



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Célia Maria Ferreira Tavares Cravo

**TRANSPARÊNCIA E PRESTAÇÃO DE
CONTAS NA SELEÇÃO DOS
MEMBROS DOS CONSELHOS DE
ADMINISTRAÇÃO NOS HOSPITAIS
PÚBLICOS:
O QUE MUDOU COM A
CRE SAP DESDE 2011?**

Dissertação no âmbito do Mestrado em Gestão e Economia da
Saúde orientada pelo Professor Doutor Vítor Manuel dos Reis
Raposo e apresentada à Faculdade de Economia da Universidade
de Coimbra

Junho de 2019

“O que não é efeito de uma escolha não pode ser considerado como mérito ou fracasso”

Milan Kundera in “A Insustentável Leveza do Ser”

AGRADECIMENTOS	iv
RESUMO	v
ABSTRACT	vii
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	ix
LISTA DE QUADROS, FIGURAS E GRÁFICOS	xii
QUADROS	xii
FIGURAS	xii
GRÁFICOS	xiii
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. ENQUADRAMENTO	1
1.2. OBJETIVOS	4
PARTE I – CONCEPTUAL (ENQUADRAMENTO TEÓRICO)	6
2. A GOVERNAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS DE SAÚDE	6
2.1. OS MODELOS DE GESTÃO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.....	7
2.2. A IMPORTÂNCIA DA SELEÇÃO NA GOVERNAÇÃO	11
2.3. OS MODELOS DE SELEÇÃO E NOMEAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E DOS MEMBROS DOS CONSELHOS DE ADMINISTRAÇÃO DE HOSPITAIS DE ALGUNS PAÍSES	16
2.3.1. AUSTRÁLIA.....	17
2.3.1.1. Cargos de Altos Dirigentes Públicos na Austrália	17
2.3.1.2. Nomeações para Hospitais na Austrália.....	18
2.3.2. HOLANDA.....	20
2.3.2.1. Cargos de Altos Dirigentes Públicos na Holanda	20
2.3.2.2. Nomeações para Hospitais na Holanda	21
2.3.3. REINO UNIDO	22

2.3.3.1. Cargos de Altos Dirigentes Públicos no Reino Unido.....	22
2.3.3.2. Nomeações para Hospitais no Reino Unido.....	24
2.3.4. REPÚBLICA CHECA.....	25
2.3.4.1. Cargos de Altos Dirigentes Públicos na República Checa.....	25
2.3.4.2. Nomeações para Hospitais na República Checa.....	26
2.3.5. NOVA ZELÂNDIA.....	26
2.3.5.1. Cargos de Altos Dirigentes Públicos na Nova Zelândia	26
2.3.5.2. Nomeações para Hospitais na Nova Zelândia	27
2.3.6. PORTUGAL	29
2.3.6.1. Cargos de Altos Dirigentes Públicos Em Portugal	29
2.3.6.2. Nomeações para Hospitais em Portugal	30
2.3.7. PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DOS MODELOS ANALISADOS	31
2.4. MODELO DA CReSAP E A SUA APLICAÇÃO NAS ENTIDADES PÚBLICAS EMPRESARIAIS E NOS ORGANISMOS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.....	34
PARTE II - EMPÍRICA	47
3. METODOLOGIA.....	47
3.1. PERFIL DOS MEMBROS DO CA NOMEADOS.....	47
3.2. TRANSPARÊNCIA DO PROCESSO DE NOMEAÇÃO.....	49
3.3. IMPACTO DA CReSAP NA IMPRENSA	49
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
4.1. PERFIL DOS MEMBROS DO CA NOMEADOS.....	55
4.1.1. DADOS RELACIONADOS COM O CA	57
4.1.2. DADOS RELACIONADOS COM A PERSONALIDADE AVALIADA	59
4.1.3. DADOS RELACIONADOS COM A FORMAÇÃO	62
4.1.4. DADOS RELACIONADOS COM A EXPERIÊNCIA	72
4.2. TRANSPARÊNCIA DO PROCESSO DE NOMEAÇÃO.....	83

4.3. IMPACTO DA CReSAP NA IMPRENSA.....	94
4.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	99
4.4.1. O NOVO PERFIL DOS MEMBROS DOS CA APÓS A INTERVENÇÃO DA CRESAP	99
4.4.2. O CONTRIBUTO DA CRESAP PARA A TRANSPARÊNCIA DO PROCESSO DE NOMEAÇÃO	101
4.4.3. O IMPACTO DA CRESAP NA IMPRENSA.....	102
5. CONCLUSÕES	104
5.1. DESCRIÇÃO DA ABORDAGEM	104
5.2. LIMITAÇÕES DO TRABALHO EMPÍRICO	105
5.2. CONTRIBUTOS DESTA INVESTIGAÇÃO	106
5.3. INVESTIGAÇÃO FUTURA	106
ANEXO I.....	108
ANEXO II.....	109
LISTA DAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	110

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Doutor Vítor Raposo, pela inestimável disponibilidade, dedicação e resiliência. Pelos esclarecimentos e ensinamentos que me transmitiu ao longo das longas etapas de elaboração desta tese. Sem a sua persistência e paciência não seria possível chegar a bom porto. Reservo-lhe aqui o meu profundo reconhecimento e gratidão.

À minha família, mãe e irmãs e especialmente ao meu marido e às minhas filhas, que sempre me apoiaram e incentivaram, compreendendo todos os momentos em que a minha ausência se justificava para, folha a folha, construir esta dissertação. Faço aqui memória agradecida de todos os instantes que me presentearam com o seu amor.

RESUMO

Gerir os recursos coletivos e prosseguir o interesse público, particularmente na área da saúde, implica dar importância à equidade, à meritocracia, à transparência e à prestação de contas públicas. Dentro dos sistemas de saúde, os hospitais, atendendo ao seu peso nas despesas, requerem uma atenção especial no que concerne ao recrutamento e seleção dos membros dos Conselhos de Administração.

Em Portugal, a criação da Comissão de Recrutamento e Seleção para a Administração Pública (CReSAP) teve, entre outros, o propósito de criar um sistema de seleção e recrutamento dos gestores públicos (hospitais), através da emissão de um parecer, não vinculativo, mas que implica uma aprovação pelo Governo e, por isso, um escrutínio das decisões dos ministérios.

Com este estudo pretendeu-se aferir o impacto da intervenção da CReSAP nas nomeações para os conselhos de administração dos hospitais, através da caracterização do novo perfil dos seus membros. Adicionalmente, o contributo da comissão para a transparência do processo de nomeação foi avaliado, através das questões mais debatidas no espaço público.

Para atingir estes objetivos, a metodologia consistiu na análise e recolha de dados, tendo como fonte as nomeações, publicadas em Diário da República, os relatórios de adequação, publicados na página eletrónica da CReSAP, e as notícias, publicadas na imprensa escrita, sobre esta comissão.

Apesar de algumas diferenças no perfil (formação, conhecimento, competências e experiência) dos membros dos CA, essas diferenças não são estatisticamente significativas. A CReSAP contribuiu para um escrutínio mais detalhado do processo de nomeação. Contudo, no período analisado, a quantidade de informação disponibilizada sobre o processo e os candidatos variou ao longo do tempo e diminuiu. Além disso, não há transparência sobre a constituição da equipa de avaliadores, que não é uniforme, havendo pareceres com dois relatores e outros com contraditor. Também a classificação dos pareceres apresenta várias formas, sem justificação, pois há pareceres com a classificação de "adequado sob condição", "adequado com limitações" e "com reservas". Esta heterogeneidade torna as escolhas incompreensíveis e opacas, em algumas situações, para a opinião pública.

A notoriedade e a transparência que a CReSAP tentou imprimir ao modelo não conseguiram prevalecer sobre as opiniões negativas que foram publicadas no período em análise.

Palavras-chave: Transparência, Governança Hospitalar, CReSAP, Prestação de Contas, Seleção e Nomeação

ABSTRACT

Managing public resources and pursuing public interest, particularly in health care, require valuing equity, meritocracy, transparency and accountability. Within health systems, hospitals, due to their load in expenses, demand special attention when it comes to recruitment and selection of members for the Boards of Directors.

In Portugal, the creation of CReSAP, a commission to select public managers, aimed at establishing a system of selection and recruitment of public managers, including managers of hospitals, through the emission of technical opinions, which, although non-binding, have to be approved by the government, thus leading to scrutiny of ministers' decisions.

This study intends to gauge the impact of CReSAP's intervention in nominations for Boards of Directors of Hospitals, through the characterization of the new profile of the appointed members. Furthermore, the impact of this commission on the transparency of the selection process is evaluated through an analysis of the most debated issues in public discourse.

To achieve these goals, the methodology consisted of collection and analysis of data from the individual nominations and curricular notes, announced and published in *Diário da República* (the national official journal), as well as the technical opinions of CReSAP and news published in the press about this commission.

Despite some differences in the profile (training, Knowledge, skills, and experience) of board members, these differences are not statistically significant. The commission contributed to a more detailed scrutiny of the nomination process. However, during the period considered in this study, the amount of information about the process and the nominees that was made available decreased. Moreover, there is no transparency about the composition of the team of examiners, which is not uniform, with some technical notes emitted by two evaluators and others including a counter-examiner. The classification in the technical notes is also varied, without justification: some technical notes are graded as "adequate under condition", "adequate with limitations" and "adequate with reservations". This heterogeneity makes some of the nominations

incomprehensible and opaque to the public. Thus, the notoriety and transparency that CReSAP tried to imprint on the selection process were overridden by the negative opinions published in the press during the period of time studied.

Therefore, based on the collected evidence, we conclude that, unlike CReSAP intended, there is not a new profile of the members of Boards of Directors in Hospitals.

Keywords: Transparency, Hospital Governance, CReSAP, Accountability, Selection and Appointment.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABD - Algemene Bestuursdienst

AC – Antes da CReSAP

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

AP - Administração Pública

APS – Australian Public Service

APSC - Australian Public Service Commission

BE – Bloco de Esquerda

BCE – Banco Central Europeu

CA – Conselho de Administração

CDS-PP – Centro Democrático Social – Partido Popular

CEO – Chief Executive Officer

CHA - Centro Hospitalar do Algarve

CHBM - Centro Hospitalar Barreiro Montijo

CHE - Crown Health Enterprises

CHLC – Centro Hospitalar Lisboa Central

CHLN - Centro Hospitalar Lisboa Norte

CHLO – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

CHMA - Centro Hospitalar Médio Ave

CHO – Centro Hospitalar do Oeste

CHPVVC – Centro Hospitalar Póvoa do Varzim e Vila do Conde

CHS - Centro Hospitalar de Setúbal

CHTMAD - Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

CHVNGE - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

CNPD - Comissão Nacional de Proteção de Dados

COFMA - Comissão de Orçamento, Finanças e Modernização Administrativa

CReSAP – Comissão de Recrutamento e Seleção para a Administração Pública

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CTP - Comissão Técnica Permanente

DHB - District Health Boards

DHS - Department of Human Service

DL - Decreto-lei
DR - Diário da República
EGP – Estatuto do Gestor Público
EPE - Entidades Públicas Empresariais
FMI – Fundo Monetário Internacional
FP - Formação Profissional
HMI - Harvard Medical Internacional
HDS - Hospital Distrital de Santarém
HESE - Hospital Espírito Santo de Évora
HFF - Hospital Fernando da Fonseca
HHS - Hospital and Health Services
HJC - Hospital João Crisóstomo
IOGP - Instituto Oftalmológico Gama Pinto
IPOP – Instituto Português de Oncologia do Porto
MBA - Master in Business Administration
N.D. – Não Disponíveis
NHS - National Health Service
NHS TDA - NHS Trust Development Authority
NIS - National Integrity System
NPM - New Public Management
NWS - New Weberian State
OCDE - Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico
ONU – Organização das Nações Unidas
PADIS - Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde
PCA - Presidente do Conselho de Administração
PCA-DC - Presidente do Conselho de Administração acumula o cargo de Diretor Clínico
PCA-DC-Hospital - Presidente do Conselho de Administração acumula o cargo de Diretor Clínico dos Cuidados Hospitalares
PCP – Partido Comunista Português
PEV – Partido Ecologista “Os Verdes”
PC – Pós CReSAP
PG - Pós-Graduação

PS – Partido Socialista
PSD – Partido Social Democrata
RCM - Resolução do Conselho de Ministros
SCS - Senior Civil Service
SEE – Setor Empresarial do Estado
SES - Senior Executive Service
SHI - Social Health Insurance
SLC – Senior Leadership Committe
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPA - Setor Público Administrativo
TIC - Tecnologias da Informação e da Comunicação
ULS - Unidades Locais de Saúde
ULSLA - Unidade Local de Saúde Litoral Alentejano
ULSNA - Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano
VCA - Vogal Executivo do Conselho de Administração
VCA-DC - Diretor Clínico
VCA-DC-CSP - Diretor Clínico dos CSP
VCA-DC-Hospital - Diretor Clínico dos Cuidados Hospitalares
VCA-ED - Enfermeiro Diretor

LISTA DE QUADROS, FIGURAS E GRÁFICOS

QUADROS

Quadro I - Diversidade de modelos quanto ao recrutamento e seleção de altos dirigentes da AP, nos países estudados

