regulamentação dos hospitais do SPA e a empresarialização dos hospitais também reforçaram as responsabilidades dos CA, na medida em que o não cumprimento ou o cumprimento defeituoso dos orçamentos ou deterioração dos resultados da actividade, incluindo a qualidade dos serviços prestados constituem motivos para a dissolução do CA contrariamente ao que verificava nos hospitais SPA antes da regulamentação de 2004. Por outro lado, os membros do CA podem ser livremente exonerados com fundamento em falta de observância da lei ou regulamentos ou violação grave dos deveres de gestor.

	<b>Possibilidade de delegar competências nos dirigentes intermédios</b>	<b>Poder Disciplinar</b>
Hospitais SPA (até 2004)	Não	Competência do CA
Hospitais SPA (após 2004)	Sim	Competência do CA e dos dirigentes intermédios
Hospital Amadora Sintra	Sim	Competência do CA e do Director Geral
Hospitais SA	Sim	Competência do CA e dos dirigentes intermédios
Hospitais EPE	Sim	Competência do CA e dos dirigentes intermédios

Quadro 19 – Delegação de Competências

### **Estatuto dos membros do CA**

A nova regulamentação a que os hospitais do SPA foram sujeitos, trouxe alterações ao nível do estatuto dos membros do CA, incluindo os membros da direcção técnica.

Os membros do CA dos hospitais SPA, que no anterior regime legal, estavam sujeitos ao Estatuto do Pessoal Dirigente da Administração Pública aprovado pela Lei n.º 49/99, de 22 de Junho, passam agora a estar sujeitos ao Estatuto dos Gestores Públicos estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 464/82, de 9 de Dezembro, e revogado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de Março, no que diz respeito a mandato, incompatibilidades, regime de trabalho e remunerações.

Por sua vez, os membros da direcção técnica estavam também sujeitos ao Estatuto do Pessoal Dirigente da Administração Pública passam, no actual regime, a

estar sujeitos ao regime de incompatibilidades dos profissionais do SNS, e por conseguinte, só podem exercer actividade privada desde que respeitados os requisitos do n.º 2 do artigo 20.º do Estatuto do SNS. Ou seja, a nova regulamentação dos hospitais SPA sujeitou os membros executivos do CA ao estatuto do gestor público e os membros da direcção técnica ao regime dos respectivos corpos especiais, tal como acontece nos hospitais do SA<sup>95</sup>. Nos hospitais EPE, a direcção técnica enquanto membros executivos que integram o CA rege-se pelo estatuto dos gestores públicos, designadamente no âmbito da nomeação, exoneração, incompatibilidades, acumulação de funções e remunerações.

O regime de incompatibilidades dos corpos especiais<sup>96</sup> prevê que os médicos membros de órgãos máximos de gestão e de direcção de estabelecimentos integrados no SNS possam atender doentes privados e exercer a sua actividade profissional, de forma não regular e remunerada, o que parece colidir com os princípios de independência indispensáveis a um órgão de governação de topo. No mesmo sentido aponta o Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de Março, ao considerar, na alínea f) do ponto 3 do artigo 20.º que, as actividades médicas dos membros executivos dentro dos estabelecimentos do SNS sejam cumuláveis ao exercício da função executiva no CA.

<b>Estatuto dos Membros</b>	<b>CA</b>	<b>Direcção Técnica</b>
Hospitais SPA (até 2004)	Pessoal Dirigente	Pessoal Dirigente
Hospitais SPA (após 2004)	Gestor Público	Corpos Especiais
Hospital Amadora Sintra	-	-
Hospitais SA	Gestor Público	Corpos Especiais
Hospitais EPE	Gestor Público	Gestor Público

Quadro 20 – Estatuto dos Membros do CA

O actual regime jurídico do gestor público estabelece o processo de fixação de remunerações dos gestores públicos tomando como base a distinção entre gestores executivos e não executivos e prevê a avaliação de desempenho dos membros executivos por parte dos membros não-executivos, bem como a avaliação do próprio

<sup>95</sup> Os membros do CA do HFF obedecem estritamente a regras de direito privado.

<sup>96</sup> Estabelecido no artigo 20.º do Estatuto do SNS com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 233/2004, de 3 de Dezembro.

CA e a responsabilização do gestor público pelos resultados não alcançados, aproximando, assim, o gestor público da figura de administrador de empresas privadas. Todavia, parece-nos que a actual composição do CA não dá grandes possibilidades para que a avaliação se possa efectuar, uma vez que, apenas os hospitais EPE contemplam a existência de um elemento não-executivo, ou seja, com funções de monitorização e avaliação da performance executiva (Figueiredo, 2009).

### **Controlo governamental**

A forma de controlo governamental também foi objecto de avaliação por parte dos inquiridos. A variável relacionada com o facto de a assembleia-geral ser constituída por um único accionista, o Estado, representado conjuntamente por dois ministérios: Finanças e Saúde foi considerada relevante para o desempenho hospitalar, tendo a média de respostas cifrado-se nos 5,5 pontos.

Os hospitais SPA antes da regulamentação de 2004 encontram-se sujeitos à superintendência e tutela do Ministro da Saúde<sup>97</sup> e depois daquela regulamentação, passam a estar sujeitos ao controlo conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde<sup>98</sup>. Note-se, no entanto, que nos actuais hospitais SPA existem matérias que são da competência exclusiva do Ministro da Saúde e outras, como é o caso da definição dos parâmetros de negociação colectiva assim como da compra e alienação de imóveis que carecem de autorização dos Ministros das Finanças e da Saúde. Também os poderes de superintendência e tutela do MS são mais marcantes nos “antigos” hospitais do SPA. A título exemplificativo, veja-se o artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro, que estabelece os poderes do Ministro da Saúde nomeadamente no que diz respeito à organização e funcionamento dos hospitais, à definição de normas e critérios de actuação hospitalar, entre outros, e que nos actuais hospitais do SPA passam a constituir uma incumbência do respectivo CA. Por outro lado, a existência de uma dupla tutela pode originar situações de alguma tensão e até de conflito na definição de estratégias de actuação e de implementação.

Por sua vez, os hospitais EPE estão sujeitos à superintendência do Ministro da Saúde e tutela (económica e financeira) dos Ministros das Finanças e da Saúde. No hospital EPE, os poderes de tutela manifestam-se na aprovação dos planos de

---

<sup>97</sup> Havendo apenas a possibilidade relativamente a algumas matérias, designadamente quanto à definição das regras que deve nortear a elaboração dos planos e programas de acção, à concessão de autorização para a criação, extinção ou modificação de serviços, para a alteração permanente da sua lotação, para a compra ou alienação de imóveis e a efectivação de empréstimos, de as delegar no director-geral dos hospitais.

<sup>98</sup> Com a faculdade de as delegar na ARS no que respeita à aprovação dos planos de actividade, financeiros, investimento e de prestação de contas, à aprovação das tabelas de preços, à homologação dos contrato-programa e à concessão de autorização dos contratos de cessão de exploração ou subcontratação.

actividade<sup>99</sup>, dos orçamentos e dos documentos de prestação de contas anuais, na concessão de autorização para a aquisição e venda de imóveis, na realização de investimentos e alterações do capital estatutário, na contracção de empréstimos e na participação do hospital em sociedades anónimas.

Nos hospitais sociedades anónimas, o Estado, na qualidade de accionista único e maioritário, exerce as suas funções e os seus poderes de tutela económica, sob coordenação do Ministro das Finanças<sup>100</sup> e da Saúde<sup>101</sup>, representando o Estado nas assembleias-gerais<sup>102</sup>. Porém, nas sociedades cujo capital é detido na sua totalidade pelo Estado, como é o caso dos hospitais SA, os poderes da assembleia-geral aproximam-se muito da função tutelar (Tribunal de Contas, 2004). Veja-se, por exemplo, o caso da aprovação dos planos de actividade, orçamentos e documentos de prestação de contas, da concessão de autorização para a aquisição, alienação e oneração de imóveis, para a realização de investimentos assim como para a contracção de empréstimos de montante superior a 10% do capital e alteração do capital dos hospitais empresa. Tal facto é revelador da interferência do Estado accionista na gestão e funcionamento do hospital sociedade anónima.

Apesar do controlo governamental ser exercido conjuntamente pelos Ministros das Finanças e da Saúde, quer nos hospitais SA, quer nos hospitais EPE, a transformação dos hospitais com o regime jurídico de sociedade anónima em entidades públicas empresariais pode ser vista como instrumento de intervenção económica, pois alarga o leque de responsabilidades do Estado. De facto, o poder de superintendência do Ministro da Saúde é, no caso dos hospitais EPE, mais marcante do que nos hospitais SA. Veja-se, por exemplo, o estipulado no artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, no que diz respeito ao estabelecimento e aprovação dos objectivos e estratégias dos hospitais, à definição de normas de organização e de actuação hospitalar, à homologação dos regulamentos internos, exigindo todas as informações julgadas necessárias ao acompanhamento da actividade dos hospitais, por contraposição, ao definido no artigo 7.º dos estatutos do diploma de societização, cujos poderes neste âmbito se limitam à aprovação do regulamento interno e às alterações dos estatutos (OPSS, 2005). Opinião idêntica é patenteada por Amador (2010: 39) para quem, a transformação jurídica dos hospitais em EPE, apesar de continuar a integrar o sector público empresarial, «visou consagrar

---

<sup>99</sup> A elaboração do plano de actividades e orçamento anual deve estar em consonância com os pressupostos macroeconómicos e as orientações estratégicas definidas pelo Ministro das Finanças e da Saúde.

<sup>100</sup> Através da Direcção-Geral do Tesouro e Finanças conforme artigo 10.º do regime jurídico do SEE.

<sup>101</sup> Não obstante, competir ao MS, o acompanhamento da execução da política nacional de saúde pelos hospitais (artigo 19.º da LGH).

<sup>102</sup> Artigo 19.º da LGH.

um regime mais estrito a nível de orientações estratégicas a exercer pelo Ministério das Finanças e pelo Ministério da Saúde».

A nível estratégico, as orientações a que o CA dos hospitais «deve obedecer no desempenho das suas funções, resultam de dois níveis diferentes e nem sempre consonantes de intervenção do Estado»<sup>103</sup>: por um lado, da definição da política de saúde a nível nacional e regional (em que o Estado assume uma postura de tutela) e, por outro, dos Planos Estratégicos superiormente aprovados (em que o Estado intervém de forma semelhante a um accionista), desenvolvidos através de contratos-programa (em que o papel essencial do Estado é o de comprador de cuidados aos hospitais) (Figueiredo, 2009).

Ou seja, o Estado desempenha, relativamente aos hospitais tanto do SPA como empresa, um triplo e simultâneo papel de tutela, de accionista/proprietário e de comprador/financiador que, apesar de desempenhados por serviços/entidades públicas diferentes, podem originar claros conflitos de interesses ou até mesmo, a existência de divergências profundas entre estas diferentes entidades, normalmente reflectidas sobre os hospitais (Figueiredo, 2009). Em nossa opinião, a falta de clareza estratégica e a assumpção de papéis conflitantes ainda que por entidades ou órgãos distintos, são o apanágio de um modelo de governação que não evoluiu, nos Ministérios das Finanças e da Saúde e seus serviços centrais, à mesma velocidade com que evoluiu nos hospitais – o que tem marcado de forma negativa a gestão hospitalar públicas nos últimos anos.

No caso do HFF, o controlo governamental cabe à entidade pública contratante representada pela ARSLVT, enquanto representante do Estado no CG.

<b>Controlo Governamental</b>	
Hospitais SPA (até 2004)	Ministro da Saúde
Hospitais SPA (após 2004)	Ministro das Finanças e da Saúde
Hospital Amadora Sintra	ARSLVT
Hospitais SA	Relação accionista do Estado
Hospitais EPE	Ministro das Finanças e da Saúde

Quadro 21 – Controlo Governamental

<sup>103</sup> Acresce que a RCM n.º 70/2008, de 22 de Abril, aprovou as orientações estratégicas do Estado destinadas à globalidade do sector empresarial do Estado, sem atender às especificidades de cada sector, nem definiu metas claras e objectivas a atingir.

### 3.2.Participação e Consulta<sup>104</sup>

A média das respostas dos inquiridos quanto a esta dimensão revela que a existência de um órgão de participação e consulta<sup>105</sup> foi considerada relevante para o desempenho hospitalar, oscilando a média das respostas entre 4,7 e 6,7 pontos, respectivamente para os hospitais SPA antes da regulamentação de 2004 e hospitais EPE. A sua inexistência, como é o caso do HFF foi classificada pelos inquiridos como de pouca importância para o desempenho hospitalar, tendo a média das respostas situado-se nos 2,6 pontos.

A constituição do órgão de participação e consulta é substancialmente reduzida no seio dos hospitais que integram o SPA após a regulamentação de 2004, pois deixa de integrar um representante da associação ou liga de utentes ou amigos do hospital, um representante do centro regional de segurança social, das santas casas da misericórdia da área de influência do hospital e da ARS. Integra apenas representantes do MS – três elementos, dos Municípios – três elementos, e dos profissionais do hospital – oito elementos<sup>106</sup>. Ou seja, o modelo de hospitais SPA após a regulamentação de 2004 não contempla, no órgão de participação e consulta, uma comissão de utilizadores ou de utentes, o que pode dificultar a participação directa dos cidadãos na vida hospitalar e impossibilitar a defesa dos seus interesses, nomeadamente através de um acompanhamento directo de representantes da comunidade e dos sindicatos.

Nos hospitais empresarializados, o órgão de participação e consulta compõe-se por oito elementos, com a mesma base representativa<sup>107</sup>, não se encontrando representados, por exemplo os interesses dos fornecedores, de parceiros (outros serviços de saúde ou sociais), de terceiros pagadores ou do próprio accionista ou proprietário.

Apesar, deste órgão estar contemplado na estrutura organizacional de praticamente todos os modelos de hospitais, na realidade, ou ainda não foi constituído, ou se existe, praticamente não tem funcionado, ou ainda, do seu funcionamento não têm surtido efeitos práticos relevantes para a gestão hospitalar. Por outro lado, as competências que lhe são atribuídas nos hospitais SPA e EPE são vagas e difusas,

---

<sup>104</sup> Refira-se que a partir de 1988, o órgão de participação e consulta deixa de ser considerado um órgão de administração.

<sup>105</sup> Nos hospitais empresa e SPA após a regulamentação de 2004, este órgão toma a designação de conselho consultivo. No modelo de hospitais SPA até à regulamentação de 2004, apelidava-se de conselho geral.

<sup>106</sup> Médico, técnico superior de saúde, de enfermagem, técnico de diagnóstico e terapêutica, técnico superior, pessoal técnico, assistentes administrativos e auxiliares.

<sup>107</sup> Ministério da Saúde, Município, ARS, utentes, trabalhadores, trabalhadores voluntários e profissionais de saúde sem vínculo.

limitando-se à apreciação da actividade, não estando definida qualquer função de monitorização e controlo das decisões do CA (Figueiredo, 2009). No caso dos hospitais SA, as atribuições do órgão consultivo limitam-se à emissão de recomendações ao CA, portanto, sem carácter vinculativo.

Participação e Consulta	Designação	Representação Utentes	Representação Tutela	Representação Profissionais
Hospitais SPA (até 2004)	Conselho Geral	Sim	Sim	Sim
Hospitais SPA (após 2004)	Conselho Consultivo	Não	Sim	Sim
Hospital Amadora Sintra	Não existe	-	-	-
Hospitais SA	Conselho Consultivo	Sim	Sim	Sim
Hospitais EPE	Conselho Consultivo	Sim	Sim	Sim

Quadro 22 – Órgão de Participação e Consulta

### 3.3. Recursos Humanos

No âmbito dos hospitais que integram o SPA, a dimensão recursos humanos passou de pouco relevante com uma pontuação média de 2,1 para muito relevante com uma pontuação média de 7,1. Nos modelos de gestão empresarial, esta dimensão foi considerada relevante oscilando a média das respostas entre 4,1 e 5,8 pontos. Todavia, os inquiridos atribuíram maior relevância ao modelo de contratação vigente nos hospitais EPE do que nos hospitais SA. No HFF, esta dimensão obteve uma média de respostas de 4,1 pontos.

Nesta dimensão, são analisados os seguintes aspectos: instrumentos de contratação de recursos humanos, a intercomunicabilidade de carreiras, a mobilidade dos profissionais e o sistema de incentivos.

#### Instrumentos de contratação de recursos humanos

Convém referir que, esta alteração da percepção por parte dos inquiridos quanto à relevância da dimensão recursos humanos para o desempenho global dos hospitais do SNS não é alheia ao modelo de contratação de recursos humanos vigente na Administração Pública.

Com efeito, até 2004, a relação jurídica de emprego na Administração Pública encontrava-se tipificada no Decreto-Lei n.º 184/89, de 2 de Junho<sup>108</sup>, e no Decreto-Lei n.º 427/89, de 7 de Dezembro<sup>109</sup>, que definiu respectivamente os princípios gerais em matéria de emprego público e o regime de constituição, modificação e extinção da relação de emprego na Administração Pública e constituía-se por nomeação ou por contrato de pessoal<sup>110</sup>. Este podia assumir duas formas: contrato administrativo de provimento e contrato de trabalho a termo resolutivo certo<sup>111</sup>. Mais tarde, na sequência da publicação da Lei n.º 25/98, de 26 de Maio, surgiu uma quarta forma de constituição da relação de emprego no seio da Administração Pública, permitindo que o grupo de pessoal auxiliar pudesse ser recrutado para trabalhar para a Administração Pública mediante contrato individual de trabalho.

No entanto, o contrato de trabalho, quer na modalidade de contrato administrativo de provimento quer de contrato de trabalho a termo resolutivo certo, constituía um regime excepcional<sup>112</sup> de contratação no âmbito da Administração Pública, sendo o seu recurso justificado apenas transitoriamente e nas situações expressamente definidas na lei (Moura, 2004).

A partir de 2004, na sequência da aprovação do regime jurídico do contrato individual de trabalho na Administração Pública pela Lei n.º 23/2004, de 22 de Junho<sup>113</sup>, o legislador vem reforçar «a possibilidade da Administração recorrer à figura do contrato a termo resolutivo, seja por passar igualmente a permitir a estipulação de um termo incerto, seja pelo alargamento dos fundamentos justificativos da contratação a termo, seja pelo aumento do período temporal de duração máxima do contrato a termo» (Moura, 2004). Note-se que a Lei n.º 23/2004, de 22 de Junho, constituiu um corolário da Lei n.º 99/2003, de 22 de Agosto<sup>114</sup>, que instituiu o Código de Trabalho, tendo disposto no seu artigo 6.º<sup>115</sup> que a celebração de contratos de trabalho por pessoas colectivas públicas exige a adaptação do regime jurídico aplicável à generalidade das relações de trabalho (Ramalho e Brito, 2005).

O contrato de trabalho passa a assumir várias feições, desdobrando-se em três categorias ou tipos fundamentais: contrato administrativo de provimento, contrato de

---

<sup>108</sup> Alterado pelas Leis n.º 30-C/92, de 28 de Dezembro, n.º 25/98, de 26 de Maio, n.º 10/2004, de 22 de Março, e n.º 23/2004, de 22 de Junho.

<sup>109</sup> Alterado pelo Decretos-Lei n.º 407/91, de 17 de Outubro, n.º 102/96, de 31 de Julho, e n.º 218/98, de 17 de Julho, e pelas Leis n.º 19/92, de 13 de Agosto, e n.º 23/2004, de 22 de Junho.

<sup>110</sup> Cfr. artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 184/89, de 2 de Junho, e 3.º do Decreto-Lei n.º 427/89, de 7 de Dezembro.

<sup>111</sup> Cfr. artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 184/89, de 2 de Junho, e 14.º do Decreto-Lei n.º 427/89, de 7 de Dezembro.

<sup>112</sup> Por contraposição à nomeação que constituiu o meio normal de constituição da relação de emprego público.

<sup>113</sup> Altera o Decreto-Lei n.º 184/89, de 2 de Junho, e Decreto-Lei n.º 427/89, de 7 de Dezembro.

<sup>114</sup> Revogado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro (Novo Código de Trabalho).

<sup>115</sup> Entretanto revogado pela Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro.

trabalho (a termo) celebrado nos termos do regime especial da Lei n.º 23/2004, de 22 de Junho, e contrato de trabalho (sem termo) celebrado nos termos do regime geral da legislação laboral (Código de Trabalho).

O novo regime de emprego público que define os novos regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores da Administração Pública foi estabelecido em 2008 na sequência da publicação da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, estabelecendo três formas ou modalidades: comissão de serviço, contrato de trabalho em funções públicas (que pode assumir a natureza de contrato por tempo indeterminado ou contrato a termo resolutivo, certo ou incerto) e nomeação.

O regime jurídico do contrato de trabalho na Administração Pública aplica-se apenas às pessoas colectivas públicas, excluindo do seu âmbito de aplicação as empresas públicas, de que os hospitais empresa são um exemplo. Assim, os hospitais SPA estão abrangidos por este regime jurídico, mas os hospitais empresa também podem celebrar contratos individuais de trabalho nos termos regulados no Código do Trabalho<sup>116</sup>.

A relação jurídica de emprego no HFF obedece ao articulado do Código de Trabalho, assumindo a SG a qualidade de entidade patronal e investida de poderes para negociar e celebrar contratos individuais de trabalho, com e sem termo bem como recorrer aos mecanismos de mobilidade previstos nos artigos 21.º e 22.º do Estatuto do SNS (requisição e licença sem vencimento de longa duração<sup>117</sup>) para garantir o concurso de funcionários públicos, estivessem ou não em funções na instituição, sempre que existisse interesse público. Todavia, a capacidade negocial da SG está de alguma forma limitada pelo facto de o HFF estar subjungado ao exercício de uma missão de serviço público, e por conseguinte, as exigências em termos de recursos humanos devem ser as mesmas que para as demais entidades públicas.

### **Intercomunicabilidade de carreiras**

No caso do HFF, o Acordo de Empresa<sup>118</sup> não assegurou a intercomunicabilidade de carreiras e, por conseguinte, as carreiras da função pública têm genericamente relevância no HFF, mas o contrário não se verifica (Simões, 2004b). Este aspecto foi avaliado pelos inquiridos tendo a média de respostas situado-se nos 3,3 pontos. Note-se que os acordos, celebrados entre a SG e os sindicatos, mantiveram a base do sistema remuneratório idêntico das carreiras públicas, pelo

---

<sup>116</sup> Cfr. artigo 16.º do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro.

<sup>117</sup> Que pode ir até 10 anos.

<sup>118</sup> De referir que esta matéria não devia ser regulada pelo Acordo de Empresa. Deveria ser o MS a reconhecer a carreira médica e as outras – enfermeiros, técnicos, etc. – do HFF como equiparáveis às carreiras públicas.

menos das mais especializadas (Simões, 2004b), ainda que com valores pecuniários superiores entre 15 e 20%.

Nos hospitais EPE, foi apenas estabelecido o regime da carreira dos médicos pelo Decreto-Lei n.º 176/2009, de 4 de Agosto, encontrando-se as restantes carreiras sem regulamentação específica. Na vigência dos hospitais SA, nunca foi definida a regulamentação das carreiras, incluindo as inseridas em corpos especiais. A inexistência de regulamentação tem dificultado ou enviesado o processo de recrutamento nos hospitais empresa, muito embora, no essencial, se tenha adoptado nesta categoria de hospitais, a mesma estrutura de carreiras da Administração Pública e, por conseguinte, a intercomunicabilidade de carreiras mantém-se aparentemente assegurada.

### **Regime de incompatibilidades**

No modelo de hospitais do SPA, os profissionais inseridos em corpos especiais estão sujeitos ao regime de incompatibilidades estabelecido no artigo 20.º do Estatuto do SNS, ou seja, só podem exercer actividade privada, quando tal não implique custos para o SNS.

Nos hospitais SA, os profissionais médicos continuaram a exercer actividade privada, aplicando-se-lhes as mesmas regras por que se regiam os hospitais SPA.

Nos hospitais EPE e após a regulamentação das carreiras médicas pelo Decreto-Lei n.º 176/2009, de 4 de Agosto, foi estabelecido o Acordo Colectivo de Trabalho<sup>119</sup> (ACT), que entrou em vigor a 01/12/2009, e que vem permitir aos profissionais médicos, o exercício de actividade privada, em regime de trabalho autónomo, mediante a apresentação à entidade empregadora pública de compromisso de honra de que por esse motivo não resulta qualquer condição de incompatibilidade (n.º 1 da cláusula 8.ª do ACT).

### **Mobilidade interinstitucional**

O pessoal com relação jurídica de emprego público transita do modelo de hospital SPA antes da regulamentação de 2004 para o modelo de hospital SPA após aquela regulamentação, podendo optar pela manutenção do regime da função pública ou pelo contrato individual de trabalho<sup>120</sup>, quando para o efeito lhe seja concedida licença sem vencimento.

A questão da mobilidade foi posta à consideração dos inquiridos para o HFF. Questionou-se a percepção dos inquiridos quanto à possibilidade do HFF poder

---

<sup>119</sup> Publicado pelo Boletim do Trabalho e Emprego, n.º 41, volume 76, de 08/11/2009.

<sup>120</sup> Em ambos os casos, pode optar pela manutenção do regime de protecção social da função pública.

requisitar pessoal ao abrigo do Estatuto do SNS por um período que, nos termos gerais das requisições, pode ir até 3 anos, sem que o funcionário perca o seu vínculo à instituição de origem, tendo a média de respostas situado-se nos 6,1 pontos. Esta possibilidade da SG do HFF poder recrutar pessoal de outros hospitais públicos, com reconhecimento do interesse público em tal recrutamento, colocou «problemas de “desnatação” dos quadros do Estado, os quais foram tanto mais evidentes quanto maior a capacidade de fixação do HFF e as garantias de manutenção de regalias profissionais do sector público» (Simões, 2004b: 169).

Nos hospitais empresa, o pessoal com relação jurídica de emprego público<sup>121</sup> transita para o hospital sucedâneo, podendo optar pelo regime de contrato de trabalho. No hospital EPE, esta opção pode ser definitiva ou temporária. No hospital SA, a opção pelo contrato individual de trabalho é definitiva e tem que ser tomada no prazo de um ano, a contar da entrada em vigor do diploma legal que instituiu este modelo.

O hospital societário definiu ainda um regime especial para os funcionários inseridos em corpos especiais, os quais podem optar por celebrar contrato individual de trabalho quando, para o efeito, lhes seja concedida licença sem vencimento. No hospital EPE, esta possibilidade de celebrar contrato individual de trabalho na sequência da atribuição de uma licença sem vencimento é extensível a todos os funcionários, inseridos ou não em corpos especiais. Nos hospitais empresarializados, o pessoal que opte pelo contrato individual de trabalho, mantém a contagem, na categoria de origem, do tempo de serviço prestado, podendo ainda optar pelo regime de protecção social da função pública.

### **Sistema de incentivos**

A média das respostas facultadas pelos inquiridos conduziu a resultados muito diferentes consoante a sua existência ou não. Nos hospitais SPA até à regulamentação de 2004, a média das respostas foi de 1,6 pontos, enquanto no mesmo modelo de gestão mas com regulamentação diferente, a média das respostas foi de 7,4 pontos. Esta questão não foi colocada aos inquiridos para os hospitais empresa e HFF, no entanto, cremos que o resultado seria semelhante. Ou seja, a existência de um sistema de incentivos, pecuniários ou de outra natureza, é determinante para um bom desempenho hospitalar, podendo constituir um estímulo à

---

<sup>121</sup>O pessoal que mantenha o regime de emprego público, continua a integrar o quadro de pessoal do respectivo hospital, sendo os respectivos lugares a extinguir quando vagarem, da base para o topo. Os quadros de pessoal vigoram apenas para efeitos de promoção e progressão nas respectivas carreiras. No hospital societário, os concursos públicos são circunscritos ao pessoal com vínculo contratual público do hospital.

obtenção de ganhos de eficiência e acréscimos de produtividade, não devendo implicar um aumento do orçamento dos hospitais (Portugal, 2010).

O sistema de incentivos aos profissionais, no âmbito da Administração Pública, assenta num sistema de avaliação de desempenho da Administração Pública designado por Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho da Administração Pública (SIADAP) e encontra-se definido na Lei n.º 10/2004, de 22 de Março<sup>122</sup>. No entanto, a sua aplicabilidade nos hospitais, quer do SPA, quer do SEE, ainda escasseia e tem sido uma fonte constante de controvérsias entre o Governo e os sindicatos<sup>123</sup> (OPSS, 2005). No HFF<sup>124</sup>, o sistema de incentivos visa premiar a produtividade e baseia-se em prémios irregulares e gratificações em função dos resultados afixar pela SG. Estão ainda previstos outros benefícios em espécie, tais como um seguro de vida, a cobertura por seguro de responsabilidade civil profissional e o direito de assistência médica para o próprio médico e o seu agregado familiar no HFF.

Embora não exista unanimidade quanto à forma ideal de calcular e implementar um sistema de incentivos, a realidade aponta para que os incentivos de equipa tenham maior efectividade. Por outro lado, devem ser claramente expressos nos contratos-programa e devidamente divulgados os modelos e critérios de atribuição, não devendo ser integrados mensalmente no vencimento (Portugal, 2010).

Incentivos	Legislação	Prática Efectiva
Hospitais SPA (até 2004)	Não	Não
Hospitais SPA (após 2004)	Sim	Não
Hospital Amadora Sintra	Sim	Sim
Hospitais SA	Sim	Não
Hospitais EPE	Sim	Não

Quadro 23 – Sistema de Incentivos

<sup>122</sup> E regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 19-A/2004, de 14 de Maio.

<sup>123</sup> Resultante em parte da inexistência de um sistema de informação adequado à monitorização do sistema de incentivos a aplicar.

<sup>124</sup> Até à actualidade, apenas o HFF e o Hospital de S. Sebastião aplicaram um sistema de incentivos aos profissionais.

Outra dimensão do sistema de aplicação de incentivos por parte dos sistemas de saúde e que não foi equacionada neste estudo relaciona-se com a possibilidade de serem aplicados incentivos às organizações prestadoras de cuidados de saúde. Na realidade, com o desenvolvimento dos processos de contratualização, uma parte do financiamento hospitalar está adstrita ao grau de execução de metas<sup>125</sup>, que em boa verdade, tem correspondido mais a uma forma de financiamento de actividades desenvolvidas pelo hospital, do que propriamente como instrumento de revalorização das organizações e dos profissionais.

### **3.4. Fiscalização e Acompanhamento**

A dimensão fiscalização e acompanhamento foi considerada relevante em todos os modelos de gestão de hospitais, não obstante, a pontuação atribuída a cada um diferir substancialmente. De facto, esta dimensão foi menos valorizada no HFF e nos hospitais SPA antes da reforma de 2004, com uma pontuação média de 4,3 e 4,8, respectivamente, e mais valorizada nos restantes modelos com uma pontuação igual ou superior a 6,0 pontos, sendo o modelo de hospital EPE, aquele que mais se destaca pela positiva nesta avaliação, com uma pontuação média de 6,6.

No âmbito desta dimensão, serão abordados os seguintes aspectos: a nova regulamentação dos hospitais do SPA, o nível de endividamento permitido do ponto de vista legal, o regime de aquisição de bens e serviços e de contratação de empreitadas, a informação para a gestão, a política de investimentos, as regras de controlo financeiro, o impacto da empresarialização nas contas públicas e nas contas nacionais e o regime de criação e extinção dos modelos de gestão hospitalar.

#### **A nova regulamentação dos hospitais do SPA**

No que concerne aos hospitais que integram o SPA e que foram objecto de nova regulamentação em 2004, os respondentes atribuíram grande relevância ao facto de lhes terem sido aplicadas regras próximas da gestão empresarial e ao facto de estar sujeito à jurisdição e aos poderes de controlo financeiro do TC, com uma pontuação de 7,4. Somos em crer que se esta última variável tivesse sido objecto de avaliação por parte dos respondentes para os hospitais antes daquela regulamentação, obteria uma pontuação idêntica. Com efeito, se até 1997, o Tribunal de Contas apenas detinha, no âmbito do controlo financeiro externo, poderes de jurisdição, nos termos da alínea c) do n.º 2 do artigo 1.º da Lei n.º 86/89, de 8 de Setembro, após a aprovação

---

<sup>125</sup> Tais como desempenho, qualidade de cuidados prestados, selecção adversa, custos e resultados.

da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 87-B/98, de 31 de Dezembro, e Lei n.º 1/2001, de 4 de Janeiro, este modelo de hospitais passa a estar sujeito aos poderes de jurisdição e controlo financeiro do TC nos termos da alínea d) do n.º 1 do artigo 2.º.

Há autores como Harfouche (2008) que entendem que a nova regulamentação dos hospitais SPA pretendeu replicar nestes hospitais as regras de gestão empresarial. No mesmo sentido, aponta o Relatório da Primavera de 2005 do OPSS ao referir que, apesar de terem sido tomadas outras medidas como a transformação dos hospitais SA em EPE, as medidas governamentais direccionam-se claramente para a aplicação de novas regras de gestão empresarial aos hospitais do SPA.

### **O nível de endividamento permitido**

Outro item que foi objecto de aferição por parte dos respondentes relaciona-se com o facto de existir limite ao endividamento para os hospitais antes da reforma de 2004, o qual é definido anualmente na LEO, tendo obtido a pontuação média de 4,2. Não obstante, este item não ter sido posto à avaliação dos inquiridos para os hospitais SPA após a regulamentação de 2004, somos em crer que a avaliação não seria muito diferente, porquanto o recurso ao endividamento de todas as entidades que integram o SPA, incluindo os hospitais, tem que estar dentro dos limites definidos na lei anual do OE e carece de autorização prévia do Ministro das Finanças<sup>126,127</sup>.

Relativamente aos hospitais EPE, os inquiridos avaliaram com 7,4 pontos o facto do nível de endividamento se encontrar estatutariamente limitado a 30% do respectivo capital estatutário. Considerando que os estatutos dos hospitais SA estabelecem o mesmo limite para a contracção de empréstimos, acreditamos que se esta questão tivesse sido colocada à avaliação pelos inquiridos para esta modalidade de hospitais também seria considerada uma variável muito relevante para o desempenho hospitalar. Refira-se que o CA dos hospitais empresarializados detém total autonomia para contratar empréstimos até 10% do respectivo capital, carecendo a partir deste limiar, de autorização dos Ministros das Finanças e da Saúde nas EPE e da assembleia-geral nas SA<sup>128</sup>.

O quadro seguinte traduz os limites máximos de endividamento permitido nos hospitais públicos:

---

<sup>126</sup> Ver artigo n.º 48 do Decreto-Lei n.º 155/92, de 28 de Julho.

<sup>127</sup> Por conseguinte, os hospitais do SPA estão impossibilitados de contrair empréstimos para além dos limites aprovados pela Assembleia da República na lei anual do Orçamento.

<sup>128</sup> O HFF é gerido por uma SG com o regime jurídico de sociedade anónima, cuja capacidade de endividamento é determinada pela performance da empresa, ou seja, pela análise de risco dos credores e do potencial do negócio.

<b>Endividamento</b>	<b>Limite Máximo</b>
Hospitais SPA (até 2004)	Definido na LOE
Hospitais SPA (após 2004)	Definido na LOE
Hospital Amadora-Sintra	-
Hospitais SA	Até 30% do capital
Hospitais EPE	Até 30% do capital

Quadro 24 – Endividamento

Todavia, e no que concerne aos hospitais que integram o SPA, as dotações orçamentais consagradas em sede de OE encontram-se, muitas vezes, desajustadas das reais necessidades de financiamento<sup>129</sup> das instituições hospitalares, o que leva as respectivas administrações a assumirem encargos sem o respectivo cabimento orçamental, incorrendo em situações de endividamento, cuja regularização se processará, nos anos seguintes, por operações de tesouraria<sup>130</sup> com recurso ao crédito público<sup>131</sup>. Este procedimento constitui uma forma de ocultação da despesa pública, com evidentes implicações ao nível da determinação real do défice orçamental, dado que na Conta Geral do Estado não são relevadas as dívidas geradas no decurso da execução orçamental, cujo pagamento seja diferido para os anos seguintes<sup>132</sup>.

Os hospitais empresa, apesar de disporem de limites ao endividamento, também podem ver a sua capacidade de financiamento junto de terceiros aumentada,

<sup>129</sup> De referir que este desajustamento normalmente é por defeito, a que não é alheio o crescimento descontrolado dos custos.

<sup>130</sup> Através do recurso à figura de “regularização das situações do passado”.

<sup>131</sup> Os hospitais realizam despesas sem autorização parlamentar que são financiadas por crédito dos fornecedores.

<sup>132</sup> Esta operação de recurso à dívida pública para cobertura de encargos já assumidos pelas instituições do SNS (despesa corrente do Estado), configura uma operação que permite transformar dívida administrativa em dívida financeira, com a conseqüente desorçamentação, na medida em que, se por um lado aqueles encargos já foram assumidos sem cobertura orçamental, em clara violação do disposto no artigo 105.º da Constituição da República e nos artigos 3.º, n.º 1, e 18.º da Lei do Enquadramento do Orçamento do Estado (Lei n.º 6/91, de 20 de Fevereiro), manter-se-á a sua fuga ao orçamento, por força da sua transformação em dívida financeira, com óbvias conseqüências ao nível do apuramento real do défice público. De facto, na Conta Geral do Estado são apenas relevados os pagamentos registados no exercício económico, não sendo contabilizadas as dívidas geradas no decurso da execução orçamental cujo pagamento é projectado para os anos seguintes.

bastando, para tal, proceder a reavaliações periódicas dos respectivos activos<sup>133,134</sup>, e por conseguinte, assumir dívidas que serão posteriormente cobertas com transferências orçamentais.

No caso do HFF, o investimento foi na sua totalidade assumido pela SG<sup>135</sup>, tendo apenas o Estado efectuado o pagamento dos valores não amortizados pela SG relativamente aos bens que passaram para o domínio do HFF, EPE, no momento da cessação do contrato. Todavia, as receitas da SG que constituem o retorno do investimento realizado são pagas através de verbas do Estado, o que se traduz num direito de saque sobre os impostos futuros, sendo considerado dívida pública, para todos os efeitos relevantes. Por outro lado, as garantias previstas contratualmente pelo Estado com a SG nem sempre foram suficientes para manter os padrões de qualidade exigidos, tendo o Estado assumido o risco das insuficiências financeiras através da regularização de dívidas passadas como aconteceu na sequência da resolução do diferendo pelo tribunal arbitral em 2003. Na realidade, trata-se de despesas realizadas sem a correspondente autorização parlamentar para a contracção das mesmas, ou seja, uma forma de desorçamentação das despesas públicas.

Conclui-se, assim, que se a criação de hospitais empresa constitui uma forma de ocultação da despesa pública através da sua exclusão do regime orçamental público<sup>136</sup>, a realização de operações de regularização de dívidas assumidas com recurso ao crédito público por parte de hospitais que se mantêm no SPA constitui também outra forma de desorçamentação da despesa pública com efeitos visíveis ao nível da determinação real do défice público. Por sua vez, o recurso a operações de *project finance*, de que o HFF é um exemplo, constitui outra modalidade de desorçamentação.

---

<sup>133</sup> Aliás, o diploma de reconversão dos hospitais públicos em sociedades anónimas prescreve que durante o exercício de 2003, será realizada uma reavaliação dos bens, reportada à data da transformação, sendo o valor do capital social alterado em conformidade. Ou seja, tendo em conta que o valor da inflação é crescente, esta reavaliação dos bens do hospital resultará num aumento do respectivo capital social. Considerando que o hospital societário dispõe de limites ao endividamento, que não pode, em caso algum, ultrapassar os 30% do respectivo capital social, a reavaliação dos bens traduzir-se-á numa diferente capacidade do hospital se endividar junto de terceiras entidades.

<sup>134</sup> O diploma criador do hospital SA prescreve que os bens, direitos e obrigações do hospital incumbente são incluídos no capital próprio como reservas pelo seu valor contabilístico e por conseguinte, quer os haveres, quer as dívidas acumuladas pelos hospitais antes do processo de empresarialização foram transferidos para os hospitais sucedâneos. Este procedimento contabilístico de transformação das despesas de funcionamento (correntes) em despesas de capital permitiu por um lado a absorção de défices acumulados em exercícios anteriores de cada hospital mas por outro contribuiu para a «diminuição formal do défice das finanças públicas». Por isso, há mesmo quem defenda que os hospitais SA já nasceram endividados dado que nem sempre o capital social atribuído foi suficiente para cobrir as dívidas contraídas em anos anteriores (Rosa, 2004).