Quadro II - Diversidade de modelos quanto ao recrutamento e seleção de elementos dos CA dos hospitais, nos países estudados

Quadro III - Constituição da CReSAP – 2012

Quadro IV - Constituição da CReSAP – 2017

Quadro V - Classificação dos dados recolhidos

Quadro VI - Lista de Hospitais sem parecer disponível

Quadro VII - Descrição dos cargos

Quadro VIII - Distribuição das nomeações por género

Quadro IX – Frequência das nomeações por idade e por género

Quadro X- Frequência relativa da licenciatura em Medicina, por cargos

Quadro XI- Dados relevantes para avaliar a experiência profissional

Quadro XII – Número de pareceres não disponíveis

Quadro XIII - Classificação dos pareceres “Com Reservas” em 2013

Quadro XIV – Resumo dos comentários dos pareceres “Com Reservas” em 2013

Quadro XV – Resumo dos comentários dos pareceres “Com Reservas” em 2016

FIGURAS

Figura 1 - Atuação da CReSAP em relação a Gestores Públicos e Dirigentes Superiores

Figura 2 – Doze critérios para a avaliação de um gestor/dirigente

Figura 3 – Matriz de classificação dos artigos noticiosos

Figura 4 – Distribuição dos artigos noticiosos por categoria

GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição das nomeações por ano

Gráfico 2 – Distribuição das nomeações por cargos

Gráfico 3 – Tempo de mandato dos CA por intervalos de tempo

Gráfico 4 - Distribuição das nomeações por gênero

Gráfico 5 - Frequência relativa da formação avançada e profissional

Gráfico 6 – Licenciaturas mais frequentes nas nomeações

Gráfico 7 - Distribuição da formação avançada em gestão de serviços de saúde por gênero

Gráfico 8 - Distribuição da formação avançada em gestão de serviços de saúde por cargos

Gráficos 9 e 10 – Frequência relativa da formação Pós-Graduada em gestão de serviços de saúde

Gráfico 11 – Frequência relativa dos principais cursos de especialização em gestão de serviços de saúde

Gráfico 12 - Caracterização dos cursos de Pós-Graduação e Mestrados na área da gestão de serviços saúde

Gráfico 13 - Distribuição da formação avançada na área de gestão ou outros por gênero

Gráfico 14 - Distribuição da formação avançada na área de gestão ou outros por cargos

Gráficos 15 e 16 – Frequência relativa da formação Pós-Graduada na área de gestão ou outros

Gráfico 17 - Distribuição da formação profissional por gênero

Gráfico 18 - Distribuição da formação profissional por cargos

Gráfico 19- Frequência relativa dos principais cursos de formação profissional

Gráfico 20- Tipologia da experiência anterior dos nomeados

Gráfico 21 - Distribuição da experiência anterior em gestão pública na saúde, em CA, por gênero

Gráfico 22 – Frequência relativa de anos de experiência anterior em gestão pública na saúde, em CA, por intervalos de tempo

Gráfico 23 – Frequência relativa de anos de experiência anterior em gestão pública na saúde, em CA, por cargos

Gráfico 24 – Distribuição da experiência anterior em gestão pública na saúde, em direção intermédia, por género

Gráfico 25 – Frequência relativa de anos de experiência anterior em gestão pública na saúde, em gestão intermédia, por intervalos de tempo

Gráfico 26 – Frequência relativa de anos de experiência anterior em gestão pública na saúde, em gestão intermédia, por cargos

Gráfico 27 – Distribuição da experiência anterior em gestão pública por género

Gráfico 28 – Distribuição da experiência anterior em gestão pública por intervalos de tempo

Gráfico 29 – Frequência relativa de anos de experiência anterior em gestão pública por cargos

Gráfico 30 – Distribuição da experiência anterior em cargos políticos por género

Gráfico 31 – Distribuição da experiência anterior em cargos políticos por intervalos de tempo

Gráfico 32 – Frequência relativa de anos de experiência anterior em cargos políticos por cargos

Gráfico 33 – Distribuição da experiência anterior em gestão privada por género

Gráfico 34 – Distribuição da experiência anterior em gestão privada por intervalos de tempo

Gráfico 35 – Frequência relativa de anos de experiência anterior em gestão privada por cargos

Gráfico 36 – Evolução da transparência das decisões da CReSAP ao longo do tempo

Gráfico 37 – Tipos de parecer da CReSAP

Gráfico 38 – Frequência relativa de pareceres por ano

Gráfico 39 – Frequência de pareceres com relator e contraditor

Gráfico 40 – Frequência relativa de pareceres por relator

Gráfico 41 – Frequência relativa de pareceres por contraditor

Gráfico 42 – Tipo de parecer por relator

Gráfico 43 – Parecer “Não adequado” por cargo

Gráfico 44 – Frequência de notícias por meio de comunicação

Gráfico 45 - Distribuição dos artigos noticiosos por ano

Gráfico 46 - Frequência de artigos com ou sem a intervenção da CReSAP

Gráfico 47 – Frequência de artigos sobre aspectos estratégicos ou operacionais da CReSAP

Gráfico 48 – Frequência de artigos classificados quanto ao ângulo da notícia, para a CReSAP, por categoria

1. INTRODUÇÃO

1.1. ENQUADRAMENTO

No campo das práticas de boa governação, nomeadamente da governação hospitalar, um dos fatores relacionados com a transparência e a prestação de contas está associado à forma como os membros dos Conselhos de Administração (CA) são nomeados e, especificamente, quais os critérios utilizados para esse efeito (Raposo, 2007).

Quando em Portugal se iniciou, em 2002, o processo de empresarialização dos hospitais públicos, seguindo a lógica das reformas da nova gestão pública, era expectável que o processo de seleção e de nomeação dos CA tivesse evoluído no sentido de assegurar a observância de critérios de transparência, isenção e mérito. No entanto, o processo manteve-se praticamente inalterado, apesar das transformações que ocorreram no setor hospitalar. A este propósito, Raposo (2007) salienta que “o sistema de nomeação é pouco transparente tendo em conta o critério de nomeação demasiado vago e a conhecida interferência política nos processos de nomeação que fragilizam o hospital – quer na sua imagem quer na adaptação do novo CA (que vai ter de conhecer a organização, os projetos em curso, e compreender, nalguns casos, um novo sector) – e os nomeados para os CA – que podem ser muito competentes, mas veem o seu nome envolvido em polémica”.

Sobre este tema muito se tem discutido, tendo sido colocado, novamente sob a atenção pública, com o conjunto de recomendações que deram ênfase à importância de introduzir alterações ao modelo de recrutamento, constantes no “Memorando de entendimento”, celebrado entre o Governo Português, a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu (BCE) e o Fundo Monetário Internacional (FMI), a 17 de Maio de 2011, conhecido pelo “Memorando da Troika”, onde foi definida uma meta específica sobre a necessidade de uma seleção mais transparente dos presidentes e dos membros das administrações hospitalares inserida no objetivo de aumentar a eficiência e a eficácia do sistema nacional de saúde. A 4ª revisão deste memorando de entendimento, com a data de 27/6/2012, reiterou esta meta adequando o horizonte temporal para o segundo trimestre de 2012. Também o Tribunal de Contas, em 2011, na “Auditoria ao sistema remuneratório dos gestores hospitalares e aos princípios e boas práticas de governação dos

Hospitais EPE” (Relatório nº 17/2011- 2ª S – processo nº 20/10 – Audit), faz uma recomendação específica ao Ministro de Estado e das Finanças e ao Ministro da Saúde, sobre esta matéria. Por último, o “*Relatório final do grupo técnico para a reforma hospitalar*” – Ministério da Saúde 2011 “Os cidadãos no centro do sistema. Os profissionais no centro da mudança”, no capítulo dedicado à forma de melhorar a governação, dedica uma medida à seleção dos membros dos CA.

Apesar de algumas alterações importantes (publicação do novo estatuto do gestor público¹, os princípios de bom governo das empresas do Setor Empresarial do Estado (SEE)² e a alteração do regime jurídico do sector empresarial do Estado e das empresas públicas³), que constituíram alavancas para a promoção da governação hospitalar e dos princípios da boa governação nos hospitais públicos, o processo de seleção e nomeação dos membros dos CA manteve-se cristalizado, não obstante as recomendações do Tribunal de Contas e de vários investigadores, parecendo ter sido o memorando de entendimento que desencadeou o processo de mudança.

Com o XIX Governo Constitucional de Portugal, assistimos a duas alterações importantes relacionadas com esta questão: por um lado, foi criada uma página no Portal do Governo onde eram indicadas as nomeações para cada Ministério, nomeadamente os gestores públicos do Ministério da Saúde⁴; por outro lado, foi criada a Comissão de

¹ Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de Março de 2007. Alterado à luz das circunstâncias ditadas pelo programa de ajuda económica e financeira, a que Portugal passou a estar sujeito a partir de Maio de 2011. A revisão operou-se pela publicação do Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de Janeiro de 2012, e incidiu, de forma particular, sobre os aspetos relacionados com o recrutamento e seleção e as remunerações e benefícios, associados a uma gestão por objetivos.

² Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2007, de 28 de Março de 2007. Deste diploma destaca-se os princípios relativos à divulgação de informação que define que toda a informação relacionada com os princípios de bom governo devem ser divulgados ao público através de um sítio na Internet (“sítio das empresas do Estado”), a criar pela Direcção-Geral do Tesouro e Finanças (<http://www.dgtf.pt>).

³ 9-h-Lei n.º 300/2007, de 23 de Agosto de 2007.

⁴ No endereço <http://wwwportugal.gov.pt/pt/o-governo/nomeacoes/ministerio-da-saude.aspx>, no ponto relativo às nomeações no Sector Empresarial do Estado, estiveram disponíveis as nomeações, o que já não ocorre em 2018.

Recrutamento e Seleção para a Administração Pública (CReSAP)⁵, a quem foi atribuída a condução do processo concursal destinado à seleção da alta direção da Administração Pública (AP) e a avaliação curricular não vinculativa sobre a adequação das competências das entidades propostas para o exercício de cargos de gestor público, estatuto aplicado aos Hospitais, quer sejam Entidades Públicas Empresarias (EPE), quer pertençam ao Setor Público administrativo (SPA) ou sejam Unidades Locais de Saúde (ULS).

A criação da CReSAP materializou as recomendações, mais genéricas, de dotar o sistema de seleção e recrutamento dos dirigentes da AP, de maior transparência, com a introdução dos concursos assegurando, dessa forma, que as escolhas se baseiam em critérios objetivos e conhecidos. Uma parte deste propósito contaminou o recrutamento e seleção dos gestores das empresas públicas, pois apesar do parecer da CReSAP, nestes casos, não ser vinculativo, passou a verificar-se a necessidade de uma aprovação e de um escrutínio das decisões do Governo sobre a seleção dos membros dos CA das empresas públicas, onde se incluem os hospitais.

A submissão ao parecer da CReSAP, além de aumentar a transparência e assim dotar os cidadãos do conhecimento dos critérios subjacentes às escolhas das personalidades encarregues de gerir as empresas públicas e os seus recursos, pretendia atestar que se escolhem as personalidades com mais competências para desempenharem esse papel.

Na senda das recomendações enumeradas, e atendendo à escassez dos recursos públicos em geral e na saúde em particular, é fundamental existir uma gestão criteriosa e eficiente, o que determina a importância da seleção de um conjunto de competências, no recrutamento dos membros do CA dos Hospitais.

Mas os hospitais apresentam-se como organizações complexas o que suscita a dúvida sobre se a aplicação do modelo da CReSAP conseguirá garantir que a seleção escolhe as lideranças mais capazes, o que nos leva a procurar conhecer o que se faz, na área de recrutamento e seleção de dirigentes da AP e de membros dos CA dos hospitais, noutros países.

⁵ Lei n.º 64/2011, de 22 de Dezembro de 2012.

A CReSAP introduziu um novo paradigma na AP e com ela mudanças de atitudes e crenças que tocam indelevelmente a sociedade e os atores da AP e que pode ser avaliado através da sua visibilidade na imprensa.

1.2. OBJETIVOS

Com este trabalho pretende-se efetuar uma caracterização da realidade portuguesa, no que concerne à seleção e nomeação dos membros dos CA dos Hospitais Públicos, aquilatar as suas semelhanças e diferenças com a realidade de outros países e efetuar uma reflexão e primeira avaliação sobre o papel e a visibilidade pública da CReSAP neste processo.

Para o efeito procuraremos responder às seguintes questões:

- a) Qual é a importância da seleção dos membros do CA dos Hospitais?
- b) Quais são os modelos de seleção e nomeação dos membros dos CA que existem noutros países?
- c) Qual é o papel da CReSAP na seleção dos dirigentes da AP e dos Gestores Públicos, nomeadamente do setor hospitalar?
- d) Qual o novo perfil dos membros dos CA e perceber se existem ou não diferenças após a intervenção da CReSAP?
- e) Qual o contributo da CReSAP para a transparência no processo de nomeação dos gestores públicos dos hospitais e qual a visibilidade que essa atuação teve na comunicação social?