<sup>135</sup> Nomeadamente através do recurso a empréstimos.

<sup>136</sup> Cfr. Artigo 2.º, n.º 1 e 3 da Lei n.º 91/2001, de 20 de Agosto.

## Regime de contratação de bens e serviços

O facto do modelo de contratação de bens e serviços hospitalares assentar na legislação das compras públicas foi classificado pelos inquiridos com uma média de respostas de 5,2 pontos para os hospitais SPA após a regulamentação de 2004. Aliás, a regulamentação ocorrida em 2004 relativamente aos hospitais que integram o SPA não alterou o modelo de contratação de bens e serviços, nem de empreitadas, continuando a sujeitá-lo à legislação das compras públicas, previsto respectivamente no Decreto-Lei n.º 197/99, de 8 de Junho, e Decreto-Lei n.º 59/99, de 2 de Março, - ambos revogados pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de Janeiro<sup>137</sup>, pelo que somos em crer que a média das respostas dos inquiridos seria sensivelmente a mesma.

O diploma de criação dos hospitais EPE prevê explicitamente no seu artigo 13.º - o qual foi também revogado em 2008, aquando da publicação do novo Código da Contratação Pública<sup>138</sup> - que a aquisição de bens e serviços e a contratação de empreitadas regem-se pelas regras de direito privado, com excepção dos procedimentos que impõem a aplicação do regime de direito comunitário relativo à contratação pública, ou seja, quando o valor estimado dos contratos excedesse os limiares comunitários<sup>139</sup>.

O direito comunitário introduziu, através da Directiva 89/440/CEE, de 27 de Março de 1989<sup>140</sup>, o conceito de organismo de direito público, o qual foi transposto para o direito interno pelo Decreto-Lei n.º 197/99, de 8 de Junho, e n.º 59/99, de 2 de Março, embora com diferentes cambiantes. Com o efeito, se o Decreto-Lei n.º 59/99 fez uma correcta transposição para o direito interno da Directiva 93/37/CEE no que respeita ao conceito de organismo de direito público (cf. alíneas g e i do n.º 1 e n.º 2 do respectivo artigo 3.º), o mesmo já não se pode dizer do Decreto-Lei n.º 197/99, que excluiu expressamente desse conceito as pessoas colectivas com natureza empresarial (cf. alínea b do artigo 2.º e corpo do n.º 1 do seu artigo 3.º). Assim, nos hospitais EPE, se a contratação de empreitadas se regula pelo disposto no Decreto-Lei n.º 59/99, de 2 de Março, por força do n.º 1 do artigo 3.º, já a aquisição de bens e serviços rege-se por regras estritamente privadas<sup>141</sup>, não obstante, ficarem

<sup>137</sup> Com excepção dos artigos 22.º a 26.º e 29.º do Decreto-Lei n.º 197/99, de 8 de Junho.

<sup>138</sup> Revogado pela alínea o) do n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de Janeiro, passando a reger-se pelo disposto no n.º 6 do artigo 5.º do referido Código dos Contratos Públicos.

<sup>139</sup> Sem embargo da possibilidade destes hospitais poderem, mesmo abaixo de tais valores, discricionariamente, observar os diplomas citados, ou deverem, vinculadamente, cumpri-los, quando tal se achasse consagrado no respectivo regulamento interno.

<sup>140</sup> Tendo posteriormente passado para as Directivas 92/50/CEE, 93/36/CEE e 93/37/CEE.

<sup>141</sup> Assinale-se que, esta exclusão das pessoas colectivas com natureza empresarial do âmbito de aplicação do Decreto-Lei n.º 197/99, de 8 de Junho, foi muito criticada por alguma doutrina nacional que veio defender, com base na jurisprudência comunitária que vinha sendo produzida nesta matéria, que as entidades com natureza empresarial

explicitamente obrigados ao cumprimento dos princípios gerais da livre concorrência, transparência e boa gestão designadamente através da fundamentação das decisões tomadas.

O diploma de societização dos hospitais é omissivo em relação às regras a respeitar em matéria de aquisição de bens e serviços e contratação de empreitadas. No entanto, a doutrina e jurisprudência existente sobre este assunto, apesar de não recolher consenso, apontam para a aplicação do regime de direito público definido no Decreto-Lei n.º 197/99, de 8 de Junho, e Decreto-Lei n.º 59/99, de 2 de Março, e revogados em 2008 (OPSS, 2006).

	<b>Aquisição de bens e serviços</b>	<b>Contratação de empreitadas</b>
Hospitais SPA (até 2004)	Legislação das Compras Públicas	Legislação das Compras Públicas
Hospitais SPA (após 2004)	Legislação das Compras Públicas	Legislação das Compras Públicas
Hospital Amadora Sintra	Regras de Direito Privado	Regras de Direito Privado
Hospitais SA	Legislação das Compras Públicas	Legislação das Compras Públicas
Hospitais EPE	Legislação das Compras Públicas	Legislação das Compras Públicas

Quadro 25 – Regime de Contratação

O novo regime jurídico da contratação pública aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de Janeiro, veio esclarecer no seu preâmbulo que «relativamente ao âmbito subjectivo de aplicação das regras da contratação pública, a novidade fundamental diz respeito à rigorosa transposição da noção comunitária de «organismo de direito público» — introduzida de forma a acompanhar o entendimento que tem sido veiculado pela jurisprudência comunitária e portuguesa», ficando os hospitais SPA e EPE sujeitos a este regime. Todavia, o CCP estabeleceu um regime mais célere para a formação dos contratos de empreitadas e locação e aquisição de bens móveis e serviços a celebrar pelos hospitais EPE, cujo valor seja inferior aos limiares comunitários, isentando-os da aplicação dos procedimentos previstos na Parte II do CCP.

---

deveriam subsumir-se no conceito de organismo de direito público no caso de a respectiva actividade económica não se encontrar submetida à lógica de mercado e da livre concorrência, devendo nesse caso, ser feita uma interpretação conforme as directivas comunitárias (Tavares e Dente, 2008).

O HFF rege-se exclusivamente pelo regime de direito privado, quer no que respeita à aquisição de bens e serviços, quer no que respeita à contratação de obras e empreitadas.

### **A informação para a gestão**

Nos termos da LGH actualmente em vigor, os hospitais públicos utilizam o plano de contas estabelecido no Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde<sup>142</sup> (POCMS), aprovado pela Portaria n.º 898/2000, de 28 de Setembro. Este aspecto foi colocado à consideração dos inquiridos para os hospitais empresa, tendo a média das respostas situado-se nos 5,7 pontos para os hospitais societários e nos 6,1 pontos para os EPE, pelo que acreditamos que, se esta questão tivesse sido colocada em relação aos hospitais do SPA<sup>143</sup>, obteríamos um resultado análogo. Saliente-se que o HFF, apesar de ser um hospital público, aplica o POC<sup>144</sup>, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 410/89, de 21 de Setembro<sup>145</sup> (Tribunal de Contas, 2005).

Convém, no entanto, não esquecer que a empresarialização dos hospitais públicos, nomeadamente através da sua transformação em empresas públicas, teve implicações ao nível da estrutura do sector público da economia, os quais passaram a integrar o SEE<sup>146</sup> e que o POCMS exclui do seu âmbito de aplicação os organismos autónomos sob tutela do MS que tenham natureza, forma e designação de empresa pública<sup>147,148</sup> (n.º 1 do artigo 2.º). Esta posição foi adoptada pela Comissão de Normalização Contabilística, em parecer emitido em princípios de 2003 (Ministério das Finanças, 2003). Por outro lado, o POC prescreve na alínea d) do n.º 1 do artigo 2.º a obrigatoriedade de aplicação às empresas públicas, como é o caso dos hospitais SA e EPE. Outro parecer, emitido pela Comissão de Normalização Contabilística da Administração Pública, entende dever ser aplicado o POCMS aos hospitais empresa, propondo a introdução de alterações àquele plano, de modo a melhor reajustá-lo à realidade dos hospitais do SEE<sup>149,150</sup> (Ministério das Finanças, 2006) É nesta

---

<sup>142</sup> Anteriormente, designado por Plano Oficial de Contabilidade dos Serviços de Saúde (POCSS).

<sup>143</sup> Quer antes, quer após a regulamentação de 2004.

<sup>144</sup> E não dispõe de um sistema de contabilidade analítica (Tribunal de Contas, 2005).

<sup>145</sup> E revogado pelo Decreto-Lei n.º 158/2009, de 13 de Julho.

<sup>146</sup> Nos termos do n.º 1 do artigo 2.º do Regime Jurídico do SEE.

<sup>147</sup> Saliente-se que, o POCMS deriva do POC Público (POCP), o qual também é bastante explícito, ao excluir as empresas públicas do seu âmbito de aplicação.

<sup>148</sup> Também a Lei de Enquadramento Orçamental prescreve que “*Os organismos do sector público administrativo ficam sujeitos ao Plano Oficial de Contabilidade Pública*”.

<sup>149</sup> Esta Comissão acrescentou ainda estar empenhada a «estudar possíveis implicações em sede de POCP das alterações ao POC decorrentes da aprovação do Decreto-Lei n.º 35/2005, de 17 de Fevereiro».

conformidade que estes hospitais foram dispensados de utilizar as contas do controlo orçamental e de ordem – classe 0 e as contas 25 – devedores e credores pela execução do orçamento e respectivas subcontas, bem como os documentos previsionais e de prestação de contas inerentes, tendo sido admitida a utilização de contas do POC. A dispensa do cumprimento de regras orçamentais foi em média pontuada pelos respondentes com 4,9 pontos para os hospitais EPE. Considerando que os hospitais SA também estão eximidos do cumprimento daquelas regras, acreditamos que a valorização atribuída pelos respondentes seria semelhante. Ou seja, para os inquiridos, o não cumprimento de regras orçamentais contribui de forma moderada para o desempenho hospitalar.

A inclusão de contas características do POC no POCMS colocou diversos problemas ao nível do sistema de informação contabilístico o qual, estando formatado com base no POCMS, dificultou a realização dos documentos de prestação de contas dos hospitais empresa<sup>151</sup> de forma automática<sup>152</sup>, pelo facto dos modelos dos documentos de prestação de contas não serem coincidentes<sup>153</sup> e por continuarem a subsistir diferenças na codificação das contas<sup>154</sup> (Arez, 2006). Acresce o facto das ópticas contabilísticas e dos princípios contabilísticos subjacentes a cada plano de contas serem também distintos. No que concerne ao primeiro aspecto, o POCMS assenta numa óptica de caixa (contabilidade orçamental). Ao invés, o POC tem, por

---

<sup>150</sup> Refira-se que, o parecer da Comissão de Normalização Contabilística da Administração Pública foi traduzido em diploma legal apenas em 2006 – através do Despacho n.º 17164/2006, de 25 de Agosto, já na vigência das EPE, apesar de no período das SA, aquelas alterações também terem sido aplicadas.

<sup>151</sup> A entrada em vigor do diploma de societização dos hospitais públicos, publicado nos inícios do mês de Dezembro de 2002, foi agendada para o dia subsequente ao da sua publicação, o que obrigou estas entidades a apresentarem duas prestações de contas, uma enquanto o hospital detinha o estatuto tradicional de administração, que abrangeria todo o ano civil até à data da transformação e outra, respeitante às contas verificadas já com o novo estatuto. Esta situação também se verificou com a transformação dos hospitais em EPE. De facto, apesar deste diploma ter sido publicado em 29 de Dezembro de 2005, definiu o seu período de vigência a iniciar-se no dia 31 de Dezembro desse ano, o que obrigaria estas entidades a apresentarem duas prestações de contas, uma enquanto o hospital detinha o estatuto de sociedade anónima que abrangeria todo o ano civil à excepção do último dia do ano e outra que contemplaria a prestação de contas verificada no último dia do ano. Sob proposta da Direcção-Geral do Tesouro, e ouvida a Comissão de Normalização Contabilística, «foi entendido efectuar a prestação de contas reportada à data de 31 de Dezembro de 2005, abarcando todo o exercício de 2005, tendo em conta que se verifica uma continuidade no quadro do Código das Sociedades Comerciais». A fracção do ano em duas prestações de contas levantaria problemas ao nível da comparabilidade de dados, quer com os anos anteriores, quer com os anos seguintes (Arez, 2006).

<sup>152</sup> Refira-se que, a Inspeção-geral de Finanças solicitava documentos com base no POC, o que exigia a sua realização em folhas de cálculo.

<sup>153</sup> O que apresenta maiores diferenças é a Demonstração de Fluxos de Caixa, efectuada com base na conta Devedores e Credores pela Execução do Orçamento, subdividida de acordo com a Classificação Económica das Receitas e Despesas do Estado – conta que não existe no POC.

<sup>154</sup> Realçadas pelas alterações efectuadas em 2005 ao POC, através da publicação do Decreto-Lei n.º 35/2005, de 17 de Fevereiro, e que não foram transpostas para o POCMS.

base, uma óptica de contabilidade patrimonial. Por conseguinte, a inclusão de contas do POC no POCMS, resultou numa modificação de critérios contabilísticos, designadamente, através da passagem da óptica de orçamento financeiro correntemente utilizada pelos serviços e fundos autónomos, para a óptica de orçamento económico<sup>155,156</sup>. No que respeita ao segundo aspecto, os dois planos de contas referidos também não partilham dos mesmos princípios contabilísticos. O POCMS não contempla o princípio da substância sobre a forma, o que parece impedir, por exemplo, que se façam aquisições em sistema de leasing nos hospitais empresa<sup>157</sup>. Todavia, existem princípios comuns aos dois planos que não têm tido a mesma aplicabilidade prática. O exemplo mais conhecido é o princípio da especialização dos exercícios<sup>158</sup>, também conhecido por princípio do acréscimo. A análise das contas dos hospitais revela que no SPA, aquele princípio é descurado, não relevando nas suas contabilidades o momento em que ocorrem os proveitos e/ou custos, contrariamente ao que acontece nos hospitais do SEE, apesar de progressivamente aquela categoria de hospitais estar a aplicar este princípio. Por último, resta referir que aquando da entrada em vigor em 2010 do Sistema de Normalização Contabilística<sup>159</sup> que veio revogar o POC, os hospitais EPE viram-se obrigados também a cumprir algumas obrigações fiscais e contabilísticas nele previstas, como por exemplo, a entrega da IES – Informação Empresarial Simplificada.

---

<sup>155</sup> Estas alterações foram particularmente sentidas no exercício económico de 2002, dado que foi neste ano que muitos dos hospitais públicos foram pela primeira vez, transformados em empresa. Assinale-se que a alteração de estatuto jurídico operada em 2005 através da passagem de sociedade anónima para entidade pública empresarial não determinou alterações ao nível dos critérios contabilísticos utilizados porque estes hospitais mantêm-se integrados no SEE. Um estudo realizado por Harfouche (2008) concluiu que a alteração de critério contabilístico provocou uma sobrevalorização dos custos (sobretudo operacionais) em 2002, razão que explica os decréscimos de eficiência verificados nesse ano nos hospitais empresarializados.

<sup>156</sup> A existência de duas ópticas distintas nos registos contabilísticos impede a verdadeira normalização e consolidação de contas do sector da saúde. Por outro lado, a manutenção de critérios não uniformizados gera inconsistência nas contas não só EPE versus SPA mas também inclusivamente entre as entidades EPE. A não consideração deste princípio dificulta uma análise séria e rigorosa das contas dos hospitais, nomeadamente entre os hospitais do SEE e aqueles que se mantiveram no SPA, pois não permite calcular indicadores de controlo de gestão fiáveis que possibilitem uma análise de tendência da evolução da instituição hospitalar. Arez (2006) propõe a publicação de guidelines para a aplicação dos princípios e normas contabilísticas.

<sup>157</sup> Outro princípio contabilístico que tem tradução no POCMS e não consta do POC é o princípio da não compensação de saldos.

<sup>158</sup> Segundo este princípio, os proveitos e os custos são reconhecidos quando obtidos ou incorridos, independentemente do seu recebimento ou pagamento, devendo incluir-se nas demonstrações financeiras dos períodos a que respeitem.

<sup>159</sup> Aprovado pelo Decreto-Lei n.º 158/2009, de 13 de Julho.

Esta indefinição quanto à operacionalização do processo de contabilização<sup>160</sup>, tem obstaculizado o controlo financeiro no seio dos hospitais empresa assim como dificultado análises comparativas com os hospitais que se mantiveram no âmbito do SPA.

Outra questão objecto de avaliação por partes dos inquiridos relaciona-se com os instrumentos de gestão. Assim, foi questionado qual a percepção dos inquiridos relativamente ao facto da gestão do hospital EPE se basear em contratos-programa, quer externos, quer internos, tendo a média de respostas situado-se nos 5,4 pontos. A existência de contratos-programa firmados entre as instituições hospitalares e o MS, a quem compete a sua homologação, envolve uma diferente responsabilização dos órgãos de gestão perante a entidade pagadora, até porque o incumprimento ou cumprimento defeituoso das metas estabelecidas no contrato-programa pode determinar a destituição dos membros do CA. Entendemos, no entanto, que este facto não foi suficientemente valorizado pelos inquiridos pelo facto dos contratos-programa ainda não representarem de forma fiel e fidedigna o pagamento da produção hospitalar (Escoval e Matos, 2009).

Outra questão com impacto ao nível da gestão prende-se com a isenção ou sujeição ao pagamento de impostos, nomeadamente de imposto sobre o rendimento das pessoas colectivas (IRC). Assim, foi perguntado aos inquiridos, relativamente aos hospitais do SPA antes da regulamentação de 2004, se a isenção de pagamento de IRC poderia contribuir positivamente para o desempenho dos hospitais, tendo obtido uma pontuação média de 5,1. Considerando que os hospitais integrados no SPA são classificados como institutos públicos, encontram-se portanto, isentos do pagamento de IRC nos termos do Decreto-Lei n.º 442-B/98, de 30 de Novembro, actualizado. Já a transformação de hospitais em empresas públicas sujeita-os ao regime tributário geral, incluindo o IRC, nos termos do n.º 2 do artigo 7.º do regime jurídico do SEE aprovado pelo Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro. Ou seja, o regime de tributação aplicado aos hospitais empresa é o mesmo por que se regem as empresas privadas, tal como acontece com o HFF.

Dispõe o artigo 35.º do CSC que as sociedades comerciais estão obrigadas a proceder a aumentos de capital sempre que os seus prejuízos acumulados sejam iguais ou superiores a metade do seu capital social<sup>161</sup>. Este item foi posto à

---

<sup>160</sup> Como por exemplo, como podem os hospitais empresa funcionar em regime duodecimal para as dotações orçamentais previstas no Decreto anual de Execução Orçamental, como é valorizado o inventário, regularização de dívidas, entre outras.

<sup>161</sup> Segundo o CSC, considera-se estar perdida metade do capital social quando o capital próprio constante do balanço do exercício for inferior a metade do capital social.

consideração dos inquiridos, tendo obtido uma média de respostas de 5,4 pontos. Convém referir que a SG do HFF também se encontra sujeita ao cumprimento desta imposição legal, contrariamente aos restantes hospitais públicos relativamente aos quais, não obstante, a constatação de perda de metade do respectivo capital ou património, não existe a obrigação legal de repor aquele equilíbrio financeiro. A existência desta obrigação legal para as sociedades comerciais tem a vantagem de evitar a deterioração da sua situação financeira, mas exige da parte das administrações hospitalares outra dinâmica em promover uma gestão eficiente das instituições que gerem, para evitar incorrer em situações de falência técnica.

Outra questão que foi colocada aos inquiridos relaciona-se com a possibilidade de os hospitais do SPA após a regulamentação de 2004, cederem a exploração ou subcontratar, mediante autorização do Ministro da Saúde, um centro de responsabilidade, ou um serviço de acção médica, a grupos de profissionais de saúde ou a entidades, públicas ou privadas, que demonstrem capacidade e competência técnicas. Esta questão foi pontuada pelos inquiridos com uma média de respostas de 5,6 pontos. Nos hospitais do SPA antes da regulamentação de 2004, também existe a possibilidade de celebrar acordos para prestação de cuidados de saúde com entidades privadas, mediante autorização prévia do Ministro da Saúde, tendo os inquiridos atribuído uma média de 4,3 pontos. Os estatutos dos hospitais EPE também contemplam a possibilidade de entregar a gestão e exploração de serviços hospitalares a outras entidades, públicas ou privadas, pelo que acreditamos que a opinião dos inquiridos seria sensivelmente a mesma<sup>162</sup>. Por sua vez, o diploma de societização dos hospitais públicos, não obstante definir como objecto principal a prestação de serviços de saúde no âmbito do SNS, acrescenta a possibilidade do hospital acessoriamente poder explorar serviços e efectuar operações civis e comerciais relacionadas com o seu objecto, bem como participarem agrupamentos complementares de empresas e outras formas de associação. Ou seja, para os inquiridos, a cedência de exploração contribuiu para aumentar o desempenho dos hospitais públicos.

Outra questão colocada aos inquiridos relaciona-se com os poderes especiais detidos pelos hospitais SA. Um desses poderes relaciona-se com a possibilidade de realizar expropriações por motivos de utilidade pública, situação que foi avaliada pelos inquiridos com uma média de respostas de 5,4 pontos. Os hospitais SA dispõem de poderes especiais para celebrar contratos ou acordos de gestão relativos a partes funcionalmente autónomas do hospital com entidades privadas ou grupos de

---

<sup>162</sup> Ou associar-se com outras entidades públicas, sempre mediante autorização dos Ministros das Finanças e da Saúde.

profissionais de saúde ou concessionar a ocupação ou o exercício de actividades relacionadas com o seu fim social nos terrenos, edificações e outras infra-estruturas. Todavia os hospitais EPE e os actuais SPA também dispõem de poderes em tudo semelhantes (Abreu, 2003).

	Plano de Contas	Sujeição / Isenção IRC
Hospitais SPA (até 2004)	POCMS	Isenção
Hospitais SPA (após 2004)	POCMS	Isenção
Hospital Amadora Sintra	POC	Sujeição
Hospitais SA	POCMS	Sujeição
Hospitais EPE	POCMS	Sujeição

Quadro 26 – Informação para a Gestão

### A política de investimentos

Contrariamente aos hospitais que integram o SPA, os hospitais empresa estão estatutariamente obrigados a constituir uma reserva para investimentos<sup>163</sup>, a partir dos resultados apurados em cada exercício e das receitas afectas a esse fim, que será contemplada na conta 572 – reservas estatutárias. Esta questão da obrigatoriedade de constituição de uma reserva destinada a investimentos foi colocada aos inquiridos para os hospitais SA tendo a média das respostas situado-se nos 7,6 pontos, pelo que acreditamos que o mesmo resultado seria obtido caso tivesse sido colocada em relação aos hospitais EPE. Ou seja, os respondentes consideram esta variável como muito determinante para o desempenho hospitalar. Realce-se que a maioria dos hospitais empresa tem gerado prejuízo, o que inviabiliza qualquer possibilidade de constituição de uma reserva para investimento.

Nos hospitais do SPA, a política de investimentos é definida centralmente através da contemplação no OE de verbas provenientes do Programa de Investimentos e Despesas de Desenvolvimento da Administração Central (PIDDAC), podendo, no entanto, constituir reservas para investimento mediante autorização dos Ministros das Finanças e da Saúde com base nos resultados de exploração.

<sup>163</sup> Não obstante, os hospitais empresa também utilizarem verbas provenientes de outros fundos comunitários para investimento, que não o PIDDAC.

No caso do HFF, a política de investimentos é uma decisão do órgão máximo de gestão da SG, naturalmente condicionada ao cumprimento de alguns requisitos, quanto à qualidade da prestação de cuidados de saúde, nomeadamente no que concerne à renovação de equipamento. Nos termos do CG, a SG estava obrigada a constituir reserva de investimento com uma dotação pré-estabelecida no CG como percentagem dos lucros aprovados no exercício anterior.

	Investimento
Hospitais SPA (até 2004)	PIDDAC
Hospitais SPA (após 2004)	PIDDAC
Hospital Amadora Sintra	Reserva
Hospitais SA	Reserva
Hospitais EPE	Reserva

Quadro 27 – Política de Investimento

### Mecanismos de controlo e monitorização

A empresarialização dos hospitais públicos permitiu reforçar os mecanismos de controlo e monitorização, quer internos, quer externos. A nível interno, a figura de auditor interno, como órgão de fiscalização, vê os seus poderes reforçados nos hospitais SPA relativamente à anterior LGH e surge a figura de fiscal único<sup>164</sup> com responsabilidades pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial do hospital. Esta figura também está contemplada nos estatutos dos hospitais SA e EPE. Todavia, enquanto órgão de supervisão, o seu âmbito de actuação está limitado ao controlo das decisões de natureza financeira e patrimonial (Figueiredo, 2009) e a actividade de auditoria interna ainda se encontra numa fase de desenvolvimento muito incipiente nos hospitais públicos. Ao nível externo, conta-se com as acções desenvolvidas pelo TC e pela Inspeção Geral do Tesouro e Finanças, sobre as contas e de outras entidades, como a Inspeção Geral da Saúde, a Direcção Geral da Saúde, a Administração Central do Sistema de Saúde e a Entidade Reguladora da Saúde, sobre a sua actividade e o seu comportamento, como mecanismos importantes de controlo e monitorização (OPSS, 2008).

<sup>164</sup> Apenas para os hospitais com mais de 200 camas.

No que respeita às regras de controlo financeiro, os hospitais empresa regem-se pelo disposto no regime jurídico do SEE aprovado pelo Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro<sup>165</sup>. Assim, o hospital EPE está obrigado a apresentar aos Ministros das Finanças e da Saúde, para apreciação e aprovação, os planos de actividade e orçamentos até ao final do mês de Outubro de cada ano, os documentos de prestação de contas até ao final do mês de Março do ano subsequente e os indicadores de actividade, económico-financeiros, de recursos humanos e outros entendidos necessários pelos Ministérios das Finanças e Saúde. Já o hospital SA deve submeter à apreciação e aprovação dos Ministérios das Finanças e da Saúde, com pelo menos duas semanas de antecedência relativamente à data de realização da assembleia-geral, o relatório de gestão e os documentos de prestação de contas, devendo ainda prestar informações mensais sobre a execução orçamental.

Os hospitais do SPA encontram-se sujeitos ao Regime da Administração Financeira do Estado (RAFE) estabelecido no Decreto-Lei n.º 155/92, de 28 de Julho, devendo remeter ao Ministério da Saúde até final do mês de Maio, os documentos de prestação de contas, mediante parecer pelo CA<sup>166</sup>, para aprovação.

No HFF, o controlo financeiro é exercido pela Entidade Pública Contratante representada pela ARSLVT, devendo a respectiva SG apresentar os documentos anuais de prestação de contas, o mapa de cálculos relativo à retribuição devida face à actividade realizada no ano anterior com a discriminação do saldo apurado, o plano de actividades anual e respectivos orçamentos e os indicadores de qualidade para aprovação. Por conseguinte, cabe à ARSLVT a responsabilidade geral e específica da comprovação da execução do contrato no seu todo com a correspondente validação dos indicadores que lhe estão associados. Para efeitos de acompanhamento, o CG formalizado em 1995 prescrevia que deveria ser desenvolvido pela figura do Delegado a designar pela ARSLVT em representação da mesma e o contrato assinado em 2004 estabelecia que o acompanhamento do contrato no âmbito da Fiscalização deveria ser desenvolvido por uma Comissão de Acompanhamento Multidisciplinar<sup>167</sup> designada pela ARSLVT e com recurso a auditorias externas realizadas por empresas externas para acompanhamento permanente e sistemático da actividade exercida pela SG.

Relativamente à aprovação da Conta de Gerência, foi questionado sobre a entidade que aprova as contas nos hospitais SPA até à regulamentação de 2004, tendo a média das respostas rondado os 5,6 pontos. Nos hospitais SPA após a regulamentação de 2004, a prestação de contas é objecto de parecer pelo ROC,

---

<sup>165</sup> Alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 300/2007, de 23 de Agosto.

<sup>166</sup> Nos termos do n.º 4 do artigo 50.º do RAFE.

<sup>167</sup> Nomeada por Despacho do Ministro da Saúde n.º 90/2002, de 6 de Novembro.

previamente à aprovação pelo MS. Nos hospitais EPE, a certificação legal de contas constitui uma incumbência do ROC<sup>168</sup> ou sociedade de ROC, tal como acontece nos hospitais SA e HFF<sup>169,170</sup>.

	<b>Aprovação das Contas</b>	<b>Controlo Financeiro</b>
Hospitais SPA (até 2004)	Inspecção Geral de Finanças	Ministério da Saúde
Hospitais SPA (após 2004)	Revisor Oficial de Contas	Ministério da Saúde
Hospital Amadora Sintra	Revisor Oficial de Contas	Entidade Pública Contratante
Hospitais SA	Revisor Oficial de Contas	Ministério das Finanças e Saúde
Hospitais EPE	Revisor Oficial de Contas	Ministério das Finanças e Saúde

Quadro 28 – Controlo Financeiro

### **As contas públicas**

Embora o questionário apresentado não contemple qualquer pergunta relativa ao impacto da transformação jurídica dos hospitais nas contas públicas, convém não descurar este aspecto, nomeadamente pelo facto da empresarialização dos hospitais públicos<sup>171</sup> ter como consequência imediata a sua integração no SEE e, por esta via, a sua subtracção à disciplina das contas públicas, de acordo com o estipulado na LEO, que as exclui do seu âmbito de aplicação<sup>172</sup>.

Na opinião de muitos opositores a esta política de empresarialização dos serviços públicos de saúde, esta terá sido a razão principal para a sua implementação, porquanto a transformação de hospitais em empresas públicas, quer em EPE, quer

<sup>168</sup> Recorde-se que a certificação legal de conta constituía uma incumbência da IGF nos hospitais EPE, tendo a partir de 1 de Setembro de 2007, data da entrada em vigor das alterações ao regime jurídico do SEE, passado a constituir uma responsabilidade dos ROC, tal como decorre da actual redacção do art. 32.º do regime jurídico do SEE (Tribunal de Contas, 2008b).

<sup>169</sup> Conforme dispõe o Código das Sociedades Comerciais.

<sup>170</sup> Nos hospitais SA, as contas certificadas, careciam de parecer prévio da IGF para serem aprovadas pelos Ministérios, contrariamente aos hospitais EPE que não careciam de parecer da IGF.

<sup>171</sup> Note-se que a conversão de hospitais em empresas públicas não resultou num agravamento do défice das finanças públicas dado que a dotação de capital dos hospitais transformados não tiveram inscrição na lei anual do OE (Tribunal de Contas, 2009b).

<sup>172</sup> De facto, o OE deixa de incluir o orçamento dos hospitais empresa, embora a proposta de lei de OE deva ser acompanhada de informação relativa a “transferências orçamentais para as empresas públicas”, nos termos da alínea o) do n.º 1 do artigo 34.º da Lei n.º 91/2001, de 20 de Agosto, contrariamente ao verificado nos hospitais do SPA, cuja elaboração dos orçamentos deve respeitar as disposições estabelecidas nesta lei.

sob a forma societária, constitui uma modalidade de diminuição formal do défice das finanças públicas através da desorçamentação das despesas públicas. Também neste sentido aponta o Relatório da Primavera 2003, do OPSS e o relatório do Tribunal de Contas n.º 01/04 sobre a situação do “Sector Empresarial do Estado – Situação Financeira e Práticas de Bom Governo” alertando para «os potenciais fenómenos da desorçamentação cujas consequências mais imediatas se materializam nos montantes reais do défice orçamental das contas públicas». Teor semelhante patenteia o Relatório do Fundo Monetário Internacional intitulado “Portugal: Sobre a Observância dos Padrões e Código do Módulo de Transparência Orçamental” (Novembro, 2003), ao referir que «a recente transformação de vários hospitais públicos em sociedades anónimas, não obstante permitir uma oportunidade de melhorar a eficiência e a “*accountability*” da gestão nestas instituições, pode também, constituir um risco para o orçamento público, a menos que o seu desempenho seja monitorizado de forma rigorosa, a informação seja publicitada de modo transparente e medidas tempestivas sejam tomadas quando necessário». O citado relatório chega mesmo a advertir no contexto do PEC, que «o facto de as contas públicas abrangerem apenas o Sector Público Administrativo tem contribuído para um perigoso afastamento do foco nas contas das instituições públicas que não integram o SPA».

Na óptica das contas públicas, o pagamento dos actos médicos pelo SNS aos hospitais empresa passa a ser contabilizado como aquisição de serviços<sup>173</sup>. Esta alteração tem reflexos do ponto de vista contabilístico, passando os hospitais empresa a registar a sua produção na conta 712 prestação de serviços, por contraposição, aos hospitais do SPA que a registam na conta 74 subsídios à exploração.

O pagamento dos serviços prestados no modelo de gestão do HFF, que foi implementado sem a definição do enquadramento orçamental dos respectivos encargos (PCGE, 2004), era efectuado através do orçamento da ARSLVT e por conseguinte, considerado na lei anual do OE. Todavia, a informação relativa aos pagamentos à SG pela actividade desenvolvida nunca apareciam de forma clara e explícita!

---

<sup>173</sup> Note-se que as transferências do IGIF/ACSS para os hospitais SA foram, em 2003, registadas como transferências correntes para sociedades e quase-sociedades não financeiras públicas (€ 1.238.903.704 – ano 2003), passando em 2004 a ser classificadas como aquisição de serviços de saúde (€ 1.474.097.464 – ano 2004) (PCGE, 2004).

## As contas nacionais

A transformação jurídica dos hospitais em empresas públicas<sup>174</sup> compreende também alterações ao nível da compilação das contas nacionais, afectando a análise dos desenvolvimentos das finanças públicas. Com efeito, segundo o Sistema Europeu de Contas Económicas Integradas<sup>175</sup> (SEC), os hospitais empresa deixam de fazer parte integrante do sector das administrações públicas – subsector dos serviços e fundos autónomos –, passando a ser englobados no sector institucional das empresas não financeiras<sup>176</sup>. O HFF, apesar de se tratar uma PPP, foi integrado no âmbito do sector das administrações públicas.

A consideração dos hospitais empresa fora do sector das administrações públicas tem um impacto imediato na composição da despesa<sup>177</sup> e da receita das administrações públicas<sup>178</sup>, em resultado da diminuição tanto das despesas com pessoal e com consumos intermédios como das vendas de bens e serviços<sup>179</sup>. Em contrapartida, os serviços providos pelos hospitais empresa, registados como transferências em espécie das administrações públicas para as famílias<sup>180,181</sup>, apresentam uma tendência de crescimento.

Saliente-se que os efeitos desta alteração nas contas públicas se fizeram sentir particularmente a partir de 2003, embora esta reclassificação já tivesse ocorrido em 2002. Todavia, como abrangeu apenas as três últimas semanas de actividade dos hospitais empresa, o impacto quantitativo nas contas nacionais foi praticamente insignificante (BP, 2004).

Relativamente às dotações de capital dos hospitais empresa que foram realizadas aquando da sua criação, estabelecem os procedimentos da contabilidade nacional (regras do SEC) que a regra é que os aumentos de capital das empresas públicas, realizados pelas Administrações Públicas, sejam contabilizados como

---

<sup>174</sup> Refira-se que, os hospitais empresarializados em meados da década de 90, cujas experiências ficaram conhecidas por *Casos de Quasi Empresarialização*, continuaram a integrar o subsector dos serviços e fundos autónomos das administrações públicas, e por conseguinte não afectaram o cálculo das contas nacionais.

<sup>175</sup> Aplica-se apenas ao Sector Público Administrativo, deixando de fora o sector empresarial.

<sup>176</sup> Sector das sociedades não financeiras.

<sup>177</sup> Contrariamente aos hospitais SPA, onde os respectivos custos são totalmente imputados à despesa pública, independentemente de terem resultado em despesas ou não (Ministério das Finanças, 2004).

<sup>178</sup> Esta alteração na estrutura da despesa e da receita em resultado da transferência de sector dificultou a comparação de dados nos anos imediatos à sua ocorrência.

<sup>179</sup> Em virtude da exclusão dos custos e proveitos desta categoria de hospitais.

<sup>180</sup> Assinale-se que, em contas nacionais, os serviços de saúde consumidos pelas famílias e financiados pelas administrações públicas, quer através de aquisição directa, quer através de reembolso, são registados como transferências em espécie.

<sup>181</sup> Note-se que, os serviços prestados pelos hospitais empresa apesar de deixarem de ser produzidos pelas administrações públicas continuam a ser adquiridos (financiados) por estas.

operações financeiras. Nesta situação, estes pagamentos não são considerados para efeito de cálculo do défice das Administrações Públicas no quadro do Procedimento dos Défices Excessivos, dado que ocorre a constituição de um direito – representado por acções ou outras participações – que acresce à situação patrimonial das Administrações Públicas (Portugal, 2002). De facto, a consideração como operação financeira traduz-se num aumento da participação das administrações públicas em troca de um activo financeiro de valor igual ao pagamento, mas não tem qualquer impacto na capacidade/necessidade líquida de financiamento das administrações públicas nem no valor líquido na conta património (Portugal, 2002).

Contas Nacionais	
Hospitais SPA (até 2004)	Sector das Administrações Públicas
Hospitais SPA (após 2004)	Sector das Administrações Públicas
Hospital Amadora Sintra	Sector das Administrações Públicas
Hospitais SA	Sector das Sociedades não Financeiras
Hospitais EPE	Sector das Sociedades não Financeiras

Quadro 29 – Contas Nacionais

No entanto, quando uma injeção (dotação) de capital se caracteriza por uma operação de cedência de fundos pelas Administrações Públicas sem qualquer contrapartida, isto é, sem receber activos financeiros de igual montante e sem ter a expectativa de obter rendimentos de propriedade (por exemplo, dividendos), deve ser classificada como transferência de capital (operação não financeira) passando a integrar o défice. Ou seja, as injeções de capital em empresas públicas acrescentam-se ao défice quando as administrações públicas não actuam como accionista privado e há dúvidas quanto à rentabilidade do projecto<sup>182</sup>. Nesta conformidade, a existência persistente de prejuízos que determinem uma diminuição significativa do capital próprio implicará a classificação de quaisquer entradas de capital como despesa pública. Saliente-se que estas transferências têm um impacto sobre a

<sup>182</sup> Com efeito, aquando da transformação dos hospitais em empresas não foi previamente apresentado qualquer estudo de viabilidade económico.

capacidade/necessidade líquida de financiamento das administrações públicas, assim como sobre o património líquido (altera os fundos próprios) (CE, 2002).

É por este motivo que as dotações de capital dos hospitais empresa têm sido classificadas como transferências de capital das administrações públicas<sup>183</sup>. Note-se que o pagamento das dotações de capital dos hospitais empresarializados em 2002, cujo montante ascendeu a 897,8 milhões de euros, apesar de se ter realizado em 2003 pelas administrações públicas, foi efectuado através da utilização de depósitos, visto que a emissão de dívida que financiou aquelas dotações teve lugar ainda em 2002 (BP, 2004).

Sublinhe-se que as dotações de capital dos hospitais foram a solução encontrada para resolver os problemas financeiros e, por conseguinte, não traduziram verdadeiros aumentos de capital nem corresponderam a expectativas superiores de rentabilidade. Por isso, as injeções de capital nos hospitais empresa não têm sido mais do que verdadeiras ajudas visando o seu saneamento financeiro (Tribunal de Contas, 2004).

### **O regime de criação e extinção**

Os modelos de gestão dos hospitais do SPA e do SEE são criados, alterados e extintos por diploma legal<sup>184</sup>. O hospital SA pode adicionalmente ser criado por escritura de constituição de sociedade comercial e extinto por motivos económicos nos termos do CSC e do Código de Insolvência e Recuperação de Empresas<sup>185,186</sup>. O CG do HFF é criado por adjudicação de concurso público e extinto por caducidade ou por declaração de falência da SG. Aquando da sua transformação em EPE em Janeiro de 2010, o CG foi extinto por caducidade.

---

<sup>183</sup> Assinale-se que as injeções de capital realizadas ao Hospital de Santa Maria e Nordeste Transmontano foram reclassificadas pelo Eurostat como transferências de capital em 2005.