A resposta à pergunta a) tem por objetivo identificar os valores e as variáveis que devem ser atendidas quando se efetua o recrutamento dos membros do CA dos hospitais, tendo em conta o enquadramento, na AP e no contexto da saúde dos hospitais.

Por seu turno, na resposta à pergunta b), de contexto internacional, procurar-se-á identificar e caracterizar a existência de estruturas responsáveis pelo processo de seleção e nomeação, o seu poder (vinculativo ou não) e os critérios de seleção existentes.

Seguidamente, a pergunta c) induzirá a pesquisa das mudanças legais que caracterizam a realidade portuguesa com as alterações introduzidas com a criação da CReSAP e os seus efeitos imediatos no recrutamento dos dirigentes da AP e nos gestores públicos, nomeadamente para os CA dos hospitais.

A pergunta d) procura incitar a caracterização do perfil dos novos CA, nomeadamente, a verificação da ação da CReSAP neste processo.

Por último, a pergunta e) visa questionar o impacto da atuação da CReSAP na opinião pública, nomeadamente, na imprensa escrita, e quais os assuntos ou aspetos mais debatidos e noticiados.

PARTE I – CONCEPTUAL (ENQUADRAMENTO TEÓRICO)

2. A GOVERNAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS DE SAÚDE

As políticas públicas têm a função de garantir uma justa redistribuição da riqueza e, conseqüentemente contribuir para a diminuição da iniquidade. Os modelos de governação da AP têm vindo a dar grande importância à transparência, à diferenciação, à meritocracia e à prestação de contas públicas. Os diferentes países interpretaram e aplicaram de forma distinta os modelos de governação, quer na AP, em geral, quer nas organizações de saúde, em particular. Assim, podemos encontrar, o paradigma da meritocracia, na seleção e recrutamento dos dirigentes, executado de forma mais ou menos intensa, nos países que foram objeto de análise.

No que concerne ao bem social que é a saúde, a sua garantia, de uma forma geral e universal, revela-se um imperativo ético e económico, pois tem um grande impacto no crescimento económico e na riqueza de um país. Para melhorar o estado da saúde da população é imperioso que seja garantido um serviço de saúde adequado às necessidades.

Atendendo a que nesta área os recursos são tendencialmente escassos, é fundamental maximizar a eficiência na sua utilização garantindo a qualidade. Nem sempre a equação da redistribuição tem uma resolução fácil, todavia, esta resolução é condição necessária para a prossecução do interesse público, pelo que a governação dos serviços de saúde assume um papel importante, nomeadamente o mérito e qualificações dos gestores que materializam essa governação.

Existe evidência da relação entre o desempenho dos sistemas de saúde e as práticas de gestão, nomeadamente, a liderança e os seus atributos culturais que estão relacionados com os valores e as abordagens adotadas. A criação de valor, por parte da gestão, está intimamente ligada com a capacidade de melhorar a gestão dos processos (Porter 2010, Alves, 2011), especificamente, com a medição de resultados (o numerador da equação) e dos custos (o denominador da equação), assim como a gestão do valor produzido (Lega, 2013). Dentro dos sistemas de saúde, os hospitais, atendendo ao seu peso nas despesas, requerem uma atenção especial no que concerne ao recrutamento e seleção dos membros dos Conselhos de Administração.

2.1. OS MODELOS DE GESTÃO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Nos anos 80 e 90 do século passado, a teoria da New Public Management (NPM), proclamou a obsolescência do Modelo Burocrático Weberiano e enfatizou a necessidade imperiosa de modificar o aparelho de Estado para lhe conferir melhor desempenho (Leite, 2016).

A abordagem NPM iniciou-se no mundo anglo-saxónico a partir de meados da década de 80. Também foram tentadas abordagens por alguns países fora da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE), muitas vezes como parte de programas de reforma do sector público apoiadas por agências internacionais (Robinson, 2015).

Nesses anos, diversos autores acreditaram que a NPM seria responsável pela alteração completa da AP, tal como se tinha conhecido até aí. A formulação clássica da NPM defende uma abordagem de mudança da gestão administrativa e burocrática weberiana para a prestação de serviços públicos. Os elementos-chave da NPM são, para além da lógica da prestação de serviços públicos, uma preocupação com a gestão do desempenho e o controlo da produção, o uso dos mercados e a concorrência como meio de alocação de recursos (com a reformulação dos cidadãos como "clientes" do serviço público) e uma atenção muito especial às lições da gestão do setor privado para a prestação de serviços públicos (Osborne, 2013).

No entanto, a partir do ano 2000, foram crescendo as críticas à NPM e, nos anos seguintes, podemos encontrar várias considerações sobre a inexistência de evidências de melhorias de eficiência, efetividade e qualidade dos sistemas de AP.

Assim, foi iniciado um movimento para repensar a reforma do Estado, pois apesar de alguns sucessos, os resultados globais ficaram aquém do esperado, quer no que respeita à precariedade da capacidade dos Estados de fornecer os serviços públicos básicos, quer à prevalência da corrupção. Pelo que se preconizou uma abordagem híbrida como estratégia de gestão da AP, para garantir um melhor equilíbrio de um triunvirato constituído pela organização administrativa, a participação dos cidadãos e a lógica de mercado (Evans, 2002).

Este conceito de modelo híbrido, o New Weberian State (NWS)⁶, tem relevantes consequências para a compreensão dos novos rumos da discussão mais contemporânea sobre a reforma do Estado e modelos de Gestão Pública, ao propor uma combinação virtuosa de elementos inescapáveis da burocracia weberiana com instrumentos fundamentais, em prol da eficiência nas políticas públicas contemplados pelas correntes teóricas da NPM (Leite, 2016).

Alguns dos marcos conceptuais e teóricos do Modelo Burocrático Weberiano revelaram-se robustos e inabaláveis, pois dão ênfase ao papel do Estado e das suas instituições, dotadas de competências técnicas, com uma cultura fortemente ancorada em regras e procedimentos onde a meritocracia se revela importante. Por conseguinte, o formato híbrido de Estado, defende uma espécie de fusão dos elementos de um Estado ativo e possuidor de uma forte capacidade administrativa (Modelo Burocrático Weberiano), com elementos da NPM, como o recrutamento para cargos públicos envolvendo critérios meritocráticos impessoais e em que os recrutados, nessas organizações, podem esperar recompensas de carreira a longo prazo, prática que se aproxima da existente, no setor privado.

A burocracia híbrida ao incorporar o recrutamento realizado de acordo com o mérito, uma das ferramentas básicas da NPM, vai ao encontro das necessidades e desejos dos cidadãos, materializando a aproximação da burocracia com a sociedade, diminuindo o *déficit* democrático.

Aliás esta perspectiva colhe a concordância de outros autores, pois os serviços públicos têm características distintivas, o que implica que qualquer abordagem não pode ser simplesmente uma transferência da experiência do setor privado, pois é demasiado

⁶ Em 2004, Christopher Pollitt e Geert Bouckaert introduziram o termo “Estado neo-weberiano” na discussão internacional da reforma da gestão pública (Pollitt e Bouckaert 2004). Trata-se de um conceito teórico positivo de modernização que reconhece alguns princípios da burocracia weberiana tradicional (papel do Estado e do serviço público e da democracia representativa) com algumas ferramentas de eficiência da NPM (orientação para as necessidades e desejos dos cidadãos, cultura profissional de qualidade e serviço, mecanismos de consulta e representação direta dos cidadãos, orientação para os resultados, profissionalização dos gestores, meritocracia) (Lynn,2008)

simplista e privilegia a perspectiva do consumidor, sobre a satisfação do serviço, mas sem fomentar a relação com os resultados de serviço público (Osborne 2012).

No que tange à área da saúde, verifica-se que as despesas com a saúde, em todos os países desenvolvidos, têm vindo a aumentar e desencadeiam preocupações com a sustentabilidade dos sistemas de saúde, com particular atenção aos Hospitais, pela sua especialização. O aumento dos custos ocorreu, essencialmente, como consequência do envelhecimento da população e do desenvolvimento tecnológico. A crise financeira aumentou a preocupação com a sustentabilidade e, conseqüentemente, a equidade e o acesso, o que é particularmente relevante em Portugal atendendo a que o sistema de saúde é financiado através de impostos.

A resposta nos anos 80 foi colocar mais dinheiro no sistema sem se prestar atenção à eficiência e ao controlo de custos. A crise económica obrigou os decisores políticos a olharem para o controlo de custos, desencadeando-se políticas de limitação do recrutamento de recursos humanos, de centralização de compras e limitações de investimento, entre outras (Lega, 2013).

Mas os desafios da saúde global, típicos de uma nova era, acarretam desafios complexos. Ao pensar sobre a saúde nas populações, devemos analisar duas dimensões essenciais: condições de saúde (por exemplo: doenças e fatores de risco) e a forma como a sociedade responde a essas condições. A saúde global está ameaçada pelas doenças transmissíveis, como as infeções, mas também pela desnutrição e pelo aumento da carga global de doenças não transmissíveis e seus fatores de risco associados, como o tabagismo e a obesidade e, por último, pelos desafios decorrentes da própria globalização, como os efeitos das mudanças climáticas e das políticas comerciais, sobre a saúde, que exigem um envolvimento fora deste setor. Uma resposta robusta a esse quadro complexo requer uma melhor governação dos sistemas de saúde - certamente a nível nacional, mas também a nível mundial, no que poderia ser pensado como o "sistema global de saúde".

Na saúde há muitas vezes objetivos conflitantes, como seja o acesso aos serviços, a prestação de cuidados de alta qualidade com segurança e a contenção de custos. Os sistemas de saúde têm como objetivo conseguir o alto valor para os utentes, traduzido em resultados de saúde alcançados. A redução de custos, sem atenção aos resultados, pode ser perigosa pois limita o acesso aos cuidados e é autodestrutiva.

O sistema de saúde português confronta-se com o desafio que é conseguir um equilíbrio entre a sustentabilidade financeira e a possibilidade de expansão do Serviço Nacional de Saúde (SNS), pois os valores da despesa em cuidados de saúde e a fraca eficiência do SNS têm impedido a possibilidade de melhoria em campos sem resposta, como saúde dentária, saúde mental, cuidados paliativos e qualidade geral do SNS (Simões, 2017).

No sistema de saúde, os hospitais, pela sua diferenciação e especialização, (Edwards et al., 2004, McKee e Healy, 2002), representam uma parte substancial deste todo e merecem particular atenção, no que respeita ao consumo de recursos e ao valor acrescentado que podem aportar ao sistema de saúde. As teorias do NPM e NWS, com muita sensibilidade para a despesa pública, foram aplicadas nos Hospitais através de reformas tecnológicas, de gestão, de financiamento e organizacionais, introduzindo algumas alterações na gestão, mas nenhuma teve a capacidade de atenuar a complexidade destas organizações (Harding e Preker, 2001, 2003).

A gestão desempenha um papel importante na racionalização do hospital (Alves, 2011), no entanto, é comumente aceite a complexidade das instituições hospitalares, independentemente da sua dimensão (Mintzberg, 1989, Glouberman e Mintzberg, 2001 a, b) representando, segundo Drucker (1989), a forma mais complexa de organização humana que alguma vez se tentou gerir.

As organizações complexas e complicadas são surpreendentes, ambíguas e paradoxais. A variabilidade, a imprevisibilidade e a instabilidade são elementos que estão presentes nestes sistemas. Os Hospitais são classificados, quanto à configuração estrutural da organização, como uma burocracia profissional (Mintzberg, 1999), pois o trabalho operacional é complexo e amplamente apoiado nas competências, na autonomia e nos conhecimentos dos seus profissionais, ou seja, os hospitais são organizações pluralistas com múltiplos objetivos e, não são, necessariamente, compatíveis com uma orientação estratégica única, o que constitui um desafio à gestão. Os Hospitais são, em grande medida, dominados por grupos profissionais e movem-se em ambientes altamente regulamentados (formais) e informais (valores, normas, identidades, etc.), com múltiplas missões, como a prestação de cuidados, mas também a investigação e o ensino/formação de profissionais. A presença de um grande número de agentes interagindo, a sua autonomia, as regras para

a operação do sistema, a auto coordenação, a cooperação e auto-organização, formam um ambiente organizacional único que caracteriza sistemas complexos.

Não é possível ignorar estas características ao desenvolver e implementar modelos e práticas de gestão e nem sempre a importação de modelos de outros setores traz os benefícios e resultados esperados.

Esta complexidade é resultado da confluência de profissões (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, administradores, etc.) e de outros interessados (doentes, Governo, etc.) muitas vezes defendendo aspetos, perspectivas e horizontes temporais, aparentemente incompatíveis. Dentro do hospital há uma separação tradicional entre os prestadores sem formação ou capacidade de gestão e os gestores sem competência técnica no âmbito das ciências da saúde, (Barros, 2002, Golden, 2006).

Nestes termos, o papel dos órgãos de governo, nos hospitais, apresenta algumas limitações, pois os seus elementos, quando isolados, não têm controlo direto sobre os profissionais e o seu poder fica anulado perante o poder coletivo dos mesmos. Porém, a governação hospitalar poderá assumir outros papéis que lhe permitem ter um poder indireto na estrutura organizativa, assim como nas fronteiras da organização.