<sup>184</sup> Artigo 34.º, n.º 2 do regime jurídico do SEE.

<sup>185</sup> Aprovado pelo Decreto-Lei n.º 53/2004, de 18 de Março.

<sup>186</sup> Os hospitais SPA tal como os EPE estão inequivocamente excluídos da aplicação das regras gerais de extinção por falência das sociedades.

	<b>Criação</b>	<b>Extinção</b>
Hospitais SPA (até 2004)	Diploma Legal	Diploma Legal
Hospitais SPA (após 2004)	Diploma Legal	Diploma Legal
Hospital Amadora-Sintra	Contrato de Gestão	Caducidade ou Insolvência
Hospitais SA	Diploma Legal ou Escritura	Diploma Legal ou Insolvência
Hospitais EPE	Diploma Legal	Diploma Legal

Quadro 30 – Regime de Criação e Extinção

### 3.5. Financiamento

O modelo de financiamento foi considerado pelos inquiridos como uma variável muito relevante para o desempenho global de todos os modelos de gestão hospitalar, com excepção do HFF<sup>187</sup>. No âmbito dos hospitais que integram o SPA, é de salientar que segundo a opinião expressa dos inquiridos, a introdução de uma nova regulamentação em 2004 não alterou a sua percepção quanto à importância da dimensão financiamento para o desempenho global desta categoria de hospitais<sup>188</sup>. Esta conclusão não será de estranhar, se tivermos em conta que, muito antes da reforma administrativa de 2004, o modelo de financiamento dos hospitais já incorporava critérios assentes na produção hospitalar. Com efeito, se até 1996 o financiamento hospitalar se baseava unicamente em dados históricos, através da atribuição de subsídios extraordinários em função da despesa verificada no ano anterior, a partir daquela data, com a consolidação dos sistemas de classificação de doentes, o financiamento passou a resultar da combinação de uma componente histórica com uma componente ajustada pela produção<sup>189</sup>.

Este modelo de financiamento misto, compreendendo uma componente baseada na produção e uma componente de reembolso de custos<sup>190</sup>, manteve-se até 2002, -

<sup>187</sup> Também é em relação a este modelo que o desvio-padrão é maior (2,9), o que revela uma menor inconsistência nas respostas facultadas pelos inquiridos.

<sup>188</sup> A média das respostas dos inquiridos situou-se acima dos 8 pontos.

<sup>189</sup> Refira-se que a utilização dos grupos de diagnóstico homogéneo (GDH) como metodologia de financiamento ocorreu pela primeira vez em Portugal em 1989, tendo sido limitada à facturação de subsistemas e terceiros pagadores.

<sup>190</sup> Para saber como evoluíram os critérios de financiamento, consulte o Relatório do Tribunal de Contas de 2003 – “Auditoria à Situação Financeira do SNS”, volume II, páginas 36 e seguintes.

altura em que é alterada a Base relativa ao financiamento da LBS que, não obstante continuar a consagrar o financiamento do SNS através do OE, acrescenta que o pagamento dos actos e actividades efectivamente prestados terá por base a tabela de preços que consagra a classificação dos mesmos<sup>191</sup>.

O artigo 13.º da LGH sobre receitas dos hospitais SPA após a regulamentação de 2004 prescreve que as mesmas provêm, entre outras, do OE com base na negociação dos contratos-programa. No que respeita ao modelo de hospital SA<sup>192</sup>, o artigo 25.º dos respectivos estatutos prevê, entre outras receitas hospitalares, as resultantes de «dotações, participações e outras verbas provenientes de contratualizações». Embora não referindo explicitamente a sua proveniência do OE, estes hospitais também negociam/contratualizam contratos-programa plurianuais com o MS (artigo 24.º). Por sua vez, o artigo 12.º, n.º 2 dos estatutos dos hospitais EPE estabelece que o pagamento dos actos e actividades é feito pelo Estado, com base nos contratos-programa celebrados com o MS. E o n.º 1 profere o financiamento nos termos do estatuído na LBS, ou seja, com base no OE, podendo também cobrar outras receitas.

Saliente-se que esta alteração ao modelo de financiamento surge como corolário de um novo modelo de distribuição de recursos às instituições e serviços do SNS assente numa relação de base (quase) contratual entre as estruturas regionais de administração e os dirigentes das diferentes unidades de saúde designado por contratualização, ensaiado pela primeira vez em Portugal na segunda metade da década de noventa, através das Agências de Contratualização<sup>193</sup>, agora denominadas de Departamento de Contratualização<sup>194</sup> (OPSS, 2003). O seu papel foi novamente reforçado em 2006, após praticamente seis anos de inactividade, com a publicação do Despacho n.º 22250/2005, de 25 de Outubro, tendo o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, actual ACSS, IP sido autorizado a celebrar os respectivos contratos-programa para 2005, de acordo com a metodologia aprovada onde se

---

<sup>191</sup> Esta alteração à LBS poder-nos-ia levar a pensar que o financiamento do SNS deixaria de corresponder a um subsídio para passar a ser uma contraprestação ou contrapartida da prestação de cuidados de saúde – o pagamento dos actos e actividades efectivamente realizados. No entanto, esta contrapartida continuaria a ser assumida pelo Estado, a quem nos termos constitucionalmente consagrados, cabe assegurar o serviço público de saúde, e não pelos cidadãos que são os primeiros beneficiários da prestação de cuidados de saúde. Aquele apenas beneficia de forma indirecta (Abreu, 2003).

<sup>192</sup> No preâmbulo dos decretos-lei transformadores, consta que o processo de empresarialização hospitalar envolve a adopção de um novo modelo de financiamento das prestações de saúde.

<sup>193</sup> Representam «uma instância de intervenção no sistema, na qual estão representados o cidadão e a administração», com a missão de «explicitar as necessidades de saúde e defender os interesses dos cidadãos e da sociedade», de forma a promover uma utilização eficiente e eficaz dos recursos públicos afectos à prestação de cuidados de saúde (OPSS, 2002: 61).

<sup>194</sup> Na sequência do processo de reestruturação da ARS.

definia que «o cálculo dos preços e do valor de convergência passava a ter uma componente fixa (70%) e uma componente variável (sendo 20% associados ao cumprimento de níveis de eficiência e 10% dependentes do cumprimento de objectivos específicos definidos regionalmente)» (OPSS, 2009: 87). Nesta metodologia foram igualmente seleccionados indicadores para afixação de objectivos de qualidade e eficiência a atingir por essas unidades hospitalares, com explicitação do financiamento como contrapartida dos resultados alcançados (OPSS, 2005). Em 2006, procedeu-se à uniformização e publicação das cláusulas contratuais gerais dos contratos-programa a celebrar entre o MS e as unidades de saúde integradas no SEE para pagamento de actos e actividades e foram fixadas metas de crescimento dos custos para 2007, a saber: 0% para os custos com o pessoal; 4% para os consumos e 4% para a rubrica de fornecimentos e serviços externos. Estes objectivos de contenção de custos têm-se mantido ao longo dos vários processos de contratualização desenvolvidos anualmente, visando garantir a sustentabilidade económica da instituição hospitalar.

No entanto, a negociação dos contratos-programa tem algumas vezes decorrido fora de prazo. Ou seja, tendo em conta que os contratos-programa constituem, no âmbito da gestão hospitalar, o principal instrumento previsional que especifica as «responsabilidades e benefícios de cada uma das partes contratantes e a partilha de risco associada, em caso de ocorrência de eventos não expectáveis», as suas negociações deveriam ocorrer num momento prévio à sua vigência, algo que nem sempre acontece, o que impossibilita e até descredibiliza todo o processo negocial (Escoval e Matos, 2009: 170).

Um relatório publicado pelo Tribunal de Contas em 2010 sobre a atribuição de verba de convergência aos hospitais EPE concluiu «que a verba fixa é indutora de ineficiência, pelo que deve ser transformada em incentivos, e que a valorização económica contratual dos hospitais era reconhecidamente insuficiente para o seu normal funcionamento», reconhecendo «que na verba dita de convergência está englobado o pagamento de serviços não financiados pelas outras linhas de produção, nomeadamente o reembolso dos custos com fornecimento de medicamentos de dispensa obrigatória em farmácia hospitalar que, por exemplo, no caso do VIH/SIDA ainda não está prevista no orçamento para 2010<sup>195</sup>» (OPSS, 2010: 59).

O modelo de financiamento do HFF, estabelecido no CG, assenta num modelo do tipo “envelope fechado”, que é definido prospectivamente de acordo com a

---

<sup>195</sup> Esta situação já aconteceu com os hospitais SA, no qual os actos não contemplados numa linha de produção eram muitas vezes incluídos noutras, o que distorcia as estatísticas hospitalares (OPSS, 2004). O modelo de financiamento destes hospitais assentava no pagamento de quatro componentes: internamento, consulta externa, urgência e hospital de dia.

produção contratada a vigorar para o ano seguinte nas diferentes linhas de actividade<sup>196,197,198</sup>. O montante global representa o volume orçamental disponível<sup>199</sup> para o ano corrente, embora com algumas possibilidades de compensação financeira, para o caso da “produção realizada” superar a prevista. Para efeitos de negociação da produção a contratar para o ano subsequente, a SG apresenta anualmente à ARSLVT uma proposta de revisão dos actos a contratar, em função da procura esperada, com base em factores justificados. Porém, a ARSLVT, através da Agência de Contratualização, não intervém na negociação dos orçamentos-programa do HFF, limitando-se a solicitar ao Hospital a informação neles constante para manter uma base de dados com todos os hospitais da região de saúde<sup>200</sup> (INA, 2002).

O CG fixa uma contingência para o caso da actividade realizada ser inferior à actividade esperada, ficando a entidade contratante obrigada a referenciar doentes para o HFF que deve assegurar o seu tratamento<sup>201</sup>. A inclusão desta contingência no contrato faz com que a actividade média do hospital<sup>202</sup> seja superior à justificada pelas características da população servida. À procura de serviços médicos determinada pelas características da população da área de influência adiciona-se uma procura artificial resultante do clausulado contratual. Como no caso em que a actividade real seja superior à actividade esperada não se transferem doentes, o efeito da cláusula é claro: a actividade média real num hospital sob contrato com esta cláusula será

---

<sup>196</sup> Na versão inicial do contrato, os actos a contratar cingiam-se à Urgência, Consulta Externa e Internamento, tendo posteriormente na sequência da revisão contratual levada a cabo em 2004, sido alargado às linhas do produção do Hospital de Dia e Cirurgia de Ambulatório.

<sup>197</sup> O CG também determina que a SG se substitua ao Estado na cobertura das comparticipações que os doentes do SNS tenham a receber pela aquisição de medicamentos nas farmácias (fora do hospital), mediante apresentação de receita. Estas aquisições resultam de receitas passadas ao doente em associação com consultas externas, altas de internamento, cirurgia de ambulatório, ou saída directa do hospital de dia ou da urgência, sem necessidade de internamento (Ravara e Silva, 2008).

<sup>198</sup> Sublinhe-se que no CG do HFF, a actividade contratada é medida em número de doentes, sem explicitar se se reporta a doentes saídos ou doentes tratados do hospital, e por conseguinte, no mesmo episódio de internamento um doente pode “estatisticamente ser contado” tantas vezes quantas as vezes que for transferido na vigência do episódio de internamento (INA, 1999, ix).

<sup>199</sup> A ARS remunera a SG por duodécimos, pagando um montante fixo por cada doente saído/assistido, diferenciando a remuneração em função das linhas de actividade contratadas. O ressarcimento do hospital pela ARS é feito independentemente da patologia, meios de diagnóstico utilizados, tratamento e duração do internamento, quando existir. O CG também fixa à SG a responsabilidade de garantir a cobertura das comparticipações que os doentes do SNS tenham a receber pela aquisição de medicamentos nas farmácias fora do hospital, mediante apresentação de receita médica. O preço global da actividade esperada em internamento, consulta externa e urgência é calculado com base num “pro-rata” do preço global da anuidade correspondente à seguinte estrutura de custos proposta: Internamento 73%, Consulta Externa 7%, Urgência 20%. No caso da Consulta Externa e da Urgência, o valor de cada acto é calculado dividindo o preço global acima referido pelo número de actos apresentado na proposta.

<sup>200</sup> A aceitação pela ARS da proposta da SG nem sempre foi pacífica.

<sup>201</sup> O CG não especifica os hospitais que ficam obrigados a referenciar doentes para o HFF (INA, 1999).

<sup>202</sup> A actividade esperada corresponde, em termos estatísticos, a uma média dos vários níveis de actividade possíveis.

superior à actividade esperada, e como tal superior à que existiria se o contrato não incluísse uma cláusula desta natureza. Um contrato com esta cláusula, para responder a um nível de actividade média superior, requer também uma capacidade instalada maior. A aplicação da regra estabelecida contratualmente, compensando apenas desvios positivos, estabelece uma actividade esperada excessivamente elevada e não corroborada estatisticamente.

## CAPÍTULO 4 – Conclusões

Conforme ficou demonstrado ao longo deste trabalho, as principais diferenças entre os modelos de gestão dos hospitais públicos derivam, no essencial, do seu estatuto jurídico. À parte disto, tudo o resto parece manter-se sensivelmente constante e praticamente nada releva de especial em matéria de gestão (Abreu, 2003).

A principal conclusão a retirar deste trabalho, partilhada pelos inquiridos, é que a decisão de empresarialização dos hospitais públicos, através da sua transformação em empresas públicas, contribuiu, comparativamente com os hospitais que continuaram a integrar o SPA, para melhorar a gestão e o desempenho dos mesmos, mas tal processo não se revelou, de todo, imprescindível. Acresce que também o modelo tradicional de administração hospitalar – os hospitais SPA – foram objecto de uma nova regulamentação com o objectivo de modernizar a sua gestão e de replicar, na medida do possível o modelo de gestão dos hospitais SA dentro do sector público (OPSS, 2003; Harfouche, 2008), contribuindo, desta forma, para aumentar o seu desempenho médio, conforme a opinião expressa pelos inquiridos.

De facto, se ao nível da governação efectiva, as mudanças provocadas pela empresarialização hospitalar trouxeram melhorias consideráveis na área de gestão hospitalar, nomeadamente pelo maior rigor nos mecanismos de controlo e monitorização, tanto internos como externos, e pela disseminação de uma cultura de maior transparência, responsabilização e prestação de contas (OPSS, 2008, 2009), também é verdade que tais mudanças «pecaram por terem privilegiado excessivamente a componente jurídica, nomeadamente as questões relacionadas com o estatuto jurídico, subestimando, em contrapartida, a intervenção no redesenho da organização» (Raposo, 2007: 292, OPSS, 2006: 77). Com efeito, os hospitais com estatuto de empresa, comparativamente com os SPA, mantiveram o seu desenho organizacional praticamente inalterado, quer relativamente ao modelo de governo, quer relativamente à sua organização interna (OPSS, 2006, 2008, 2009).

Por outro lado, também a transformação dos hospitais SA em EPE não foi acompanhada de um processo de descentralização de decisões para níveis intermédios, mantendo-se sensivelmente a mesma estrutura interna, hierarquizada e «de forte pendor formal, com dificuldade em ultrapassar-se um *modus operandi* burocrático, pouco transparente e fortemente refém dos grupos profissionais» (OPSS, 2009: 57). Acresce, o facto, desta transformação colocar a tónica sobretudo ao nível do estatuto jurídico, descurando o desenvolvimento da contratualização interna com a consequente descentralização da decisão nas linhas de produção, a implementação da gestão por objectivos e a aposta em sistemas de informação fiáveis e robustos, não obstante aquela transformação alargar os poderes de controlo da tutela/Estado sobre

o desempenho dos hospitais e, por conseguinte, poder ser entendida como instrumento de intervenção económica (OPSS, 2005, 2010).

A escolha, em 2005, do modelo EPE em detrimento do modelo societário – que paulatinamente tem vindo a ser atribuído aos hospitais que se mantinham integrados no SPA, fazendo jus ao disposto no preâmbulo do Decreto-Lei transformador – foi tomada por se considerar que «é a figura que melhor se adequa à prossecução de um melhor nível de funcionamento das instituições, tanto ao nível operacional como ao nível da racionalidade económica das decisões de investimento», e por melhor compatibilizar autonomia de gestão com sujeição à tutela governamental (OPSS, 2007: 111; OPSS, 2008: 35).

A transformação jurídica de hospitais em empresas públicas, primeiro em SA e depois em EPE, teve implicações sobretudo ao nível da modalidade de posse, através da sua transferência para empresas do Estado e, da natureza da gestão que passa «de um modelo de governação em saúde de tipo burocrático/administrativo para um modelo, em princípio, de cariz mais empresarial» (Raposo, 2007: iv). Ou seja, a empresarialização hospitalar envolve tão-somente uma alteração do modelo de gestão, mantendo intacta a responsabilidade do Estado pela prestação de cuidados de saúde que permanece na esfera pública, de acordo com o disposto constitucional (OPSS, 2008). Por isso, a criação dos hospitais empresa corresponde apenas a uma forma de privatização em sentido formal da prestação de cuidados de saúde hospitalares através do recurso a regras de gestão empresarial na gestão de entidades de propriedade pública, não representando «nenhuma forma de privatização em sentido próprio, visto que tanto a sua propriedade como a prestação de cuidados de saúde permanecem no sector público» (Moreira, 2005). Vital Moreira (2003: 130) vai mais longe ao defender que estes «hospitais continuarão a não ter natureza materialmente empresarial» dado que, por continuarem a integrar o SNS, que prima pela quase gratuitidade dos serviços de saúde, mantêm a sua missão de serviço público – satisfazer necessidades de interesse geral, usufruindo de financiamento público por via do OE. Assim, e na opinião de Moreira (2003), a organização em termos empresariais é mais uma técnica de gestão do que um formato inerente à verdadeira natureza dos estabelecimentos. Já a concessão da gestão a uma entidade privada como aconteceu com o HFF configura uma forma de privatização em sentido material que se caracteriza pela concessão a uma entidade privada da gestão de uma entidade pública. No mesmo sentido aponta Barros (2004) ao referir que a conversão dos hospitais, primeiro em sociedades anónimas e depois em entidades empresariais, envolve apenas uma alteração estatutária, classificando esta reforma quanto à substância das alterações, de gradualista, defendendo que apenas no plano do

número de entidades envolvidas foi abandonado o gradualismo. De facto, a criação dos hospitais empresarializados constitui uma modificação «gradual» do estatuto, porquanto estas alterações não implicam uma privatização das unidades de prestação de cuidados de saúde afectadas, representando tão-somente uma privatização da forma de gestão (privatização formal).

Estas alterações ao modelo de gestão dos hospitais públicos constituem o reflexo do movimento de crescente «desintervenção pública» do Estado<sup>203</sup> que se começa a desenhar no âmbito das reformas organizacionais propostas pela *New Public Management* como um novo paradigma de gestão pública, assente nos seguintes princípios: serviços públicos centrados nos cidadãos, introdução de uma lógica de concorrência, separação entre Estado financiador e Estado prestador e avaliação com base em indicadores de desempenho (Estorninho, 2008). O recurso a novas formas de organização e de actuação de direito privado pela Administração Pública, de que a empresarialização dos hospitais públicos é um exemplo, configura a tendência de “privatização da Administração Pública” ou de “a fuga para o direito privado”.

Por outro lado, a empresarialização hospitalar acompanhou, embora com algum desfasamento, a adopção de práticas de bom governo das empresas do SEE que se consubstanciou na publicação do novo estatuto do gestor público, na publicação de códigos e princípios de bom governo das empresas do SEE, na alteração do regime jurídico do SEE e das empresas públicas e na criação da Comissão de Estudo para a Avaliação dos Hospitais EPE e de informação ao público<sup>204</sup> (OPSS, 2006; Escoval e Matos, 2009), tendo constituído um marco determinante para a flexibilização gestonária, essencialmente por ter contribuído para a criação de uma base de governação hospitalar efectiva (OPSS, 2009) e para uma cultura de *accountability*, através da divulgação de boas práticas. No entanto, teve o demérito de não ter provocado grandes alterações na cultura gestonária e de manter praticamente inalterado o modelo organizacional interno dos hospitais (OPSS, 2007; Escoval e Matos, 2009).