Ou seja, a governação hospitalar deverá deixar de se focar na preocupação tradicional da gestão da estrutura e da infraestrutura e mais nos requisitos e nas exigências dos cuidados a prestar aos doentes e às necessidades dos outros interessados. (Raposo, 2007).

2.2. A IMPORTÂNCIA DA SELEÇÃO NA GOVERNAÇÃO

Nas últimas duas décadas, a maioria dos serviços de saúde estiveram concentrados na reorganização, quanto à estrutura e à governação, mas esses esforços são insuficientes se não forem acompanhados pelo desenvolvimento, a longo prazo, das capacidades e competências de gestão (cit. por Lega, 2013).

Atendendo a que os Hospitais são organizações baseadas no conhecimento (Karamitri et al., 2015), o capital humano é crucial para o seu sucesso. Há correntes que dão importância à liderança e afirmam que esta é um fator crítico, enquanto outras argumentam que os líderes têm um papel tão limitado que têm pouco impacto no

desempenho das organizações. Assim deverá ser colocada a questão: "Quando é que a liderança faz a diferença? ".

Nas organizações onde as oportunidades são escassas, os líderes têm um impacto maior sobre o desempenho da organização, mas em ambientes onde as oportunidades são abundantes o impacto é limitado (Wasserman, 2001). Neste estudo foi possível perceber que em contextos de abundância, sem limitações evidentes, os líderes podem desperdiçar recursos, tendo assim um impacto pouco significativo sobre o desempenho da organização.

Fica, pois, claro o impacto da liderança e a necessidade de existir um cuidado redobrado na escolha dos líderes, quando se identifica que há oportunidades escassas e baixa disponibilidade de recursos, como é o caso da saúde e dos hospitais.

Uma das formas de melhorar a eficiência dos sistemas de saúde passa por garantir a escolha de profissionais competentes, mais do que diligenciar o aumento de cláusulas contratuais ou aumentar os incentivos extrínsecos. Não restam dúvidas de que a liderança tem um forte impacto no desempenho financeiro, na prestação de cuidados de saúde, na melhoria de indicadores assistenciais, na satisfação dos profissionais e na retenção de talentos (Pêcego, 2010, Lega, 2013).

A escolha de profissionais competentes, para a liderança, deve ter como objetivo estabelecer relações de confiança, a todos os níveis, e depende diretamente das competências pessoais, da história de carreira, da experiência profissional e do investimento na formação.

No entanto, o "efeito líder" não deverá ser atribuído a um único indivíduo no topo da organização, apesar do grande impacto do presidente, o resultado deverá decorrer das ações do conjunto do CA. Uma das decisões mais importantes, para os Presidentes do CA deverá ser a escolha da composição da equipa (Wasserman 2001).

Um CA eficaz não é obra do acaso e da sorte, podem existir diferentes formas e critérios para fazer essa escolha. A identificação de indivíduos com a combinação certa de conhecimentos e competências é importante, mas não se pode esquecer a perspetiva do conjunto do CA, pois o todo é maior do que a soma das partes (Tyler, 2001).

A seleção dos membros do CA obriga à especificação das competências exigidas, da experiência e dos atributos e condiciona a capacidade efetiva de governação do CA. Por outro lado, é crucial que os nomeados sejam integralmente informados e instruídos sobre

o seu novo papel para garantir um forte desempenho do CA, partindo do princípio que um CA deve ser uma equipa coesa, equilibrada e que se completa (Raposo, 2007).

A composição do CA pode determinar o desempenho do hospital, sendo que a presença de elementos internos, pertencentes à estrutura hospitalar, pode ser benéfica por conhecerem a organização, mas, também se pode ver esta participação, por outra perspectiva, que é a do aumento da vulnerabilidade, do CA, pois estes elementos internos podem induzir políticas ineficazes e oportunistas, por conflito de interesses, isto é, na medida em que podem desejar perseguir os seus próprios interesses mais específicos, em vez dos interesses mais gerais do hospital (Molinari, 1993).

Os profissionais altamente especializados, nos hospitais, detêm o controlo técnico sobre o seu trabalho, mas almejam poder controlar as decisões da administração, especialmente as que possam afetar o desempenho da sua profissão. Para que isso aconteça deverão controlar a linha hierárquica assegurando que alguns dos seus pares farão parte do CA.

O estudo desenvolvido por Molinari *et al.*, foi uma tentativa de abordar sistematicamente a questão de saber se a participação de elementos internos e membros da comunidade, no CA do hospital, está relacionada com o desempenho da organização. Os resultados deste estudo, limitado pela amostra, levam a crer que a participação dos membros internos, no CA, está associada ao melhor desempenho financeiro do hospital e que os benefícios do conhecimento interno prevalecem sobre o potencial do oportunismo.

Contudo, existe uma outra perspectiva que equaciona a possibilidade de elementos executivos, de fora da saúde poderem trazer outras competências e uma nova perspectiva, especialmente em áreas em que é necessário pensamento inovador e criatividade, como as parcerias de saúde não tradicionais, a análise de dados, as operações "*lean*" e a logística. Mas há riscos para esses recrutamentos, pois a área da saúde é um campo complicado, complexo e fortemente regulamentado que pode representar uma curva de aprendizagem muito íngreme para os recém-chegados, especialmente para as áreas do desempenho assistencial e financeiro.

Também se devem fazer cálculos de risco semelhantes, quando se consideram os elementos internos à organização, especialmente quando assumem um papel de liderança pela primeira vez (Health Research & Educational Trust, 2014).

Há consenso sobre algumas das competências que deverão estar presentes nos elementos do CA, pois há evidência de que líderes com experiência e que já passaram por diversas estruturas de saúde estão em condições de alcançar níveis superiores de desempenho (Lega, 2013) e os resultados sugerem que a participação no CA de médicos pode servir para cooptar os médicos do Hospital, no processo de tomada de decisão e, assim, aumentar seu apoio à estratégia hospitalar (Molinari, 1993). O envolvimento dos médicos na gestão é benéfico pois tem impacto positivo no compromisso dos profissionais, os líderes médicos estão em melhores condições para influenciar os colegas na inovação, na produtividade e na qualidade (Lega, 2013).

Embora muitas vezes o foco seja sobre as competências da equipe médica, a formação clínica dos gestores é um fator importante na melhoria das práticas de gestão.

Encontramos uma forte relação entre um aumento no número de gestores com grau clínico e uma melhoria na pontuação de gestão de uma organização (Bloom, 2010).

Todavia, os projetos de mudança e os novos modelos organizacionais, com o intuito de melhorar o desempenho clínico e financeiro, só serão possíveis se os clínicos forem detentores de competências de gestão.

Assim, os hospitais com melhor desempenho distinguem-se dos outros pela liderança e pela estratégia que é baseada num desempenho multidimensional com objetivos claros e uso de práticas de gestão com o envolvimento de todos os profissionais (Lega, 2013).

No panorama dos hospitais públicos portugueses e, considerando que, na sua maioria, os CA vão lidar com organizações que movimentam orçamentos e investimentos superiores a muitas empresas do sector privado e, sabendo que estas colocam cuidados adicionais, com critérios bem definidos de escolha e seleção, na formação dos seus CA, o Estado também deve fazê-lo (Raposo, 2007).

No campo das boas práticas de governação hospitalar, no que se refere aos princípios de transparência e de prestação de contas/responsabilização pelos resultados (accountability), a forma como os membros dos CA são nomeados e os critérios associados têm vindo a ser considerados fatores importantes (Raposo, 2007, Raposo e Harfouche, 2011). Documentos mais recentes do European Observatory on Health Systems and Policies (Saltman et al., 2011), do Department of Health of the Victorian Health Services

(Department of Health, 2012a, b), da American Hospital Association's (Center for Healthcare Governance, 2014), e do Center for International Private Enterprise (CIPE) e U.S. Agency for International Development (USAID) que focam o tema da governação hospitalar e/ou princípios e linhas de orientação para boa governação hospitalar (Healthcare Governance & Transparency Association, 2014) têm vindo sistematicamente a reforçar a importância deste tema.

A meritocracia ou seleção com base no mérito tem sido comumente aceite, e até valorizada, como garantia de imparcialidade, de atuação ética e como um sinal de modernidade, sendo uma das formas de garantir a transparência e a luta contra a corrupção. Para a sociologia contemporânea a meritocracia corresponde a um sistema em que as posições sociais são preenchidas com base no mérito individual e não em virtude de critérios como a riqueza, o sexo, a origem social ou a cor do partido político onde se milita (Bilhim, 2013).

2.3. OS MODELOS DE SELEÇÃO E NOMEAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E DOS MEMBROS DOS CONSELHOS DE ADMINISTRAÇÃO DE HOSPITAIS DE ALGUNS PAÍSES

Aferida a importância da seleção das lideranças, vamos proceder a análise da realidade de outros países, o que irá permitir conhecer a posição relativa de Portugal face aos modelos de seleção e nomeação dos chamados altos cargos da AP e dos elementos dos CA das instituições hospitalares, classificados em Portugal como gestores públicos, pois o âmbito de ação da CReSAP centra-se no parecer sobre a escolha destes dirigentes.

Neste capítulo, vamos dar uma panorâmica da forma como é realizado o recrutamento, quer para lugares de altos dirigentes da AP, quer para os CA dos hospitais, nalguns países da Europa e também os países anglo-saxónicos (Austrália e Nova Zelândia), pois exibem realidades comparáveis com a realidade portuguesa e, assim poderemos aquilatar a posição de Portugal no momento atual. A escolha dos países foi baseada na existência de um serviço de AP estruturado, com lugares definidos e no regime de nomeação dos CA dos hospitais, pelo Governo, independentemente da propriedade. Para o que aqui queremos analisar não faz sentido apresentar a forma de nomeação de entidades privadas que contratam com o Estado a prestação de cuidados, mas que não têm qualquer tipo de intervenção pública na sua gestão e por conseguinte na seleção dos dirigentes.

Ao determos o olhar sobre outros países deparamo-nos com formas de organização, no que concerne à AP e, no caso da Europa, muito semelhantes à realidade Portuguesa. Já em relação aos sistemas de saúde, nomeadamente nos hospitais, encontramos muitas diferenças, quer na Europa, quer fora dela. Algumas das configurações, na área da saúde, são fruto das alterações organizativas e políticas que ocorreram, nos últimos anos, transformando os hospitais públicos em instituições que funcionam de forma independente - o chamado processo de empresarialização. A distinção, nos diferentes países, verifica-se em relação à propriedade, financiamento, governação, estrutura organizativa e a maior ou menor participação da comunidade nos órgãos de decisão.

Na AP, os cargos de direção superior, consagrados na legislação portuguesa como de 1º e 2º grau - conhecidos como cargos de diretor-geral e subdiretor geral - têm correspondência, em alguns países, naquilo que é designado por Senior Civil Service (SCS),

definido como o conjunto de cargos, não políticos, de alto nível, na função pública (Kuperus, 2008). Dentro desta estrutura verifica-se uma grande diversidade de modelos, quanto ao recrutamento e seleção.

Para melhor aferir a situação de Portugal face ao modelo de recrutamento de dirigentes superiores e gestores públicos para a AP e SEE, área de atuação da CReSAP, vamos procurar explorar as linhas orientadoras aplicadas em alguns países.

Assim, vamos analisar países com similitudes do modelo do sistema de saúde (Reino Unido, Austrália e Nova Zelândia), com um modelo de organização após sistema de intervenção socialista (República Checa) e um país com um modelo de organização do sistema de saúde diferente de Portugal (Holanda). Para cada País foram considerados os cargos de altos dirigentes públicos e as nomeações para os hospitais.

2.3.1. AUSTRÁLIA

2.3.1.1. Cargos de Altos Dirigentes Públicos na Austrália

Na Austrália, no Serviço Público Australiano (Australian Public Service - APS), em 2008, foi introduzida uma política de avaliação, baseada no mérito, para a seleção da maioria dos dirigentes, com o objetivo de dar transparência ao sistema, através da Comissão do Serviço Público Australiano (APSC)⁷. O Comissário tem funções abrangentes, nomeadamente, o desenvolvimento, a promoção e avaliação das políticas e práticas de emprego da APS, a contribuição para a aprendizagem, desenvolvimento e gestão de carreira, a promoção da liderança e os altos padrões de integridade e conduta no APS e a avaliação dos resultados do recrutamento. Esta avaliação dos resultados do recrutamento é realizada com o intuito de melhorar os resultados de recrutamento e dessa forma garantir que as pessoas certas são recrutadas, isto é, são produtivas, alinhadas com os valores e dão um contributo positivo para a APS. Nesta avaliação é tida em conta a apreciação dos recrutados e dos serviços onde desempenham funções e é também apreciado o próprio processo de recrutamento.

⁷ <https://www.apsc.gov.au/>

Existem regras específicas para o recrutamento de altos dirigentes (Senior Executive Service - SES) sendo que o processo de recrutamento inclui uma avaliação da adequação dos candidatos às funções através de um processo de seleção competitiva, baseada na relação entre as qualidades profissionais dos candidatos e os requisitos exigidos para as funções, estando todo o processo a cargo de um painel de avaliação. Nessa avaliação são consideradas as competências, as qualificações, a formação, a experiência, assim como as qualidades pessoais relevantes, o potencial demonstrado para desenvolvimentos futuros e a capacidade de contribuir para o desempenho da equipa. O processo é documentado e as escolhas justificadas. As entrevistas têm lugar só para o conjunto dos candidatos melhor colocados e é elaborada uma pequena lista com os melhor classificados, devidamente fundamentada para apresentar ao membro do Governo⁸.

2.3.1.2. Nomeações para Hospitais na Austrália

A Austrália tem mais de 700 hospitais públicos que variam amplamente em tamanho e localização. No entanto, a maioria é de tamanho pequeno (com 50 camas) e estão espalhados pelas várias regiões (Thomson, 2013). Atendendo a que a prestação de serviços hospitalares públicos é da responsabilidade dos governos estaduais e territoriais, a Austrália possui, efetivamente, oito sistemas hospitalares públicos diferentes. Assim, verifica-se uma real diversidade na estrutura e prestação de serviços, entre os estados, em relação à governação. Por exemplo, os hospitais públicos em Nova Gales do Sul reportam diretamente ao Departamento de Saúde. Em contraste, a governação dos hospitais públicos em Victoria é mais descentralizada e autónoma (Productivity Commission, 2009).

Em regra, os CA são nomeados pelo Ministro da Saúde e o CEO é escolhido pelo CA. O Department of Human Service (DHS), pertencente ao Ministério da Saúde, desenvolveu um modelo de competências e conhecimentos essenciais para orientar a seleção dos membros do CA dos serviços de saúde. Nesse modelo privilegiam-se nove áreas: a gestão empresarial, finanças, direito, recursos humanos, gestão de capital, tecnologia da informação estratégica, governação clínica, gestão de riscos e serviços de

⁸ 'Australian Public Service Commission publication Merit and Transparency: Merit-based selection of APS agency heads and APS statutory office holders.

saúde /planeamento. Cada conselho deve identificar as competências de que carece, para as novas nomeações e, isso deve ser transmitido ao Ministro da Saúde. Os conselhos regionais aparentemente executam processos de seleção local em paralelo com um processo de seleção central coordenado pelo DHS, apesar de haver recomendações para que o processo seja centralizado.

Nos termos da lei, os membros são nomeados por períodos até três anos, podendo ser reconduzidos. Verifica-se a importância de encontrar um equilíbrio entre "sangue novo" e manutenção da memória corporativa, pois para organizações complexas, como os Hospitais, pode levar algum tempo para que se desenvolvam as competências necessárias para, dessa forma, acrescentar valor (Vitoria Report, 2003).

Em Victoria, cada CA tem entre seis e doze membros. Na composição deve haver uma representação paritária entre homens e mulheres, o número de médicos não pode ultrapassar um quarto dos membros e os funcionários dos serviços de saúde não são elegíveis (Bismark, 2014).

O processo para a nomeação procurará refletir uma combinação de competências relativas à administração dos serviços de saúde e à capacidade de representar as opiniões da comunidade. O processo de nomeação requer uma divulgação completa de qualquer potencial conflito de interesses e a lei é bastante clara ao exigir que os nomeados estejam em condições de representar verdadeiramente os pontos de vista da comunidade.

O objetivo é, naturalmente, garantir que o conselho está livre de conflitos e compromissos profissionais ou políticos. Os membros dos conselhos regionais metropolitanos e maiores são remunerados, os membros dos órgãos sub-regionais e rurais são voluntários.

Os conselhos são geralmente representativos da comunidade local, proporcionando assim à comunidade uma sensação de "propriedade" de seu serviço de saúde, isto é particularmente verdade em toda a Victoria rural.

2.3.2. HOLANDA

2.3.2.1. Cargos de Altos Dirigentes Públicos na Holanda

A Holanda, no que toca ao recrutamento de funcionários públicos, nomeadamente, altos dirigentes, é um dos estados membros da União Europeia, que apresenta uma estrutura especializada para gerir e recrutar estes dirigentes. Tem o objetivo de permitir a mobilidade entre os vários ministérios através de um processo de recrutamento centralizado.

Existe uma comissão de recrutamento permanente para selecionar os altos funcionários públicos para estes cargos, mas que não se cinge aos que pertencem à AP, valorizando-se, desta forma, a experiência adquirida no setor privado.

É um modelo competitivo, mas híbrido, que combina procedimentos de recrutamento competitivos com a nomeação final, por vezes apenas formal, pelo Governo ou pelo Ministro. Nos Países Baixos, o Gabinete do Senior Civil Service⁹, funciona no âmbito do Ministério do Interior, desde 1995, e tem por função organizar o processo de recrutamento e nomeação dos quadros superiores, oferecer aconselhamento profissional aos altos funcionários e realizar ações de formação.

Os três critérios mais importantes, avaliados no processo de seleção, são a formação académica, a experiência profissional e a motivação. As vagas são publicadas no site da Algemene Bestuursdienst (ABD) e, através de uma série de etapas, é elaborada uma lista de três a cinco candidatos que são então sugeridos ao ministério respetivo, para a escolha do candidato final e a nomeação para a maioria dos lugares pelo prazo de 6 anos (Kuperus, 2008).

Os partidos políticos podem influenciar as nomeações, porque são os ministros os responsáveis finais, em quase todas as organizações. Alguns setores são mais suscetíveis à influência política, como a comunicação, a economia, os negócios estrangeiros, do que outros como a área militar, a justiça e as finanças (Van Thiel, 2009).

⁹ Em holandês “de Algemene Bestuursdienst” (ABD)

2.3.2.2. Nomeações para Hospitais na Holanda

Na Holanda, em 1991, todos os hospitais de propriedade pública foram transformados em fundações sem fins lucrativos com a responsabilidade de fornecer cuidados hospitalares.

Como a intervenção governamental é diminuta (expressa-se, principalmente, através da regulação do sector), na década de 90, foi constituída uma Comissão de Governança da Saúde e foram publicadas recomendações e orientações para a boa governação, o que deu um grande impulso ao debate sobre a governação e a supervisão, resultando, desta discussão, o surgimento de diferentes códigos de governação no sistema de saúde holandês. Essa situação durou até 2005, quando um único código de governação foi desenvolvido para todo o sistema de saúde.

Os hospitais universitários, devido a regulamentação própria, têm o seu próprio código de governação (Blank, 2011).

Este código fornece orientações para uma boa gestão e supervisão, constituindo-se como um instrumento de autorregulação, estabelecendo as diretrizes sobre as responsabilidades dos órgãos de fiscalização e a remuneração dos administradores executivos, incluindo o Chief Executive Officer (CEO). Não estabelece nenhuma norma estrita, antes orientações, pois alega que o nível de compensação deve estar em consonância com as "responsabilidades sociais" do hospital, ou seja, a remuneração do CEO deve estar em consonância com o tamanho e a complexidade da organização (Cardinaels, 2009).

Os Hospitais Holandeses estão organizados em dois níveis, onde o Conselho Fiscal e o CA têm funções distintas (Cardinaels, 2009). As nomeações no setor da saúde, genericamente, baseiam-se no mérito e na experiência anterior neste sector, pois estes lugares requerem demasiado conhecimento especializado (Van Thier, 2009). Observa-se algum cuidado em acautelar a representatividade como por exemplo, incluir associações de doentes, grupos de profissões da saúde, etc. na medida em que a distribuição dos lugares é um importante instrumento para obter apoio para novas políticas.

Nas Fundações sem fins lucrativos, o Conselho Fiscal é constituído pelos acionistas, sem intervenção política, quer ao nível do Governo, quer ao nível das autoridades públicas locais. Não existem regras formais sobre o número de membros deste

Conselho, o que se verifica, na prática, é uma variação entre cinco e onze membros. A composição do Conselho é baseada em cooptação, sendo que o Conselho nomeia o seu próprio presidente e os respetivos membros. Durante algum tempo, os membros do Conselho não foram escolhidos em função das suas competências, mas de acordo com a sua posição na comunidade local. Na última década tem havido uma tendência para profissionalizar a composição deste Conselho e tem-se tornado prática anunciar o recrutamento de novos membros. De acordo com o Código de Governação em Saúde, o mandato como membro do Conselho Fiscal é de quatro anos e, em regra, cada membro só pode ser reconduzido uma vez. O Conselho Fiscal tem funções estratégicas que passam por aprovar o orçamento, nomear os membros, aprovar fusões e nomear o CA, bem como a sua remuneração e composição. O Conselho Fiscal decide, ainda, quais os critérios que serão usados para avaliar o CA, processo para o qual envolve os diretores de departamento.

Embora, nos hospitais holandeses, a intervenção estatal seja praticamente nula tem-se verificado um aumento do papel dos atores políticos, pois há uma considerável preocupação pública com a forma como os fundos públicos devem ser gastos. Questões como a falência dos Hospitais, o valor das remunerações dos membros do CA e Conselho Fiscal têm levado a questionar a necessidade da intervenção governamental nos Hospitais (Saltman, 2011)

2.3.3. REINO UNIDO

2.3.3.1. Cargos de Altos Dirigentes Públicos no Reino Unido

No caso do Reino Unido e, no que concerne à nomeação para cargos públicos, desde há muito tempo são observados os princípios do recrutamento pelo mérito, garantindo a transparência e a imparcialidade. Esta tradição foi fonte de inspiração para outros países. A adoção destes princípios aconteceu, pela primeira vez, em meados do século XIX, mais propriamente em 1875. Nesta senda, no relatório publicado em maio de 1995, a chamada “Comissão Nolan”¹⁰, fez recomendações quanto às alterações que

¹⁰ First Report of the Committee on Standards in Public Life [“Standards in Public Life” – CM 2850-1] under the chairmanship of Lord Nolan (“the Nolan Committee”).

deveriam ser operacionalizadas para manter altos padrões éticos de atuação, nomeadamente, as preocupações então vigentes sobre os padrões de conduta de todos os titulares de cargos públicos, incluindo o regime de incompatibilidades. Uma das recomendações foi a criação de um comissário independente a fim de fiscalizar, regulamentar e aprovar procedimentos de recrutamento e nomeação aplicada aos funcionários públicos. O comissário deveria publicar um relatório anual sobre o funcionamento do sistema de consultas públicas e elaborar um Código de Conduta para os procedimentos de nomeação pública. Em 23 de novembro de 1995, foi nomeado o primeiro comissário para cargos públicos, Sir Len Peach, na Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte.

No Reino Unido, no que diz respeito aos altos cargos públicos, considera-se que o Governo deve ter uma influência significativa sobre estas nomeações, atendendo ao alinhamento com as políticas ministeriais, que deve estar sempre presente, pois trabalha de perto com estes dirigentes, tornando-se necessário que exista uma relação de trabalho forte e eficaz com estes funcionários.

Por tudo isto, cabe aos membros do Governo a definição do perfil, a estrutura do anúncio, a composição do júri e, depois do processo de seleção, conhecerá o candidato pré-selecionado, pelo painel de seleção. Os membros do Governo podem recusar-se a nomear um candidato selecionado, mas não podem escolher entre os candidatos, pois considera-se que um alto funcionário poderá ter de servir sucessivos Governos, com diferentes filosofias políticas e diferentes personalidades, por isso, a decisão final, sobre qual é o melhor candidato, cabe ao painel de seleção e não ao ministro. Os Ministros e Primeiro-ministro podem decidir não nomear o candidato selecionado, caso não acreditem que o júri tenha escolhido o melhor candidato, pedindo-lhe para reconsiderar. O júri pode decidir alterar a sua ordem de mérito depois de considerar os pontos apresentados pelo membro do Governo. As nomeações ministeriais, dos organismos públicos, são geralmente por períodos de três a cinco anos¹¹

A comissão para a AP é um órgão cuja missão visa garantir que o recrutamento para a função pública se baseia no mérito e é realizado de forma concorrencial. Isto

¹¹ . Existem comissões específicas para cada área da AP.

significa que, quando a função pública está a recrutar, anuncia as vagas e os lugares para proporcionar candidaturas que serão objeto de um processo de seleção. O processo de avaliação pode incluir entrevistas, testes psicométricos ou uma apresentação pelo candidato. As especificidades dependem do lugar a concurso e da decisão do painel de avaliação. (Kuperus et al, 2008). Para verificar se a aplicação destes princípios está a ser cumprida, a Comissão tem um contrato com uma empresa externa que realiza uma auditoria anual de verificação.

Atendendo a que há diferenças significativas entre o emprego público, ocupado por funcionários públicos, e os cargos públicos que podem ser ocupados por pessoas externas à função pública, existem duas comissões, uma comissão para a AP, que regulamenta a escolha dos funcionários públicos, e uma comissão para as nomeações públicas, que supervisiona a escolha dos altos dirigentes da AP. Em 1 de abril de 2011, por nomeação de Sua Majestade a Rainha, Sir David Normington assumiu o duplo papel de Comissário para os cargos públicos e comissário da AP (Primeiro Comissário).