A empresarialização dos hospitais públicos, quer através da sua transformação em SA, quer em EPE, trouxe algum desenvolvimento de ferramentas de informação e permitiu flexibilizar a política de aquisições e de contratação de recursos humanos

---

<sup>203</sup> Que se manifesta na subtracção do Estado no desempenho de tarefas que lhe são próprias (Marques e Moreira, 1999).

<sup>204</sup> Através da publicação no sítio da ACSS, IP, dos objectivos, pressupostos e condicionalismos dos contratos-programa; a negociação, celebração e publicitação de contratos-programa estabelecidos entre a ACSS, as ARS e os hospitais; a monitorização mensal e acompanhamento trimestral e a formalização de protocolos com universidades para a investigação e formação na área da contratualização.

através da adopção de regras mais flexíveis e próximas do direito privado, contrariamente aos hospitais SPA que se encontram subjugados a regras mais rígidas de direito público e, em particular, de direito administrativo.

Saliente-se que, apesar dos inquiridos classificarem o modelo EPE como aquele que mais contribui para o desempenho hospitalar comparativamente com o modelo SA ou SPA, o Relatório do OPSS de 2010 atribui às entidades empresariais, a responsabilidade pelo aumento da despesa do Estado com o sector hospitalar, em virtude do crescimento médio anual dos custos totais, dos consumos de funcionamento e da despesa com pessoal, ser superior nestas unidades do que nas unidades hospitalares com gestão administrativa do Estado (SPA), apontando como factor explicativo, o facto do acréscimo de produção naquelas unidades representar um agravamento da despesa do Estado, uma vez que a tutela financia os hospitais por acto clínico praticado, ao passo que no modelo SPA, o acréscimo de produção não ter qualquer correspondência directa com a despesa do Estado, pelo facto do orçamento ser fixo e calculado na continuidade da produção registada em anos anteriores (APAH, 2010). Aquele relatório também refere que o aumento dos ganhos nos EPE deriva do aumento de produtividade e não da redução de custos.

Em nosso entender, o actual desafio que se coloca à gestão dos hospitais públicos não reside na sua natureza jurídica, mas no modelo de governação adoptado, tendo em conta o actual entendimento do papel do hospital no seio do sistema de saúde português, mais virado para a medicina preventiva (Estorninho, 2008), tal como preconiza o Relatório do MS sobre “A organização interna e a governação dos hospitais” publicado em 2010.

O desenho do modelo de governação hospitalar deve atender a dois factores considerados na nossa opinião cruciais: a especificidade das organizações hospitalares e as funções desempenhadas pelos diversos agentes envolvidos sejam eles internos ou externos à organização. A acção das organizações hospitalares – estruturas de elevada complexidade – deve direccionar-se primordialmente para a sua missão – produção de serviços essenciais ao bem-estar dos cidadãos, devendo o modelo de governo garantir uma diferenciação clara quanto às funções desempenhadas pelos elementos que compõem o órgão de gestão de topo, de forma a evitar a dualidade característica das organizações de saúde, mas ele só se tornará efectivo se o modelo de governo do MS também não permitir confusões ou sobreposições quanto às funções de tutela, pagador, regulador e proprietário/accionista.

A nomeação do órgão de gestão de topo do hospital deve assentar primordialmente em critérios objectivos e claramente definidos e com perfeito

conhecimento do *core business* (actividade principal) da instituição, evitando-se nomeações claramente políticas e sem qualquer ligação ou experiência com o sector da saúde. O sistema de governação do hospital público português ainda continua a ser muito centralista, focalizando no órgão de gestão de topo, funções que na sua essência são distintas: de gestão da decisão e de controlo da decisão. Esta miscelânea de poderes compromete a sua actuação que, agravada pelo actual contexto de contenção orçamental, se tem limitado à gestão de recursos tecnológicos e humanos<sup>205</sup> e à garantia de controlo interno. Também no que respeita à organização interna, as estruturas de gestão intermédia não têm, no hospital público português, a relevância desejada no processo de gestão, sendo menosprezada a sua importância no desenvolvimento do processo de contratualização interno. Por outro lado, o actual modelo de governação hospitalar também não parece compatibilizar os interesses e preocupações de todos os stakeholders e shareholders (proprietários/accionistas).

Por último, a implementação de um modelo de governação hospitalar forte e robusto exige por um lado, uma clara orientação e determinação política e por outro, capacidade por parte da tutela/Estado para avaliar de forma permanente e consistente, as políticas adoptadas, as quais têm sido definidas à margem da evidência existente.

O aperfeiçoamento do modelo de governação dos hospitais públicos deve prosseguir no sentido da promoção do *empreendedorismo social* que pressupõe a mobilização do espírito empresarial para finalidades públicas no campo da saúde (Saltman e Busse, 2002; Ferreira *et al.*, 2010), tendo subjacente cinco vectores essenciais:

- O modelo organizacional das estruturas de gestão intermédia deve dispor de autonomia funcional que permita simultaneamente a descentralização das decisões e a integração dos processos de prestação de cuidados,
- A intensificação da participação da sociedade civil no quotidiano dos hospitais de forma a garantir uma representação efectiva dos cidadãos nos processos de decisão,
- O reforço dos mecanismos de contratualização, quer externa de forma a contemplar todas as actividades desenvolvidas pelos hospitais, quer interna através da transferência das obrigações contratuais para o interior dos hospitais,
- O desenvolvimento de sistemas de informação adequados que permitam um acesso fiável e atempado à informação no processo de tomada de decisão,

---

<sup>205</sup> A escassez de recursos técnicos especializados, sobretudo médicos também tem dificultado a prossecução da eficiência e da melhoria contínua no processo de gestão.

- As competências de todos os elementos do CA, quer sejam executivos, quer sejam não executivos, devem ser clarificadas, devendo o seu trabalho ser objectivo de avaliação, da qual surtirá consequências práticas e efectivas.

Concluiu-se, assim, que qualquer processo reformista de âmbito hospitalar para ter sucesso não basta alterar o respectivo regime jurídico. É, sim, necessário assegurar que o modelo de governação agilize os processos de apoio à decisão, contratualização, validação de indicadores e sistemas de informação que os suportam, (OPSS, 2010), sem descuidar o objectivo de qualquer sistema de saúde: melhorar a saúde dos cidadãos.

Por último, mas não menos importante, a adopção de modelos de gestão empresarializados reforça a necessidade de se promover um forte quadro regulatório, desde logo como garante da qualidade na prestação dos cuidados de saúde (Rego, 2008).

Este trabalho tenta avaliar em que medida as alterações ao modelo tradicional de administração hospitalar, quer através de uma nova regulamentação, quer através da sua transformação em empresas públicas contribuíram para aumentar o desempenho dos hospitais, mas não incorpora critérios que permitam aferir se as alterações ao desempenho são de índole qualitativo ou quantitativo, limitando-se a captar a percepção dos inquiridos relativamente aos aspectos relevantes de cada modelo. Outra limitação deste trabalho prende-se com o tipo de questionário que foi enviado aos inquiridos, cujos itens assentaram maioritariamente em aspectos regulamentares e directamente relacionados com o respectivo regime jurídico do modelo, em detrimento de aspectos mais adstritos ao modo de governação. Também, o facto, das variáveis que compõem o questionário não assentarem numa grelha única e igual para todos os modelos constitui um óbice à comparabilidade dos modelos e à extracção de conclusões generalizadas. Por outro lado, este estudo também não teve em consideração as recentes medidas de política de saúde de fusão dos hospitais em centros hospitalares, nem a dimensão das unidades hospitalares ou o grau de diferenciação/especialização (OPSS, 2010), pelo que este tema poderá constituir uma importante linha de investigação futura.

## Referências Bibliográficas

- ABREU, J. M. C. (2003) Sociedade Anónima, A Sedutora (Hospitais, S.A., Portugal, S.A.). *Instituto de Direito das Empresas e do Trabalho*. Miscelâneas, n.º 1, Almedina: 115-160.
- ANTUNES, M. (2001) A Doença da Saúde. Serviço Nacional de Saúde: ineficiência e desperdício. Quetzal Editores, Lisboa.
- APAH (2010) EPE's são gastadores. Associação Portuguesa da Administradores Hospitalares. *IN Gestão Hospitalar*, n.º 46, 24-25.
- ARAÚJO, J. F. (2004) A Reforma da Gestão Pública: do mito à realidade. *IN A Reforma da Administração Pública - apostas e casos de sucesso*. Actas do Seminário Internacional Luso-Galaico. Instituto de Gestão e Administração Pública, Porto: 31-41.
- AREZ, N. (2006) A transformação dos hospitais em Entidades Públicas Empresariais. *Revista Técnicos Oficiais de Contas*. Junho 2006: 31-33.
- AZEVEDO, M. E. (2009) As Parcerias Público-Privadas – Instrumento de uma Nova Governação Pública. Tese de Doutoramento. Almedina, Coimbra.
- BP, BANCO DE PORTUGAL (2004) Relatório e Contas, Relatório Anual. Gerência 2003.
- BARRETO, A., PRETO, C. V., FERRÃO, J., RODA, M. J. V., MONICA, M. F., LOPES, J. S., CARREIRA, H. M., RODRIGUES, H. N. (1996) A Situação Social em Portugal: 1960 – 1995. 1.º Volume. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- BARROS, P. P. (2004) O mixed bang das reformas do sector da saúde pós-2002. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa. Volume Temático: 51-63.
- BARROS, P. P., SIMÕES, J. (2007) “Portugal – Health systems review”. *Health Systems in Transition*. Vol. 9, N.º 5. European Observatory on Health Systems and Policies.
- BILHIM, J. (2000) A Administração Reguladora e Prestadora de Serviços. *IN Reformar a Administração Pública: um imperativo*. Fórum 2000. Instituto de Ciências Sociais e Políticas, Universidade Técnica de Lisboa: 145-169.
- CABRAL, N. C. (2009) As Parcerias Público-Privadas. *Cadernos IDEFF*, N.º 9, Almedina, Coimbra.
- CABRAL, A. P. (2010) Reforma do Sector da Saúde – O Serviço Nacional de Saúde e o Novo Paradigma na Protecção da Saúde. *IN A Reforma do Sector da Saúde: Uma Realidade Iminente?* *Cadernos IDEFF*, N.º 11, Almedina: 41-66.
- CABRAL, N. C., AMADOR, O. M., D'OLIVEIRA MARTINS, G. W. (2010): A Reforma do Sector da Saúde: Uma Realidade Iminente? *Cadernos IDEFF*, N.º 11, Almedina.
- CAMPOS, A. C. (1983) Saúde o custo de um valor sem preço. Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, Lisboa.
- CAMPOS, A. C. (2008) Reformas da saúde: o fio condutor. Almedina, Coimbra.
- CASELLA, P. (2009) O Hospital enquanto Estrutura. *IN Governação dos Hospitais*. Casa das Letras, Lisboa: 289-302.

- CE (2004) Livro verde sobre as parcerias público-privadas e o direito comunitário em matéria de contratos públicos e concessões. COM (2004) 327. Bruxelas: Comissão Europeia.
- CE (2002) Manual SEC-95 sobre o défice e a dívida das administrações públicas, Comissão Europeia 2002.
- CRES (1998) Conselho de Reflexão sobre a Saúde. Lisboa, Conselho de Reflexão sobre a Saúde.
- D'ALTE, S. T. (2007) A Nova Configuração do Sector Empresarial do Estado e a Empresarialização dos Serviços Públicos. Almedina, Coimbra.
- DELGADO, M. (1999) O presente e o futuro dos Hospitais Portugueses: algumas notas para reflexão. Livro de Homenagem a Augusto Mantas. Principia. Lisboa, APES: 167-178.
- DIAS, G. F. (2004) Project Finance (Primeiras Notas). Instituto de Direito das Empresas e do Trabalho. Miscelâneas, n.º 3, Almedina, Coimbra: 113-163.
- ESCOVAL, A. (1999) "Sistemas de Financiamento da Saúde: análise e tendências". APES, Lisboa.
- ESCOVAL, A. (2003) "Evolução da Administração Pública da Saúde: o Papel da Contratualização – Factores Críticos do Contexto Português". Tese de Doutoramento. ISCTE, Lisboa.
- ESCOVAL, A. & MATOS, T. (2009) A Contratualização e Regulação nos Hospitais. *In* Governação dos Hospitais. Casa das Letras, Lisboa: 149-186.
- ESTORNINHO, M. J. (2008) Organização Administrativa da Saúde – Relatório sobre o programa, os conteúdos e os métodos de ensino. Almedina, Coimbra.
- FERREIRA, A. S., ESCOVAL, A., LOURENÇO, A., MATOS, T., RIBEIRO, R. (2010) "A contratualização de cuidados de saúde". *In* 30 Anos de Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado. Almedina, Coimbra: 425-459.
- FERREIRA, F. A. G. (1990) História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.
- FIGUEIREDO, S. (2009) Órgão de Governação de Topo do Hospital Público Português – Estrutura e Constituição. Tese de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.
- GUICHARD, S. (2004) The reform of the health care system in Portugal. Paris: OCDE, Economic Department Working Papers n.º 405.
- HARFOUCHE, A. P. (2008) Hospitais Transformados em Empresas Análise do Impacto na Eficiência: Estudo Comparativo. Universidade Técnica de Lisboa, Instituto de Ciências Sociais e Políticas, Lisboa.
- HOOD, C. (1991) A Public Management for all Seasons?. *Public Administration*, Vol. 69, Spring 1991: 3-19.
- INA, Instituto Nacional de Administração (1999) Avaliação comparada do Hospital Fernando da Fonseca e de Garcia de Orta. Oeiras, Instituto Nacional de Administração.
- INA, Instituto Nacional de Administração (2002) Projecto de avaliação de unidades de saúde (PAUS). Lisboa, Instituto Nacional de Administração.

- IGLÉSIAS, C. (2011): A gestão dos hospitais portugueses – o que lhes falta? – *Jornal de Negócios*, 28-07-2011.
- KPMG (2003): *Public Private Partnerships. UK Expertise for International Markets*.
- MARQUES, M. M. L. & MOREIRA, V. (1999) “Desintervenção do Estado, Privatização e Regulação de Serviços Públicos”. *Economia & Prospectiva*, Vol. II, N.º 3/4 Out. 98/Mar. 99: 133-158.
- MOURA, P. V. (2004) *A Privatização da Função Pública*. Coimbra Editora.
- MOREIRA, S. (2008) *Análise da Eficiência dos Hospitais-Empresa: uma aplicação da data envelopment analysis*. Primavera 2008, *Boletim Económico*, Banco de Portugal.
- MOREIRA, V. (1997) *Auto-Regulação Profissional e Administração Pública*. Almedina. Coimbra.
- MOREIRA, V. (2003) “Um novo fôlego para as «Entidades Públicas Empresariais»”. *In A Mão Visível – Mercado e Regulação*. Almedina: 127-131.
- MOREIRA, V. (2004) *A nova Entidade Reguladora da Saúde em Portugal*. *Revista de Direito Público da Economia*: 103-139.
- MOREIRA, V. (2005) *Hospitais Empresa*. *Diário Económico*, segunda-feira, 24 de Janeiro de 2005.
- NEVES, M. J. (2006) *A Saúde, as Políticas e o Neoliberalismo*. Estria.
- MINISTÉRIO DAS FINANÇAS (2003): *Parecer da Comissão de Normalização Contabilística*. Lisboa.
- MINISTÉRIO DAS FINANÇAS (2004) *Relatório do Orçamento de Estado 2004*. Direcção Geral do Orçamento. Lisboa.
- MINISTÉRIO DAS FINANÇAS (2006) *Parecer da Comissão de Normalização Contabilística da Administração Pública*. Lisboa.
- PARAÍSO, A. & LIMA, P. (2004) *Gestão na Saúde: Instrumentos Legais*. CESPU Edições.
- OCDE, Organization for Economic Co-operation and Development (1998): “*Economic Surveys 1997-1998*” (embargado).
- OCDE, Organization for Economic Co-operation and Development (2003): “*Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience*”, Elizabeth Docteur and Howard Oxley.
- OLIVEIRA, R. E. & MOREIRA, V. (2001) *Os institutos públicos e a organização administrativa em Portugal. Relatório e proposta de lei-quadro sobre os institutos públicos*. Lisboa.
- OLIVEIRA, M. (2010) “*Evolução da oferta*”. *IN 30 Anos do Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado*. Almedina, Coimbra: 271-295.
- OPSS (2001) *Conhecer os Caminhos da Saúde*. IN OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (Ed.) *Relatório Primavera*. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- OPSS (2002) *O estado da Saúde e a saúde do Estado*. IN OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (Ed.) *Relatório Primavera*. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.

- OPSS (2003) Saúde - que rupturas?. *IN OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (Ed.) Relatório Primavera*. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- OPSS (2004) Incertezas – Gestão da Mudança na Saúde. *IN OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (Ed.) Relatório Primavera*. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- OPSS (2005) Novo Serviço Público de Saúde: Novos Desafios. *IN OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (Ed.) Relatório Primavera*. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- OPSS (2006) Um Ano de Governação em Saúde: Sentidos e Significados. *IN OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (Ed.) Relatório Primavera*. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- OPSS (2007) Luzes e Sombras – A Governação da Saúde. *IN OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (Ed.) Relatório Primavera*. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- OPSS (2008) Sistema de Saúde Português: Riscos e Incertezas. *IN OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (Ed.) Relatório Primavera*. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- OPSS (2009) 10 Anos OPSS, 30 Anos SNS: razões para continuar. *IN OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (Ed.) Relatório Primavera*. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- PAGE, M. P. (1998) Políticas de Saúde Portuguesas 1940-1990: Consolidação de um novo regime de poder entre a intenção da mudança e os limites da continuidade. *Sociologia*. Coimbra, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- PARÁISO, A. & LIMA, P. (2004) Gestão na Saúde – Instrumentos Legais. Edições CESPU
- POMBEIRO, A. (2003) As PPP/PFI Parcerias Público Privadas e a sua Auditoria, Áreas Editora, 2003.
- PORTUGAL (1997) Relatório Final - Grupo de Trabalho sobre o Estatuto Jurídico do Hospital. Ministério da Saúde, Lisboa.
- PORTUGAL (1998) O Hospital Português. Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde, Lisboa.
- PORTUGAL (2002) Relatório da Comissão para a Análise das Contas Públicas. Banco de Portugal, Instituto Nacional de Estatística, Direcção-Geral do Orçamento do Ministério das Finanças, Lisboa.
- PORTUGAL (2010) A Governação Interna e a Governação dos Hospitais. Ministério da Saúde.
- RAMALHO, M. R. P. & BRITO, P. M. (2005) Contrato de Trabalho na Administração Pública – Anotação ao Regime Jurídico aprovado pela Lei n.º 34/2004, de 22 de Junho. 2.ª Edição, Almedina, Coimbra.
- RAPOSO, V. (2007) Governação Hospitalar – Uma proposta conceptual e metodológica para o caso português. Tese de Doutoramento, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

- RAVARA, F. & SILVA, P. (2008) Hospital Dr. Fernando Fonseca (Amadora Sintra). Universidade Lusíada de Lisboa
- REGO, G. (2008) Gestão Empresarial dos Serviços Públicos – uma aplicação ao sector da saúde. *Vida Económica*.
- REIS, V. P. (1999) O Sistema de Saúde Português: donde vimos, para onde vamos. Livro de Homenagem a Augusto Mantas. Principia. Lisboa, APES: 261-297.
- REIS, V. P. & FALCÃO, E. (2003) Hospital público português: da crise à renovação? *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 21, Julho/Dezembro: 5-14.
- REIS, V. P. (2004) A intervenção privada na prestação pública: da expansão do Estado às parcerias público-privadas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa. Volume Temático: 121-136.
- REIS, V. P. (2007) Gestão em saúde: um espaço de diferença. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- ROCHA, J. O. (2001): Gestão Pública e Modernização Administrativa. INA – Instituto Nacional de Administração, Lisboa.
- ROCHA, J. O. (2002) “Papel do Estado e Administração Pública”. *In A reinvenção da função pública*. INA – Instituto Nacional de Administração, Lisboa: 145-147.
- ROCHA, J. O. (2004) “Modelos de Gestão Pública”. *In A Reforma da Administração Pública - apostas e casos de sucesso*. Actas do Seminário Internacional Luso-Galaico. Instituto de Gestão e Administração Pública, Porto: 17-30.
- ROSA, E. (2004) Como funcionam os hospitais SA: - a mercantilização e privatização da saúde é inevitável nestes hospitais.
- SALTMAN, R. & FIGUERAS, J. (1998): Analyzing the evidence on European Health Care Reforms. *Health Affairs*. March/April: 85-108.
- SALTMAN, R. & BUSSE, R. (2002) “Balancing regulation on entrepreneurialism in Europe’s health sector: theory and practice” *In Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. European Observatory on Health Care Systems Series: 3-52.
- SAKELLARIDES, C., REIS, V., ESCOVAL, A., CONCEIÇÃO, C., BARBOSA, P. (2005) “O Futuro do Sistema de Saúde Português – Saúde 2015”. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- SIMÕES, J. & LOURENÇO, O. (1999) As políticas públicas de saúde em Portugal nos últimos 25 anos. Livro de Homenagem a Augusto Mantas. Principia. Lisboa, APES: 99-134.
- SIMÕES, J. A. (2004a). “As parcerias público-privadas no sector da saúde em Portugal”. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa. Volume Temático: 79-90.
- SIMÕES, J (2004b). Dependência do percurso e inovação em políticas e práticas de saúde: da ideologia ao desempenho. Lições para o futuro da avaliação de três hospitais do Serviço Nacional de Saúde. Almedina, Coimbra.
- SIMÕES, J. (2009) Retrato Político da Saúde. Dependência de percurso e inovação em Saúde: da ideologia ao desempenho. 2.<sup>a</sup> Edição, Almedina, Coimbra.

- SIMÕES, J., BARROS, P. P., SILVA, S. N., VALENTE, S. (2009) “Análise e parecer sobre o processo de criação e desenvolvimento das parcerias para a construção de hospitais em regime de financiamento privado e avaliação comparada do desempenho do Centro de Reabilitação do Sul, em São Brás de Alportel”. Relatório Final, Ministério da Saúde, Lisboa.
- SIMÕES, J. & DIAS, A. (2010) “Políticas e Governação em Saúde”. *In* 30 Anos de Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado. Almedina, Coimbra: 175-193.
- TAVARES, G. G. & DENTE, N. M. (2008) Código dos Contratos Públicos: âmbito da sua aplicação. Almedina, Coimbra.
- TRIBUNAL DE CONTAS (1998) Parecer n.º 18/98 – Processo 55/98 – GE Natureza Jurídica do Hospital de São Sebastião, de acordo com o Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de Junho.
- TRIBUNAL DE CONTAS (1999) Auditoria ao Serviço Nacional de Saúde – Relatório Final. Relatório n.º 38/99. Lisboa.
- TRIBUNAL DE CONTAS (2004) Sector Empresarial do Estado – Situação Financeira e Práticas de Bom Governo. Relatório de Auditoria n.º 1/2004. Lisboa.
- TRIBUNAL DE CONTAS (2005) Relatório de Auditoria ao Contrato de Gestão do HFF. Relatório de Auditoria n.º 20/2005. Lisboa.
- TRIBUNAL DE CONTAS (2008a) Linhas de Orientação (GuideLines) e Procedimentos para o Desenvolvimento de Auditorias Externas a PPP. Lisboa.
- TRIBUNAL DE CONTAS (2008b) SEE e Práticas de Bom Governo. Relatório de Auditoria n.º 32/2008. Lisboa.
- TRIBUNAL DE CONTAS (2009a) Auditoria ao Programa de Parcerias Público Privadas da Saúde: Primeira vaga de Hospitais. Relatório de Auditoria n.º 15/2009. Lisboa.
- TRIBUNAL DE CONTAS (2009b) Auditoria Orientada à Situação Económico-Financeira do SNS 2008. Relatório de Auditoria n.º 54/2009. Lisboa.
- VAZ, A. M. (2010) “Hospitais públicos portugueses”. *In* 30 Anos de Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado. Almedina, Coimbra: 297-353.

## **Legislação**

- Lei n.º 1998/1944, de 15 de Maio – Estatuto da Assistência Social.
- Decreto-Lei n.º 35108/1945, de 7 de Novembro – Organização da Assistência Social.
- Decreto-Lei n.º 2011/1946, de 2 de Abril – Lei de Bases da Organização Hospitalar.
- Decreto-Lei n.º 35311/1946, de 25 de Abril – Federação das Caixas de Previdência.
- Decreto n.º 48357, de 27 de Abril de 1968 – Estatuto Hospitalar.
- Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro – Lei de Organização do Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei n.º 260/76, de 8 de Abril – Bases gerais das empresas públicas.
- Decreto-Lei n.º 129/77, de 2 de Abril – Lei Orgânica Hospitalar.
- Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro – Lei de Bases da Saúde.

Despacho Normativo n.º 97/83, de 22 de Abril – Regulamento dos Centros de Saúde.

Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro – Lei de Gestão Hospitalar.

Decreto-Regulamentar n.º 3/88, de 22 de Janeiro – Regulamenta os órgãos e o funcionamento global do hospital.

Decreto-Lei n.º 184/89, de 2 de Junho – Princípios gerais de salários e gestão de pessoal da função pública.

Lei n.º 86/89, de 8 de Setembro – Reforma do Tribunal de Contas.

Decreto-Lei n.º 410/89, de 21 de Setembro – Plano Oficial de Contabilidade.

Decreto-Lei n.º 427/89, de 7 de Dezembro – Regime de constituição, modificação e extinção da relação jurídica de emprego na Administração Pública.

Directiva 89/440/CEE relativa à coordenação dos processos de adjudicação de empreitadas de obras públicas.

Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto – Lei de Bases da Saúde.

Decreto-Regulamentar n.º 14/90, de 14 de Fevereiro – Normas de provimento dos membros do conselho de administração dos hospitais.

Directiva 92/50/CEE relativa à coordenação dos processos de adjudicação de contratos públicos de serviços.

Decreto-Lei n.º 155/92, de 28 de Julho – Regime de Administração Financeira do Estado (RAFE).

Directiva 93/36/CEE relativa à coordenação dos processos de adjudicação dos contratos públicos de fornecimento.

Directiva 93/37/CEE relativa à coordenação dos processos de adjudicação de empreitadas de obras públicas.

Portaria n.º 704/94, de 29 de Julho – Programa de concurso e o caderno de encargos tipo do contrato de gestão de instituições, partes funcionalmente autónomas e serviços do Serviço Nacional de Saúde.

Decreto-Lei n.º 135/96, de 13 de Agosto – Altera os termos de nomeação dos directores clínicos e dos enfermeiros-directores do serviço de enfermagem dos hospitais.

Decreto-Lei n.º 218/96, de 20 de Novembro – Cria o Hospital de São Sebastião.

Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto – Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas.

Lei n.º 25/98, de 26 de Maio – Altera os princípios gerais de salários e gestão de pessoal da função pública.

Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de Junho – Altera o estatuto jurídico aplicável ao Hospital de São Sebastião.

Decreto-Lei n.º 370/98, de 23 de Novembro – Cria o Hospital do Barlavento Algarvio.

Lei n.º 87-B/98, de 31 de Dezembro – Orçamento do Estado para 1999.

Decreto-Lei n.º 59/99, de 2 de Março – Regime jurídico das empreitadas de obras públicas.

Decreto-lei n.º 156/99, de 10 de Maio – Sistemas Locais de Saúde.

Decreto-lei n.º 157/99, de 10 de Maio – Regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde.

Decreto-Lei n.º 197/99, de 8 de Junho – Regime de realização de despesas públicas.

Decreto-lei n.º 374/99, de 18 de Setembro – Centros de Responsabilidade Integrada.

Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro – Regime Jurídico das Empresas Públicas.

Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de Junho – Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Portaria n.º 898/2000, de 28 de Setembro – Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde.

Lei n.º 1/2001, de 4 de Janeiro – Segunda alteração à de Organização e Processo do Tribunal de Contas.

Decreto-Lei n.º 76/2001, de 27 de Fevereiro – Estatuto jurídico aplicável ao Hospital do Barlavento Algarvio.

Lei n.º 91/2001, de 20 de Agosto – Lei de Enquadramento Orçamental.

Decreto-Lei n.º 39/2002, de 26 de Fevereiro – Aprova nova forma de designação dos órgãos de direcção técnica dos estabelecimentos hospitalares e dos centros de saúde, altera a composição dos conselhos técnicos dos hospitais e flexibiliza a contratação de bens e serviços pelos hospitais.

RCM n.º 41/2002, de 7 de Março – Medidas para permitir a transformação de estabelecimentos públicos prestadores de cuidados hospitalares em entidades públicas empresariais (EPE).

Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto – Regime Jurídico das Parcerias em Saúde.

Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro – Lei de Gestão Hospitalar.

Decreto-Lei n.º 60/2003 de 1 de Abril – Rede de cuidados de saúde primários.

Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril – Regime Jurídico das Parcerias Público-Privado.

Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto – Regulamentação dos Hospitais SPA.

Lei n.º 99/2003, de 22 de Agosto – Código do Trabalho.

Lei n.º 3/2004, de 15 de Janeiro – Lei-quadro dos institutos públicos.

Lei n.º 10/2004, de 22 de Março – Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho da Administração Pública.

Decreto-Lei n.º 53/2004, de 18 de Março – Código de Insolvência e da Recuperação de Empresas.

Portaria n.º 587/2004, de 2 de Junho – Autoriza a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo a celebrar com a sociedade Hospital Amadora-Sintra, Sociedade Gestora, S. A., o acordo de alteração do contrato de gestão do Hospital do Professor Doutor Fernando Fonseca.

Lei n.º 23/2004, de 22 de Junho – Regime jurídico do contrato individual de trabalho da Administração Pública.

Decreto-Lei n.º 35/2005, de 17 de Fevereiro – Transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2003/51/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 18 de Junho, que altera as Directivas n.º 78/660/CEE, 83/349/CEE, 86/635/CEE e 91/674/CEE, do Conselho, relativas às contas anuais e às contas consolidadas de certas formas de sociedades, bancos e outras instituições financeiras e empresas de seguros, prevendo a

possibilidade de as entidades às quais não se apliquem as Normas Internacionais de Contabilidade (NIC) optarem pela sua aplicação nos termos do Regulamento (CE) n.º 1606/2002, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 19 de Julho.

Decreto-Lei n.º 88/2005, de 3 de Junho – Revoga o Decreto-Lei n.º 60/2003 de 1 de Abril, que cria a rede de cuidados de saúde primários e repristina o Decreto-Lei n.º 157/99 de 10 de Maio, que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde.

Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de Junho – Transforma os Hospitais Sociedades Anónimas em Entidades Públicas Empresariais.

Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro – Transforma os 31 Hospitais Sociedades Anónimas em Entidades Públicas Empresariais.

Decreto-Lei n.º 176/2009, de 4 de Agosto – Estabelece o regime da carreira dos médicos nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, bem como os respectivos requisitos de habilitação profissional e percurso de progressão profissional e de diferenciação técnico-científica.

Despacho n.º 17164/2006, de 25 de Agosto – Contas previstas no POC a considerar na contabilidade dos Hospitais EPE.

Decreto-Lei n.º 300/2007, de 23 de Agosto – Primeira alteração ao Regime Jurídico do SEE.

Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de Janeiro – Código da Contratação Pública.

Decreto-Lei n.º 203/2008, de 10 de Outubro – Transforma o Hospital Fernando da Fonseca em Entidade Pública Empresarial.

## Apêndice A: Questionário

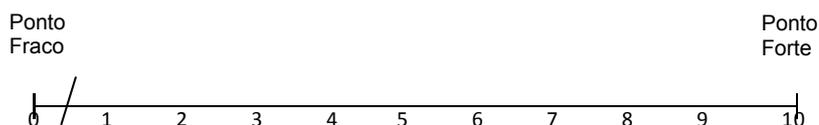
### Modelos de Gestão dos Hospitais Públicos

No âmbito do trabalho de investigação em Gestão e Economia da Saúde sobre Modelos de Gestão dos Hospitais Públicos, torna-se importante analisar os principais aspectos de estrutura e gestão, reconhecendo a importância de cada um deles para o desempenho destas unidades de saúde.

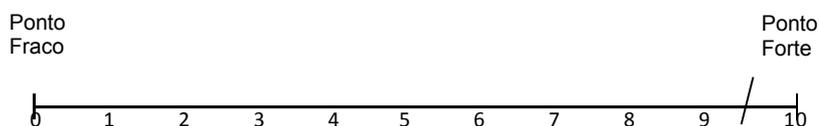
A gestão dos hospitais públicos passou nos últimos tempos pelos seguintes marcos:

- 1988 Lei de Gestão Hospitalar (Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro);
- 1990 Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto);
- 1993 Estatuto do SNS (Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro);
- 2002 Lei de Gestão Hospitalar (Lei n.º 27/2002, 8 de Novembro);
- 2002 Estatutos dos Hospitais SA (Decreto-Lei n.º 281/2002, de 9 de Dezembro, e seguintes);
- 2003 Regulamenta os art. 9.º e 11.º da Lei de Gestão Hospitalar (Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto);
- 2005 Estatutos dos Hospitais EPE (Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro).

Deste modo, pedimos que a seguir a cada um dos itens coloque um traço representando a sua importância para o desempenho global do Hospital. Por exemplo: se considerar que o item constituiu um aspecto fraco ou negativo, coloque o traço próximo do limite à esquerda, tal como a figura a seguir ilustra:



Se, pelo contrário, considerar que se trata de um aspecto mais forte ou positivo, assinale com um traço próximo do limite à direita, conforme ilustrado na figura que se segue:

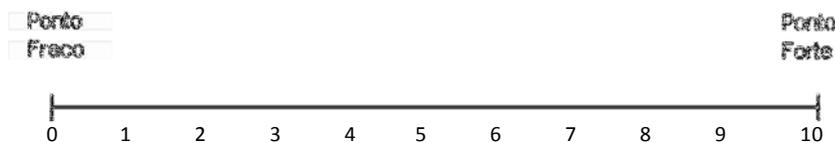
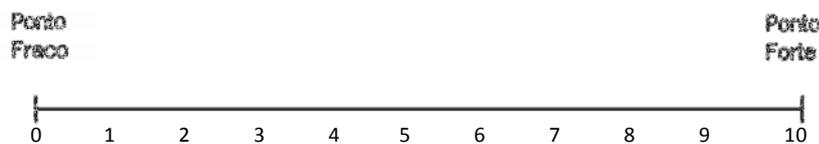


# Hospitais do Sector Público Administrativo

De 1988 até à reforma de 2004

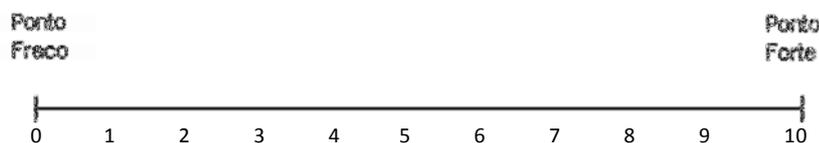
## a. Estrutura Organizacional

- O Hospital preconiza a sua organização em centros de responsabilidade.
- A direcção técnica, clínica e de enfermagem, detém poderes executivos no conselho de administração.



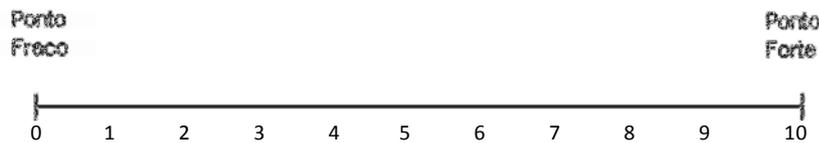
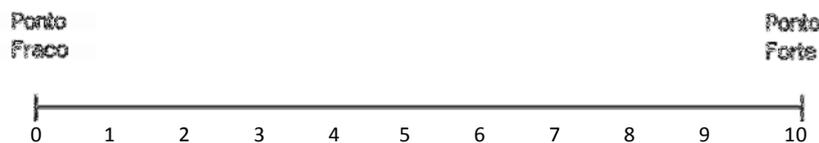
## b. Participação e Consulta

- O Hospital integra, na sua estrutura orgânica, um órgão de participação e consulta designado por conselho geral.



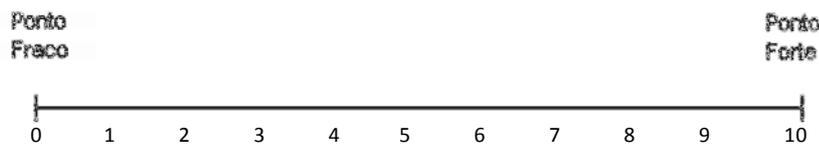
## c. Recursos Humanos

- Neste modelo de gestão, o recurso ao contrato individual de trabalho está limitado temporalmente e só pode ocorrer a título excepcional.
- Este modelo de gestão não contempla um sistema de incentivos para os profissionais

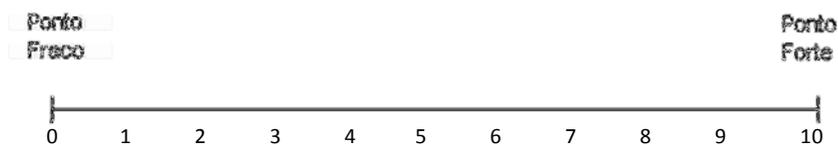


## d. Fiscalização e Acompanhamento

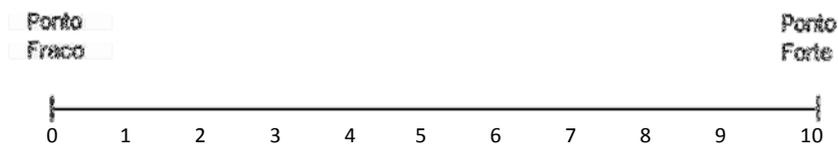
- O recurso ao endividamento é definido anualmente na Lei do Orçamento de Estado



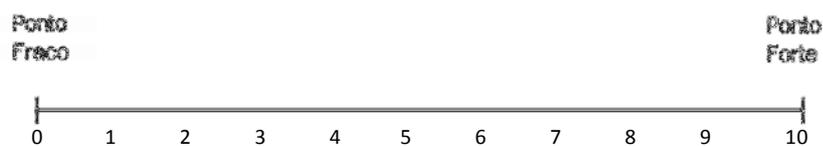
O Hospital pode celebrar acordos com entidades privadas para prestação de cuidados de saúde mediante autorização do Ministro da Saúde



O Hospital está isento do pagamento de IRC.

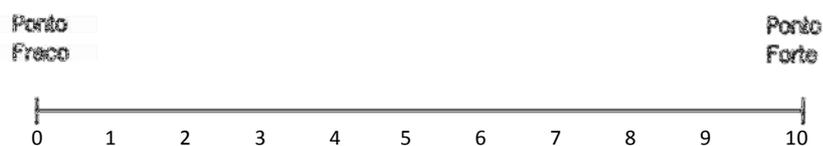


A certificação legal de contas é realizada pela Inspecção-geral de Finanças, sendo posteriormente objecto de aprovação pelo Ministro da Saúde.



#### e. Financiamento

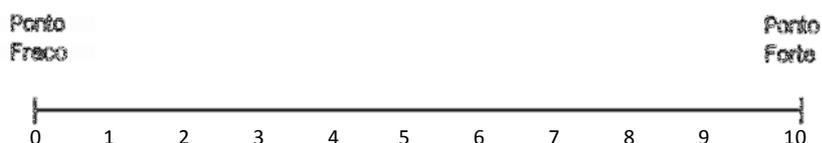
A partir de 1998, o modelo de financiamento passou a privilegiar de forma progressiva os dados relativos ao factor produção em detrimento dos dados históricos.



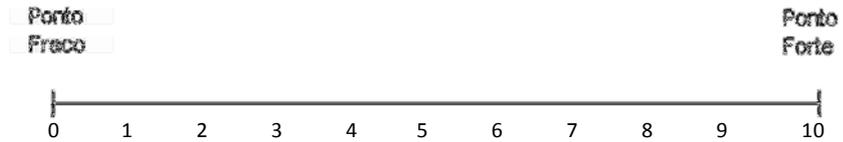
### Após a reforma de 2004

#### a. Estrutura Organizacional

Os membros da direcção técnica, clínica e de enfermagem, integram o conselho de administração como membros não executivos.