O Reino Unido ilustra um dos exemplos mais claros de nomeação baseada no mérito, para cargos de nível superior, embora haja um ligeiro grau de aprovação política para as posições em grau 1 e 2 por parte do Primeiro-Ministro. Existe um perfil de competência definido centralmente para o SCS. Os altos funcionários públicos precisam ser capazes de demonstrar competências e conhecimentos em quatro áreas: liderança, competências básicas, experiência profissional relacionada com o trabalho e experiência mais diversificada. Para os membros do SCS e para os que aspiram ao SCS, possuir experiência de trabalho, em diversas áreas, revela-se muito importante. A profundidade do conhecimento é valiosa, mas à medida que o pessoal atinge os níveis superiores do Serviço Civil, a amplitude da experiência torna-se vital. Esta experiência mais ampla pode ser adquirida dentro do serviço ou noutros setores (Kuperus, 2008).

2.3.3.2. Nomeações para Hospitais no Reino Unido

No National Health Service (NHS), no início da década de 90, foram constituídos os primeiros trusts como resposta à necessidade de aumentar eficiência e qualidade. Neste modelo o CA apresenta-se num único nível, isto é, os membros não executivos trabalham a par com os membros executivos. Nos últimos anos observou-se uma transformação dos

trusts em fundações. Os movimentos de reforma, neste país, tiveram como desiderato aumentar a autonomia dos hospitais e diminuir a interferência das estruturas centrais na governação dos Hospitais.

Acompanhando o movimento reformista, na área da saúde, a partir de 1 de outubro de 2012, foi constituída uma comissão específica - a NHS Trust Development Authority (NHS TDA) - que tem por função a escolha dos presidentes e diretores não-executivos do NHS trusts e instituições sem fins lucrativos. Parte da equipa de funcionários da NHS TDA foram transferidos da anterior comissão, da área da saúde, com a função de assegurar uma transição suave e garantir que o conhecimento e a experiência que detêm nestas matérias garantirá a continuação do trabalho desta comissão. A primeira função a ser assumida pelo NHS TDA foi a designação dos presidentes e diretores não-executivos dos NHS trusts e instituições de caridade.

A nomeação continua a ser da competência do Governo que a pode delegar na NHS TDA. Esta comissão anuncia as vagas a preencher e determina o conjunto de competências que devem preencher o perfil dos candidatos, nomeadamente, a experiência em liderança de uma organização, a visão estratégica, a perspicácia financeira, a avaliação de desempenho, o trabalho em equipa, a capacidade de mudança e melhoria contínua, a capacidade de envolvimento com funcionários e utentes.

Uma das recomendações foi a criação de um comissário independente, a fim de fiscalizar, regulamentar e aprovar procedimentos de recrutamento e nomeação.

2.3.4. REPÚBLICA CHECA

2.3.4.1. Cargos de Altos Dirigentes Públicos na República Checa

A República Checa esteve sob influência soviética, até 1989, com uma economia planificada centralmente.

Neste caso, e no que toca ao recrutamento de altos dirigentes para a AP não existe nenhum procedimento específico, para além de uma entrevista inicial. Todos estes cargos estão abertos ao recrutamento externo. No que concerne a cargos de topo, a nomeação é política e é feita pelo ministro competente (Kuperus et al, 2008).

2.3.4.2. Nomeações para Hospitais na República Checa

No início de 1990, a forma de organização da rede hospitalar, com a alteração do sistema político, mudou radicalmente, deixando de ser um sistema totalmente público, tipo soviético, para passar a ser um sistema organizado com empresas de responsabilidade limitada e sociedades por ações – Social Health Insurance (SHI) (Saltman, 2011). A República Checa apresenta, atualmente, um sistema de saúde que consagra o direito universal aos cuidados hospitalares e uma reputação de alta qualidade para a prestação de cuidados de saúde (Ditzel, 2006). A população tem acesso a cuidados de saúde, com uma cobertura tendencialmente universal, e a um leque considerável de benefícios e, alguns dos mais importantes indicadores de saúde apresentam resultados superiores à média da União Europeia (Bryndová et al, 2009).

As estruturas organizacionais dos hospitais variam em função do tipo de propriedade. No caso dos hospitais pertencentes a municípios, existe o Conselho Fiscal e o CA, constituído por pessoal médico, representantes municipais (políticos locais) e profissionais externos à organização (principalmente médicos). Nos Hospitais propriedade do Estado não existe o Conselho Fiscal, só o CA.

Os gestores hospitalares são designados por um período de três a cinco anos pelo município ou pela autoridade governamental de acordo com a sua propriedade.

O sistema de governo dos Hospitais, na República Checa, ainda está em desenvolvimento, faltando ainda alguns elementos estruturais, como procedimentos de nomeação formais que sustentem uma governação transparente. Colocam-se, claramente, questões relacionadas com a influência política associada à nomeação, que pode determinar as decisões, prejudicando o bem público, além de serem cargos mal remunerados, o que tem uma influência determinante na seleção e no desempenho. As nomeações podem acontecer devido à influência política ou favoritismo (Ditzel, 2006).

2.3.5. NOVA ZELÂNDIA

2.3.5.1. Cargos de Altos Dirigentes Públicos na Nova Zelândia

Na Nova Zelândia, desde 1988, existe a figura do Comissário de Serviços do Estado que é responsável por nomear os principais dirigentes dos departamentos do Serviço

Público, de acordo com a página oficial do Governo Neozelandês¹². O Governo especifica os requisitos e o perfil em relação aos cargos dirigentes, e o Comissário, agindo de forma independente, seleciona e recomenda ao Governo o candidato que melhor se adapta aos requisitos do trabalho. O processo de recrutamento e seleção dura aproximadamente quatro meses, sendo que as vagas são amplamente divulgadas. Para o auxiliar, no processo de seleção, o Comissário tem um painel de peritos. Quando o processo termina, o Comissário seleciona uma longa lista de candidatos que serão sujeitos a entrevista. A decisão final recai sobre uma pequena lista de entre três a cinco candidatos, para uma avaliação de personalidade. Em seguida, são feitas extensas verificações de referências do candidato preferido.

A recomendação de nomeação é feita pelo Comissário ao Ministro que escolherá o candidato a nomear. Todos os candidatos recebem os resultados do processo de seleção, nomeadamente, as razões pelas quais não foram selecionados e as medidas que poderão tomar para futuros concursos.

2.3.5.2. Nomeações para Hospitais na Nova Zelândia

O sistema hospitalar tem sofrido várias transições importantes, impulsionado principalmente por um período de reforma económica radical, protagonizada pelas ideias defendidas, pelo ministro das finanças, Roger Douglas, a que se chamou "Rogernomics", no início na década de 80 e continuou, de forma menos intensa, nas duas décadas seguintes. Em 1991, foram introduzidas reformas e os Hospitais tornaram-se empresas públicas chamados Crown Health Enterprises (CHEs), administradas por CA nomeados pelo Ministro da Saúde com base nas suas competências de gestão. Esta medida centralizou a nomeação dos membros do CA dos hospitais em detrimento dos representantes locais (Barnett, 2009). Estes CHE's herdaram *déficits*, barreiras à entrada e, apesar deste modelo experimental de mercado ter conseguido alguns benefícios tangíveis – diminuição da demora média de internamento, diminuição de custos, melhores sistemas de gestão da informação, maior responsabilização e uma melhor gestão do capital, o objetivo geral de

¹² <http://www.ssc.govt.nz/board-appointment-guidelines>

alcançar uma maior eficiência não foi alcançado. Em 1996, os CHE's foram renomeados como "Hospital and Health Services" (HHS's), tendo perdido os fins lucrativos.

Atualmente a maioria dos Hospitais da Nova Zelândia são propriedade e financiados pelo Estado, ou privados e parcialmente financiados pelo Estado. Os hospitais públicos estão divididos em áreas geográficas denominadas District Health Boards (DHBs), sendo o seu financiamento, da responsabilidade do Governo central, e calculado numa base populacional, ou seja, é feito a partir das necessidades específicas da população desse território, maximizando os benefícios a partir dos recursos disponíveis e estabelecendo prioridades em função da procura de cuidados. Cada DHB é composto por onze conselheiros, sete dos quais são eleitos, por três anos, através de um sistema de eleição pública e quatro são nomeados pelo Ministério da Saúde, que assim assegura as competências adequadas à gestão, sendo a representação da comunidade assegurada pelos sete eleitos. Na eleição há o cuidado de assegurar a representação dos diferentes grupos da comunidade (há uma exigência legal de nomear, pelo menos, dois membros Maori para representar os interesses dos povos indígenas da Nova Zelândia). O CEO do hospital é nomeado pelo DHB. Os membros eleitos são obrigados a incentivar processos de consulta à comunidade para as principais decisões. Os DHB têm de garantir a estabilidade financeira dos hospitais, mas o seu principal objetivo estratégico é promover e proteger a saúde da população. O CA tem responsabilidade na ligação entre o hospital e a comunidade, monitorizando o desempenho do CEO (Ditzel, 2006).

A forte responsabilidade política, garantida pelas nomeações ministeriais, é uma característica do sistema da Nova Zelândia. A importância disso foi demonstrado na sequência de uma mudança de Governo, em 2008, com o novo Ministro a tentar substituir alguns lugares (Barnett, 2009). Uma desvantagem deste estilo de governação colegial refere-se à questão da liderança que pode ser difícil devido ao grande número de conselheiros que estão envolvidos no processo decisório.

2.3.6. PORTUGAL

2.3.6.1. Cargos de Altos Dirigentes Públicos Em Portugal

Finalmente, em Portugal, e na atual situação, verifica-se a intervenção da CReSAP, na escolha dos altos dirigentes da AP, para os Institutos Públicos, dirigentes superiores de 1º e 2º grau (cargos de Diretor geral e Subdiretor geral).

Até à criação da CReSAP, através da lei 64/2011 de 22 de dezembro, (art. 5º), o recrutamento para estes cargos, era realizado mediante escolha, de acordo com a Lei nº 2/2004, de 15 de janeiro “(...) de entre indivíduos licenciados, vinculados ou não à AP, que possuam competência técnica, aptidão, experiência profissional e formação adequadas ao exercício das respetivas funções”. Com a CReSAP é introduzido o concurso como método de recrutamento e seleção destes dirigentes. A CReSAP elabora, sob proposta do júri, uma proposta de perfil de competências dos candidatos a selecionar e remete-a ao membro do Governo responsável pelo lugar em concurso. Após a ampla divulgação do concurso, no Diário da República (DR) e na Bolsa de Emprego Público, conduz o processo de seleção que inclui a avaliação curricular e entrevista com análise de perfil pessoal.

Após a conclusão da aplicação dos métodos de seleção, o júri, designado pela CReSAP, tem a responsabilidade de elaborar a proposta de designação, que deve conter o nome de três candidatos, ordenados por ordem alfabética, acompanhados dos fundamentos da escolha de cada um deles, para ser apresentada ao membro do Governo que tenha o poder de direção ou de superintendência e tutela sobre o serviço ou órgão a que respeita o procedimento concursal. Também se verificaram algumas alterações no provimento, nomeadamente, a duração da comissão de serviço que passou de três para cinco anos. No regime aplicável antes da CReSAP, era possível renovar a comissão de serviço, no máximo, três vezes, e, no atual regime, essa renovação só poderá ocorrer uma vez. No fundo esta alteração não modificou significativamente o tempo total, possível, de duração de mandatos (9 anos: 3 vezes 3 anos e 10 anos: 2 vezes 5 anos).

Verifica-se que se mantém a publicação do despacho de designação, devidamente fundamentado, no DR juntamente com uma nota relativa ao currículo académico e profissional do designado.

2.3.6.2. Nomeações para Hospitais em Portugal

Os hospitais do SNS integravam-se, historicamente, na administração indireta do Estado, mas, nos últimos anos, tal como noutros países, assistiu-se à introdução de modelos alternativos de gestão. Com a aproximação à ideologia de mercado de 1985 a 1995, assiste-se à empresarialização do SNS. Nos primeiros anos deste século, as alterações procuram a eficiência com a complementaridade entre público, social e privado. E, numa última fase, são criadas as entidades públicas empresariais, os hospitais EPE (Simões, 2010).

Os hospitais EPE inserem-se no sector empresarial do Estado e, como tal, os membros do CA são gestores públicos. Neste caso específico, a intervenção da CReSAP está prevista no nº 3 do Artigo 13.º, do Decreto-Lei (DL) nº8/2012 de 18 de janeiro, onde está plasmado que a proposta de nomeação dos gestores públicos deve ser acompanhada de avaliação, não vinculativa, de currículo e de adequação de competências ao cargo, a realizar pela CReSAP. Há ainda alguns hospitais pertencentes ao sector público administrativo (Hospitais SPA), cujo modelo de escolha do CA segue as regras do sector empresarial do estado (Hospitais EPE).

A CReSAP emite o parecer sobre a adequação de perfil da personalidade proposta pelo membro do Governo com base na informação prestada, pelo mesmo, sobre a experiência profissional e competências de gestão adequadas às funções do cargo a prover, recorrendo a critérios cuja definição compete à CReSAP, nomeadamente liderança, colaboração, motivação, orientação estratégica, orientação para resultados, orientação para o cidadão e serviço de interesse público, gestão da mudança e inovação, sensibilidade social, experiência profissional, formação académica e formação profissional.

Portanto, a principal diferença verificada nos cargos de direção superior e nos cargos de gestor público prende-se com a intervenção da CReSAP, pois, no caso dos cargos de direção superior, o recrutamento e a seleção competem a esta Comissão, que deverá apresentar, ao membro do Governo, três nomes por ordem alfabética. Já no que concerne às avaliações de perfil, é ao Governo que compete fazer o recrutamento e à CReSAP compete apenas garantir que o candidato é classificado como “Adequado” ou “Não Adequado”.

2.3.7. PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DOS MODELOS ANALISADOS

Em resumo, a análise aos países que foram objeto deste estudo, permitiu-nos perceber que as formas de organização, na AP, são muito semelhantes à realidade Portuguesa, já o mesmo não se verifica na governação dos hospitais, pois encontrámos modelos distintos.

No que diz respeito aos cargos de altos dirigentes públicos, especificamente quanto ao recrutamento e seleção verifica-se uma grande similitude de modelos (visível no Quadro I).

Quadro I- Diversidade de modelos quanto ao recrutamento e seleção de altos dirigentes da AP nos países estudados

Altos Dirigentes AP	Reino Unido	Holanda	República Checa	Austrália	Nova Zelândia	Portugal
Entidade responsável pelo recrutamento	Comissário para cargos públicos	Comissão de recrutamento permanente	Não existe	Comissão do Serviço Público Australiano	Comissário de Serviços do Estado	CRESAP
Responsável pela definição do perfil	Governo	Comissão de recrutamento permanente	Não existe	Comissão do Serviço Público Australiano	Governo	Elaborado CREsAP, aprovado Governo
Responsável pelo processo de recrutamento e seleção	Comissário e júri	Comissão de recrutamento permanente	Nomeação política	Comissão do Serviço Público Australiano	Comissário e painel de peritos	Júri nomeado pela CREsAP
Divulgação do concurso	Ampla	Site da Comissão	Não existe	Ampla	Ampla	Ampla
Base de recrutamento	Interna e externa à AP	Interna e externa à AP	Não existe	Interna e externa à AP	Interna e externa à AP	Interna e externa à AP
Modelo de avaliação						
avaliação curricular	Sim	Sim	Não existe	Sim	Sim	Sim
entrevistas	Sim	Sim	Não existe	Sim - um pequeno grupo	Sim - um pequeno grupo	Sim - a 5 candidatos
testes de personalidade	Sim	Sim	Não existe		3 a 5	Sim - a 5 candidatos
Responsável pela escolha final	Comissário (Governo pode não nomear, mas não pode escolher)	Governo (3 a 5 candidatos)	Não existe	Governo (pequena lista de candidatos)	Governo (pequena lista de candidatos)	Governo (3 candidatos)
Política de transparência	Sem informação	Sem informação	Não existe	A classificação tem de ser justificada e ficar documentada	Os candidatos têm acesso a todo o processo	Divulgada short list dos 3 selecionados pela CREsAP

Poderemos verificar, neste quadro comparativo, como o modelo português, consubstanciado pela CReSAP, é muito idêntico aos modelos dos países em confronto, quanto à seleção, através de concurso, de dirigentes superiores da AP, constituindo a República Checa a exceção já que o recrutamento é exclusivamente político.

Assim, excluindo a República Checa, todos os países apresentam uma comissão, com composição e natureza distinta, que tem por missão desenvolver os processos de recrutamento e seleção, sendo que nalguns casos é o Governo que define ou aprova o perfil a concursar (Reino Unido, Nova Zelândia e Portugal).

Verifica-se, ainda, que são aplicados métodos de seleção muito idênticos (avaliação curricular, entrevista profissional e testes de personalidade), sendo que na Austrália não foi possível encontrar referências da utilização dos testes de personalidade como método de seleção.

Quanto à escolha final, só no Reino Unido essa responsabilidade é atribuída à Comissão, todos os restantes países em análise apresentam o Governo como protagonista desta decisão, mediante indicação de alguns nomes, por parte das respetivas Comissões.

De realçar que a transparência do processo concursal não parece ser uma preocupação transversal ao sistema de recrutamento da AP nesta amostra de Países, pois só na Austrália e Nova Zelândia se encontra referência à disponibilização das justificações das escolhas, por parte da Comissão, assim como a possibilidade de consulta de todo o processo conducente ao recrutamento e seleção dos dirigentes.

Já em relação à governação dos hospitais, encontramos muitas diferenças, quer na Europa, quer fora dela. Desde logo, a distinção acontece ao nível do regime de propriedade, aos modelos de financiamento, à estrutura governativa e organizacional que pode comportar a participação da comunidade nos órgãos de decisão, conforme se pode verificar no Quadro II, onde são evidenciadas as características dos diferentes modelos quanto ao recrutamento e seleção de elementos dos CA dos hospitais.

Algumas das configurações, na área da saúde, são fruto das alterações organizativas e políticas, nomeadamente a empresarialização, transformando os hospitais públicos em instituições que funcionam de forma independente e por isso com alguma autonomia, em relação ao Governo, para escolherem a composição das suas estruturas de gestão.

Mas no que diz respeito ao processo de recrutamento, quer ao nível da responsabilidade pelo mesmo, quer ao nível do tipo de avaliação realizada, há algumas semelhanças entre os países analisados.

Quadro II- Diversidade de modelos quanto ao recrutamento e seleção de elementos dos CA dos hospitais, nos países estudados

Hospitais	Reino Unido	Holanda	República Checa	Austrália	Nova Zelândia	Portugal
Tipo de organização	Fundações sem fins lucrativos	Fundações sem fins lucrativos	Social Health Insurance (SHI)	CA nomeados pelo Ministro da Saúde e o CEO é escolhido pelo CA	Empresas públicas	EPE e SPA
Tipo de CA	Executivos e não executivos	CA e Conselho Fiscal	CA e Conselho Fiscal	Executivos e não executivos	Representantes comunitários eleitos e profissionais de gestão	Executivo
Responsável pelo processo de seleção e nomeação	Comissário Regional e NHS Trust Development Authority (NHS TDA)	Conselho Fiscal	Governo ou estrutura regional	Centralizadas no Governo	Centralizadas no Governo	Governo com parecer não vinculativo da CReSAP
Modelo de avaliação no recrutamento e seleção	Com base em competências de gestão, liderança	Com base em competências de gestão, liderança		Com base em competências de gestão (9 áreas)	Com base em competências de gestão	Com base em doze critérios

Algumas das configurações, na área da saúde, são fruto das alterações organizativas e políticas, nomeadamente a empresarialização, transformando os hospitais públicos em instituições que funcionam de forma independente e por isso com alguma autonomia, em relação ao Governo, para escolherem a composição das suas estruturas de gestão.

O modelo Português, consubstanciado na CReSAP, apresenta uma ação limitada, comparada especialmente com a realidade do Reino Unido e da Holanda, pois o seu parecer não é vinculativo, assumindo apenas um papel de consultor a uma escolha efetuada pelo Governo. O modelo português encontra muitas semelhanças aos modelos da Austrália, Nova Zelândia e República Checa.

2.4. MODELO DA CReSAP E A SUA APLICAÇÃO NAS ENTIDADES PÚBLICAS EMPRESARIAIS E NOS ORGANISMOS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

A criação da CReSAP, em dezembro de 2011, surge na sequência de várias motivações, sendo que podemos considerar como causas próximas as recomendações do “Memorando da Troika”, do Tribunal de Contas e do grupo técnico para a reforma hospitalar, emitidas em 2011, sobre a necessidade de garantir a transparência e o rigor na seleção dos membros das administrações hospitalares.

É neste ambiente que os partidos políticos partem para a campanha eleitoral que antecede as eleições legislativas a realizar a 5 de junho de 2011. Dos dezoito partidos que concorreram, só seis obtiveram representação parlamentar - Partido Social Democrata (PSD), Centro Democrático Social – Partido Popular (CDS-PP), Partido Socialista (PS), Partido Comunista Português (PCP), Partido Ecologista “Os Verdes” e Bloco de Esquerda (BE).

Fazendo uma análise aos programas eleitorais dos partidos que lograram obter assento na Assembleia da República, só podemos encontrar referências concretas à necessidade de alterar a forma de recrutamento para a AP em três programas. O BE refere a necessidade de fazer uma “vigilância das nomeações públicas”. Nesta matéria, o PSD manifestou a sua intenção de “(...) fazer aprovar legislação que estabeleça em Portugal, para os altos cargos dirigentes da AP, um sistema independente de recrutamento e seleção à semelhança do modelo inglês”. Já o CDS-PP faz uma referência, no seu Manifesto Eleitoral de 2011, no ponto 31, à reforma do Estado independente do clientelismo, apontando que “(...) é urgente a instituição de uma cultura de mérito e transparência” e propondo “(...) uma forma de transparência quanto ao currículo e experiência dos nomeados para cargos na Administração direta e indireta do Estado; presidentes das empresas públicas devem ir à comissão respetiva no Parlamento, numa audição específica sobre as suas competências e missão”.

Com a tomada de posse do XIX Governo Constitucional de Portugal, a 21 de Junho de 2011, resultado da coligação entre os dois partidos mais votados, CDS-PP e PSD, foi colocada em prática a intenção destes dois partidos e o Governo, através da Assembleia da República, quando faz aprovar a Lei n.º 64/2011 de 22 de Dezembro, artigo 5.º, onde foi criada a CReSAP e foram aprovados os respetivos Estatutos, no anexo A do diploma.

Este diploma modificou os procedimentos de recrutamento, seleção e provimento nos cargos de direção superior da AP, procedendo-se, assim, à quarta alteração à Lei n.º 2/2004, de 15 de Janeiro, que aprova o estatuto do pessoal dirigente dos serviços e organismos da administração central, regional e local do Estado, e à quinta alteração à Lei n.º 4/2004, de 15 de Janeiro, que estabelece os princípios e normas a que deve obedecer a organização da administração direta do Estado. De acordo com o art.º 18º, os titulares dos cargos de direção superior são recrutados, por procedimento concursal, de entre indivíduos com licenciatura concluída à data de abertura do concurso há pelo menos 12 ou 8 anos, consoante se trate de cargos de direção superior de 1.º ou de 2.º grau, vinculados ou não à AP, que possuam competência técnica, aptidão, experiência profissional e formação adequadas ao exercício das respetivas funções. A iniciativa do procedimento concursal cabe ao membro do Governo com poder de direção ou de superintendência e tutela sobre o serviço ou órgão em que se integra o cargo a preencher, competindo-lhe, neste âmbito, definir o perfil, experiência profissional e competências de gestão exigíveis aos candidatos. O procedimento concursal é efetuado pela CReSAP, entidade independente, que funciona junto do membro do Governo responsável pela área da AP, nos termos dos respetivos Estatutos. A Comissão estabelece, nos termos das suas competências, os critérios aplicáveis na seleção de candidatos a cargos de direção superior.

Com o mesmo espírito, a 18 de janeiro de 2012, através do DL n.º 8/2012, foi aprovado o novo Estatuto do Gestor Público (EGP), onde ficou plasmada a mudança das regras de recrutamento e seleção dos gestores públicos.¹³ As razões para a alteração das regras de recrutamento e seleção dos gestores públicos estão explanadas no preâmbulo do referido DL e prendem-se com a necessidade de “assegurar a observância de critérios de transparência e mérito” e, ainda, corresponder às exigências definidas no Memorando de Entendimento, no que concerne, especificamente, a melhorar os critérios de seleção e

¹³ Este diploma legal é ainda aplicável, com as devidas adaptações, aos membros de órgãos diretivos de institutos públicos de regime especial, bem como às autoridades reguladoras independentes, nos casos expressamente determinados pelos respetivos diplomas orgânicos, em tudo o que não seja prejudicado pela legislação aplicável a estas entidades (Artigo 5.º do DL 8/2012 de 18/01).

adotar medidas para assegurar uma seleção mais transparente dos presidentes e dos membros das administrações hospitalares.

Verifica-se que há um hiato de sete meses desde a criação da CReSAP (22 de dezembro de 2011) e a nomeação dos seus membros, conforme Quadro III, realizada pelo Conselho de Ministros, através da Resolução nº 18-A/2012 de 30 de abril. Esta equipa ¹⁴ foi provida, após audição pela Assembleia da República, por Resolução do Conselho de Ministros (RCM) sob proposta do membro do Governo responsável pela área da AP, o Ministro de Estado e das Finanças

Quadro III- Constituição da CReSAP – 2012

Cargo	Nome
Presidente	João Abreu de Faria Bilhim
Vogal Permanente	José Luís Rocha Pereira do Nascimento
Vogal Permanente	Maria Margarida dos Santos Proença de Almeida
Vogal Permanente	Maria Helena Sil de Almeida Dias Ferreira

No entanto, passa praticamente um ano desde o momento da criação da CReSAP e a sua entrada em funcionamento, que é consubstanciada pela publicação do respetivo regulamento¹⁵. Os primeiros tempos foram dedicados à criação das condições físicas, tecnológicas e regulamentares para o funcionamento desta Comissão.