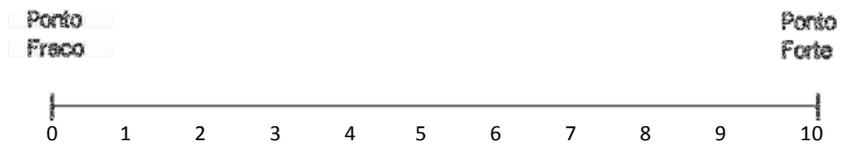


- Os directores de departamento /serviço passam a deter o poder disciplinar sobre todos os profissionais que integram o departamento/serviço, independentemente do vínculo contratual, com a salvaguarda das competências técnica e científica, atribuídas por lei a cada profissão.



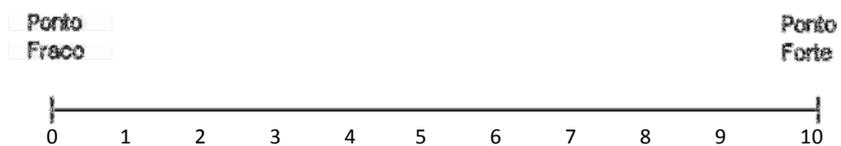
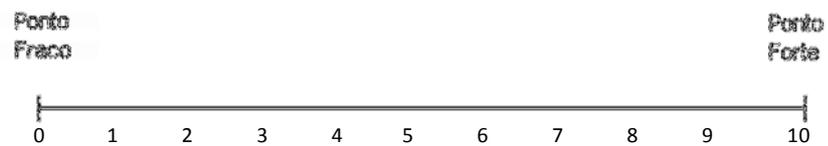
**b. Participação e Consulta**

- Hospital integra, na sua estrutura orgânica, um órgão de participação e consulta designado por conselho consultivo



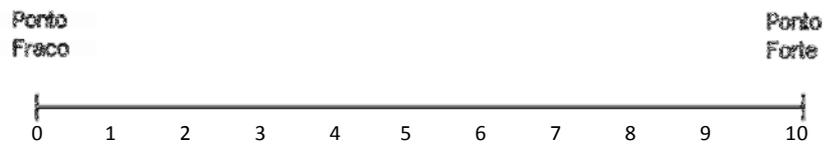
**c. Recursos Humanos**

- O regime de contratação de pessoal assenta preferencialment e no contrato individual de trabalho
- O modelo de contratação de recursos humanos contempla um sistema de incentivos aos profissionais.

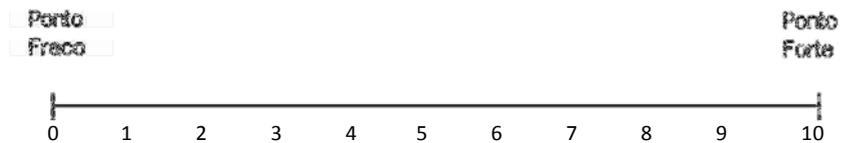


#### d. Fiscalização e Acompanhamento

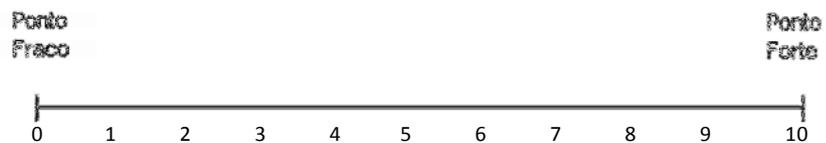
- A regulamentação de 2003 caracterizou-se pela aplicação de regras de gestão empresarial aos Hospitais do SPA.



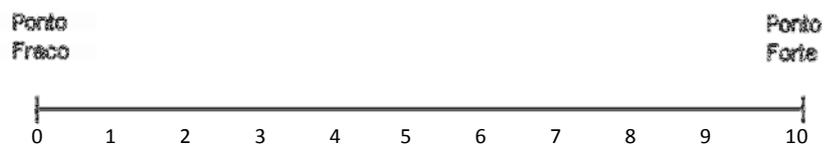
- O modelo dos Hospitais do SPA contempla a possibilidade de cessão de exploração ou subcontratação, mediante autorização do Ministro da Saúde, de um centro de responsabilidade, ou de um serviço de acção médica, a grupos de profissionais de saúde ou a entidades públicas ou privadas que demonstrem capacidade e competência técnicas.



- O Hospital está sujeito à jurisdição e aos poderes de controlo financeiro do Tribunal de Contas.

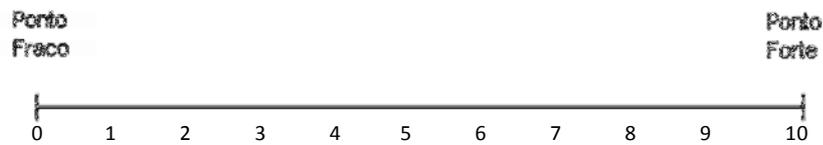


- O modelo de contratação de bens e serviços assenta na legislação das compras públicas.



#### d. Financiamento

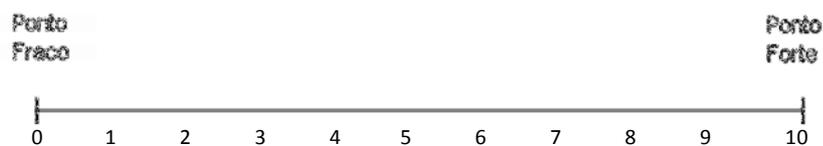
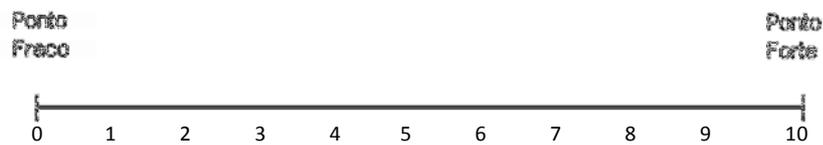
- O modelo de financiamento assenta no contrato-programa negociado com a ARS.



## Hospital público com gestão privada (por exemplo, Hospital Amadora-Sintra)

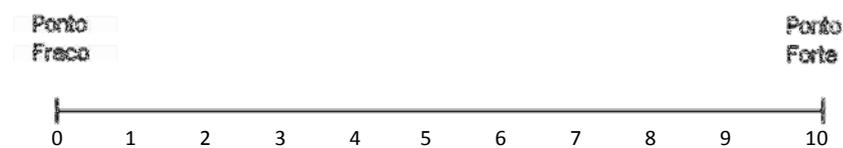
#### a. Estrutura Organizacional

- A estrutura orgânica do Hospital assenta em centros de responsabilidade.
- A direcção clínica e a direcção de enfermagem do Hospital são órgãos de direcção intermédia que dependem directamente do director geral.



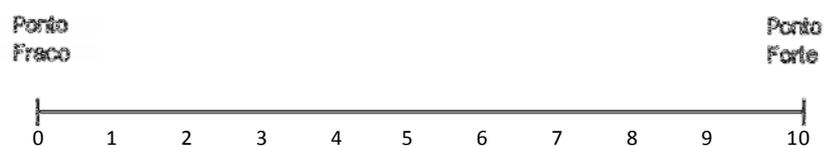
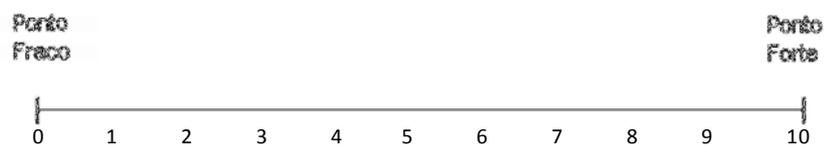
#### b. Participação e Consulta

- O Hospital não integra na sua estrutura orgânica, um órgão de consulta.



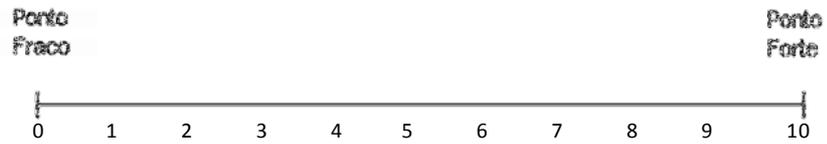
#### c. Recursos Humanos

- O Hospital integra um quadro de pessoal de empresa e um quadro de função pública.
- O contrato de gestão não assegura a intercomunicabilidade de carreiras, ou seja, o



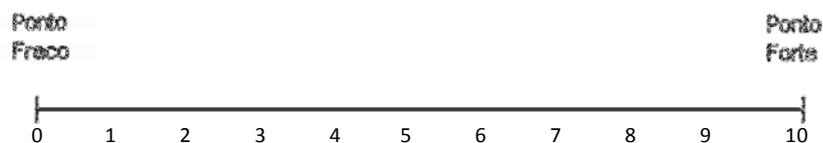
reconhecimento das carreiras, para efeitos de acesso, do sector privado para o sector público.

- O Hospital pode requisitar pessoal ao abrigo do Estatuto do SNS por um período que, nos termos gerais das requisições, pode ir até 3 anos, sem que o funcionário perca o seu vínculo à instituição de origem.

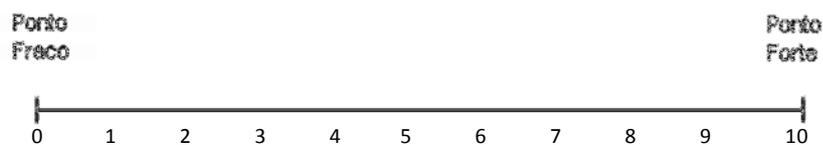


#### d. Fiscalização e Acompanhamento

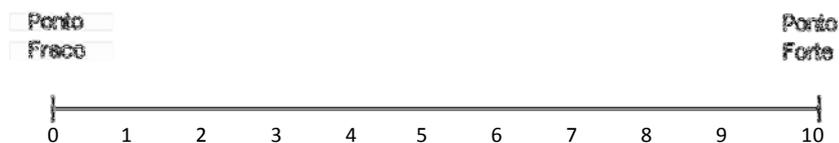
- O contrato de gestão do Hospital garante o mesmo acesso aos cuidados de saúde prestados no Hospital a todos os utentes do SNS, residentes na sua área de influência.



- O risco assumido pela Sociedade Gestora é mínimo uma vez que nos termos do contrato, a procura de cuidados de saúde até perfazer a produção contratada está sempre garantida.

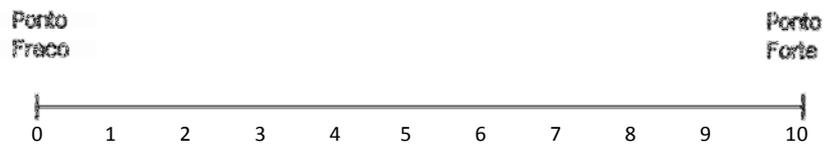


- O modelo de acompanhamento do Hospital cingia-se numa fase inicial à nomeação pela ARS de um



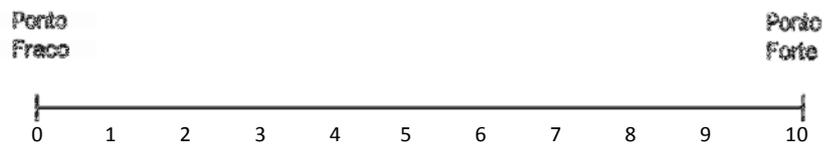
delegado que a representava a título permanente.

- O sistema de revisão da actividade contratada estabelecido no contrato de gestão conduz a que o nível de actividade média do Hospital seja superior ao estatisticamente previsto.



#### e. Financiamento

- O financiamento assenta num modelo do tipo “envelope fechado” estabelecido de acordo com a produção esperada.

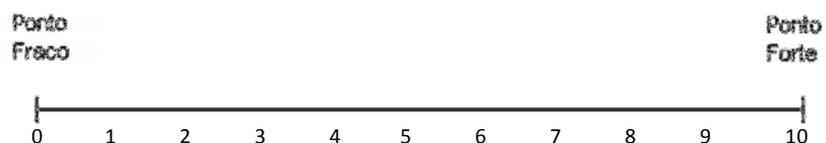
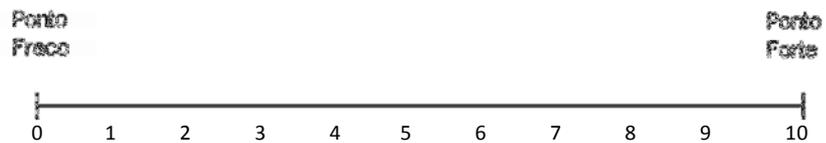


## Hospitais com gestão empresarial

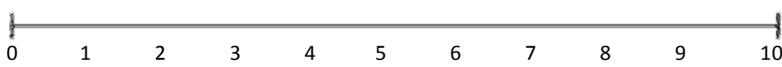
### Hospital Sociedade Anónima

#### a. Estrutura Organizacional

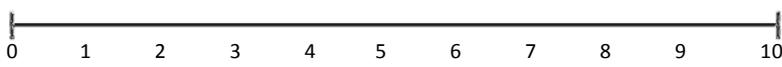
- O Hospital SA encontra-se organizado em serviços.
- A assembleia-geral é constituída por um único accionista, o Estado, representado conjuntamente por dois ministérios: Finanças e Saúde.

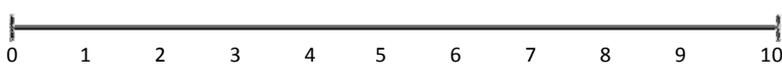


**b. Participação na Comunidade**

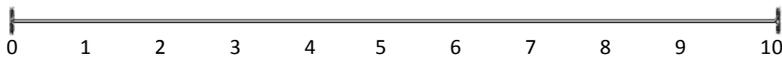
- O Hospital integralmente, na sua estrutura orgânica, conselho consultivo.
- Ponto Fraco Ponto Forte
- 

**c. Recursos Humanos**

- No Hospital SA, a opção pelo regime de contrato individual de trabalho sem perda de vínculo à função pública está limitada apenas aos funcionários inseridos em corpos especiais.
- Ponto Fraco Ponto Forte
- 

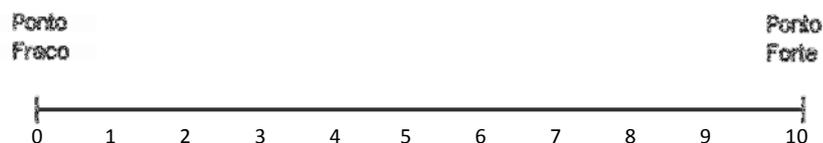
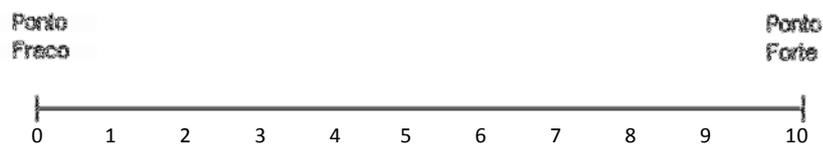
- No Hospital SA, coexistem regimes de trabalho distintos, resultado da transição de pessoal dos hospitais incumbentes, maioritariamente detentor do estatuto de funcionário público e pessoal em regime de contrato individual de trabalho.
- Ponto Fraco Ponto Forte
- 

**d. Fiscalização e Acompanhamento**

- O Hospital SA deve proceder ao aumento do capital social sempre que as suas dívidas sejam iguais ou
- Ponto Fraco Ponto Forte
- 

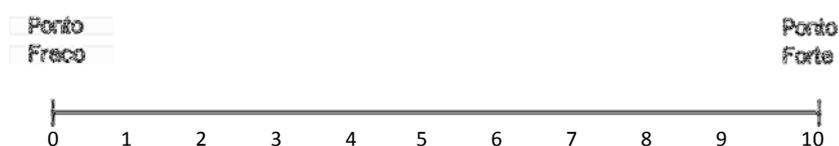
superiores a metade do seu capital social, nos termos do artigo 35.º do Código das Sociedades Comerciais.

- Os Hospitais SA dispõem de poderes especiais, nomeadamente para realizar expropriações por motivos de utilidade pública.
- O Hospital SA deve constituir anualmente uma reserva para investimento.
- A contabilidade do Hospital SA rege-se pelo plano de contabilidade pública, não obstante o Código das Sociedades Comerciais estabelecer que as sociedades anónimas aplicam o POC.



#### e. Financiamento

- O modelo de financiamento assenta no contrato-programa negociado entre o conselho de administração do Hospital e o Ministério da Saúde.



## Hospital Entidade Pública Empresarial

### a. Estrutura Organizacional

- O Hospital EPE encontra-se organizado em centros de responsabilidade e de custos.
- Ponto Fraco Ponto Forte
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- O conselho de administração detém competências reservadas e competências que pode delegar nos seus membros ou demais pessoal de direcção e chefia.
- Ponto Fraco Ponto Forte
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

### b. Participação na Comunidade

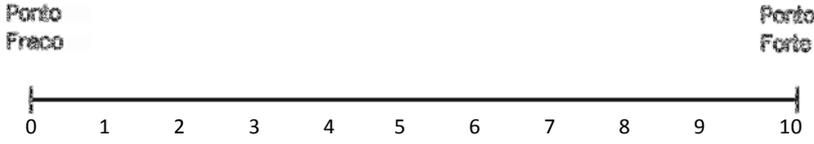
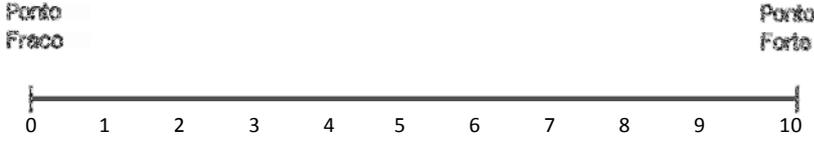
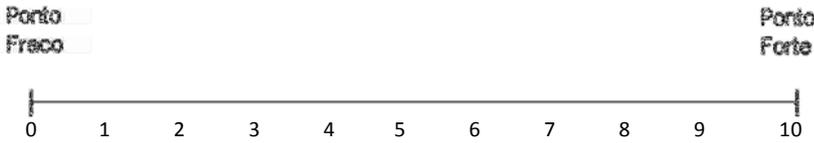
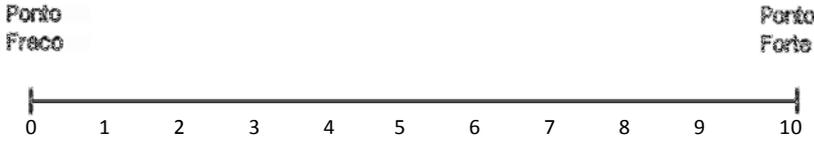
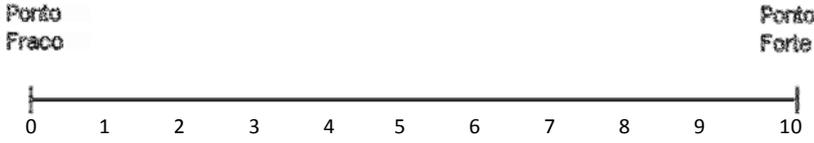
- O Hospital EPE integra na sua estrutura orgânica, o conselho consultivo.
- Ponto Fraco Ponto Forte
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

### c. Recursos Humanos

- No hospital EPE, todos os trabalhadores e agentes podem optar pela celebração de contrato de trabalho quando para o efeito lhes seja concedida licença sem vencimento (sem perda de vínculo à função pública).
- Ponto Fraco Ponto Forte
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- No Hospital EPE vigoram dois regimes de trabalho distintos: de função pública e de contrato
- Ponto Fraco Ponto Forte
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

individual de trabalho, com horários de trabalho e regalias diferenciados.

#### d. Fiscalização e Acompanhamento

- A contabilidade do Hospital rege-se pelo plano de contabilidade pública.  

- A gestão do Hospital é baseada em contratos-programa externos e internos.  

- O Hospital EPE pode mediante autorização dos Ministros das Finanças e da Saúde, ceder a exploração de serviços hospitalares bem como proceder à constituição de associações com outras entidades públicas.  

- A transformação dos Hospitais em EPE desobrigou-os do cumprimento das regras orçamentais.  

- A decisão de contracção de empréstimos é da inteira responsabilidade do conselho de administração do Hospital até 10% do capital estatutário, sendo a partir daí necessária autorização  


dos Ministros das Finanças e da Saúde, não podendo no entanto ultrapassar o limite dos 30% do respectivo capital

**e. Financiamento**

- O modelo de financiamento assenta no contrato-programa negociado entre o conselho de administração do Hospital e o Ministério da Saúde.