Na mensagem, inserta na página oficial da CReSAP, do Presidente João Bilhim, com o título “Promovemos o Mérito”, é afirmado que se vai proceder ao “(...) abandono de uma velha prática de nomeações e à abertura de uma porta à boa governação, inserindo Portugal no seio de um punhado de nações que lideram a introdução do mérito nas suas Administrações. Com a CReSAP, a alta direção da AP portuguesa passará a ser nomeada através de um sistema meritocrático, ou seja, um sistema em que as posições sociais, no

¹⁴ De acordo com entrevistas, concedidas pelo Presidente João Bilhim, nomeadamente à revista de Gestão Hospitalar, em Abril de 2014, este afirma que lhe foi dada inteira liberdade para escolher a sua equipa o que”... lhe permitiria almejar (...) serem vistos como aqueles que ajudaram a colocar uma pedra na muralha que um dia existirá em Portugal a marcar o rumo da meritocracia”.

¹⁵ Despacho 7532/2013 de 12/6

interior da Administração e das empresas públicas, são preenchidas com base no mérito individual e não em virtude de critérios tais como a cor partidária, a religião, o género, a etnia, entre outros.” Na definição da missão deste organismo dá-se particular ênfase à independência e o seu enunciado é: “recrutar e selecionar a direção superior da AP, com isenção, rigor e independência, promovendo o bom governo e a meritocracia”. Assim, esta Comissão propõe-se identificar e promover talentos criando uma bolsa de candidatos com o perfil adequado para titulares de cargos de direção superior. A CReSAP definiu, como visão, que num horizonte temporal de 5 anos, todos os cargos de direção superior e de gestores públicos seriam preenchidos em função exclusivamente do mérito dos seus titulares e que esse mérito seria visível, através dos resultados, pelos cidadãos.

Os regulamentos dos procedimentos concursais e a avaliação de perfil parecem evidenciar a preocupação da CReSAP em avaliar o mérito em termos absolutos, ou seja, os candidatos devem ter classificação superior a dez valores, pretendendo, dessa forma, garantir a escolha por mérito. Com esta prática a CReSAP propõe-se colocar um selo de qualidade ao conjunto de candidatos que integra uma pequena lista ou possui uma avaliação de “Adequado”.

Os princípios que regem a CReSAP são o rigor, a prestação pública de contas, a neutralidade e a imparcialidade. Foi por diversas vezes reiterado, pelo Presidente João Bilhim, nas múltiplas formas públicas de intervenção (entrevistas a jornais, revistas e nas audições na Assembleia da República) que a CReSAP atuava de forma independente, sem solicitar nem receber instruções do Governo ou de quaisquer outras entidades públicas ou privadas.

A proposta de nomeação dos gestores públicos, de acordo com o nº 3 do Artigo 13.º do DL nº8/2012 de 18 de janeiro, deve ser acompanhada de avaliação, não vinculativa, de currículo e de adequação de competências ao cargo, realizada pela CReSAP. A principal diferença verificada nos cargos de direção superior e nos cargos de gestor público prende-se com a intervenção da CReSAP, pois, no caso dos cargos de direção superior, o recrutamento e a seleção competem a esta Comissão, que deverá apresentar, ao membro do Governo, uma lista com três nomes elencados por ordem alfabética.

Na Figura 1., procurou-se resumir, de uma forma esquemática, as diferenças de atuação da CReSAP no caso dos gestores públicos e no caso dos cargos de dirigentes superiores.

Figura 1 – Atuação da CReSAP em relação a Gestores Públicos e Dirigentes Superiores



No que concerne às avaliações de perfil, dos gestores públicos, é ao Governo que compete fazer o recrutamento e a seleção, deixando à CReSAP a função de fazer a avaliação curricular com base no questionário preenchido pela personalidade escolhida, competindo, à CReSAP, apenas garantir que o candidato é classificado como “Adequado” ou “Não Adequado”, sendo que esse parecer não é vinculativo, ou seja, não impede que a decisão final seja contrária ao mesmo.

Quando a solicitação de parecer dá entrada na CReSAP, de acordo com o artº. 9º do regulamento¹⁶, a Comissão Técnica Permanente (CTP), que integra o Presidente e os três vogais permanentes da CReSAP, reúne com carácter de urgência. Atendendo aos pareceres analisados, verifica-se que a é nomeado um relator, de entre os vogais

¹⁶ Despacho 7533/2013 de 12 de junho - Regulamento de Tramitação de Procedimentos de Avaliação Curricular e Parecer sobre Adequação do Perfil do Cargo de Gestor Público

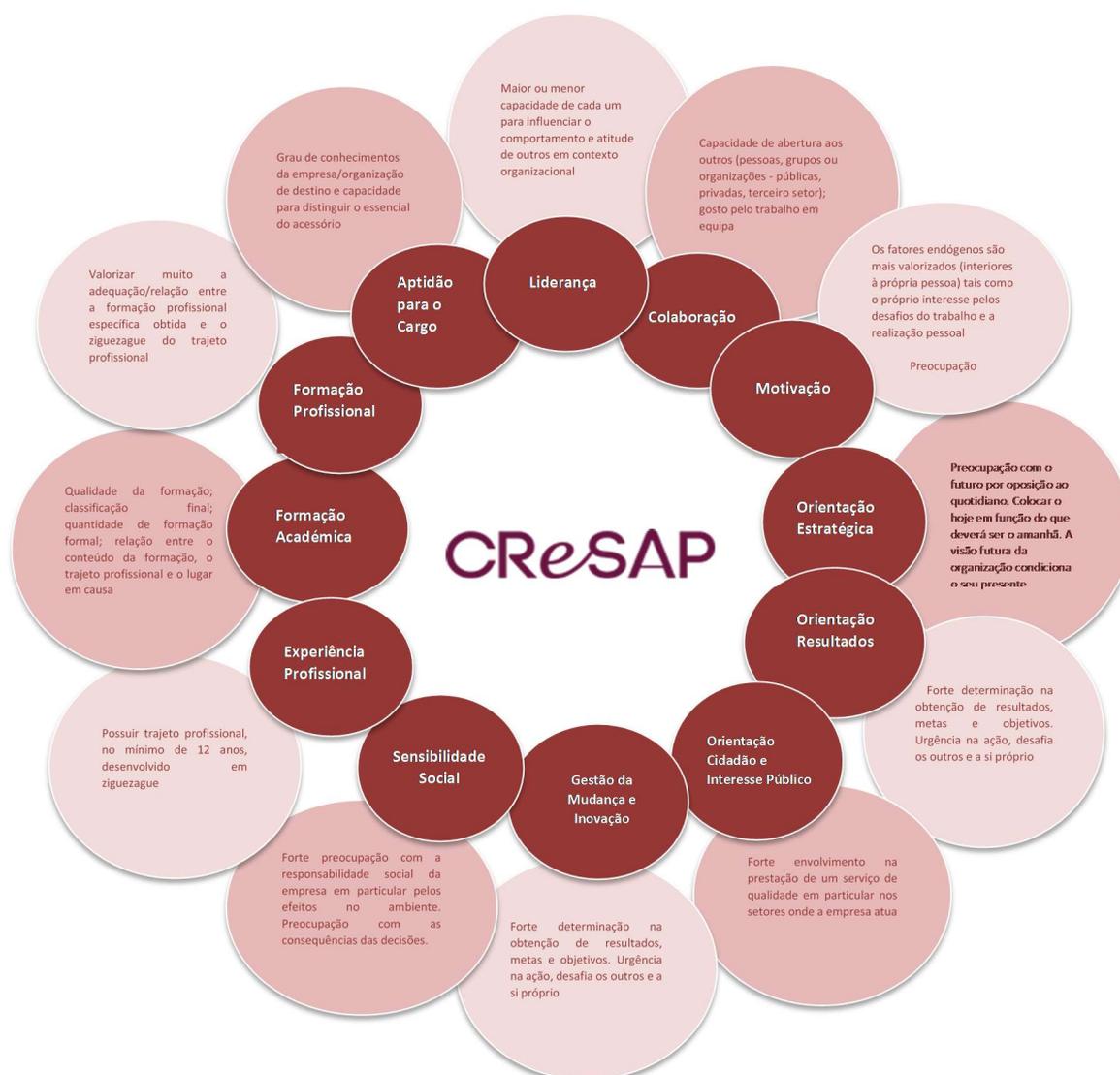
permanentes, responsável pela elaboração do parecer, cabendo ainda a um dos outros vogais o exercício do contraditório face ao mesmo parecer. Posteriormente, a CTP delibera, por unanimidade ou maioria, a aprovação ou a recusa do parecer elaborado.

A CReSAP estabeleceu os critérios aplicáveis na avaliação dos currículos e da adequação, ao cargo de gestor público, das personalidades a que respeita a proposta de designação, através de doze descritores, esquematizados na Figura 2, e que são os seguintes:

Liderança; Colaboração; Motivação; Orientação estratégica; Orientação para resultados; Orientação para o cidadão e serviço de interesse público; Gestão da mudança e inovação; Sensibilidade social; Experiência profissional; Formação acadêmica; Formação profissional; Aptidão.

O membro do Governo, aquando do pedido de avaliação, junta o currículo, do indigitado, acompanhado de um anexo onde este efetua uma autoavaliação para cada um dos descritores da Figura 2. A autoavaliação consiste na descrição de situações representativas da dimensão a avaliar, bem como na apresentação de indicadores de sucesso.

Figura 2 – Doze critérios para a avaliação de um gestor/dirigente



Com a emissão dos primeiros pareceres de gestores públicos e com a respetiva divulgação, na página da CReSAP, surgiu, no final de 2012, uma polémica, diretamente relacionada com a vertente da divulgação. De acordo com as regras instituídas, o parecer só seria divulgado se a personalidade em avaliação desse a sua permissão, através de uma declaração de preenchimento facultativo. Com a publicação dos primeiros pareceres, foi percecionada a importância da sua divulgação, como é patente no texto do Relatório de Atividades e Contas de 2012 da CReSAP, onde se pode encontrar a seguinte afirmação: “A

experiência que foi sendo obtida ao longo de 2012 suporta claramente as vantagens decorrentes de uma prática de transparência e prestação de contas, justificando que se caminhe para a publicitação dos pareceres emitidos, tendo em conta embora as indicações da Comissão Nacional de Proteção de Dados a quem foi solicitado parecer.” O parecer da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd) foi emitido a 5 de fevereiro de 2013 e mantém a necessidade de obter a autorização dos envolvidos para a divulgação, pois considera que o tratamento dos dados é lícito, na medida em que prossegue o interesse público, sendo que o fundamento da legitimidade do tratamento é o consentimento dos titulares dos dados pessoais em causa. No entanto, a CNPD reconhece a necessidade da publicitação da totalidade dos pareceres, em nome da proporcionalidade, pois a publicação parcial dos dados, devido à impossibilidade de recolher o consentimento de todas as personalidades, não permite a comparabilidade entre os avaliados. Como tal, o parecer da CNPD permite a publicação dos pareceres sobre as avaliações curriculares e de adequação de personalidades para o exercício de cargos de gestores públicos desde que seja satisfeita a exigência de proporcionalidade que implica a garantia da legitimidade, ou seja, a autorização da divulgação.

Na sequência deste parecer, a CReSAP divulgou um esclarecimento onde ficou estabelecida a data de 8 de fevereiro de 2013, a partir da qual a CReSAP deixaria de emitir parecer de avaliação de perfil de gestores públicos se a personalidade em causa não autorizasse a sua divulgação, tornando, assim, obrigatória a autorização de divulgação para que a CReSAP procedesse à avaliação de perfil de gestor público. Significa isto que se coloca, à partida, uma condição que poderá impedir algumas personalidades de serem avaliadas.

Ainda durante o ano de 2013, a CReSAP decidiu passar a divulgar apenas a conclusão. Na entrevista publicada pelo jornal Público, a 2 de Dezembro de 2013, o Presidente da CReSAP, Presidente João Bilhim, afirma que deixaram de fazer a publicação completa da análise das personalidades, desde meados de 2013, reconhecendo que a CReSAP poderia ser acusada de homicídios profissionais, justificando “...decidimos passar a divulgar apenas a conclusão dos pareceres...Todos nós estamos a aprender e a encontrar o caminho entre o direito à transparência e o direito à reserva....”. No ano de 2015, e

através de legislação complementar¹⁷, além de ficar consagrada a prática de publicitar os pareceres, apenas na sua parte conclusiva, é determinado que a publicitação dos pareceres só ocorrerá, nos casos de efetiva designação.

A atuação da CReSAP, respeitando a legislação que a enquadra, divide-se nestes dois campos distintos: a responsabilidade de promover concursos para os cargos de direção superior e a de avaliar o perfil dos gestores públicos. Todavia, estes conceitos, não são consensuais e deve ser realçado que, a 24/10/2012, o Bloco de Esquerda apresentou o projeto de lei nº 311/XII/2ª, onde defendia o concurso público como forma de recrutamento e seleção dos membros dos órgãos de administração dos hospitais e unidades locais de saúde do SNS, mas também dos diretores executivos dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Com este procedimento, pretendia-se eliminar as nomeações políticas e introduzir maior transparência, pois, na ótica do BE, a filiação partidária não pode ser fator de exclusão, mas também não pode servir de razão para uma nomeação. Este projeto de lei foi rejeitado, na Assembleia da República, a 14/12/2012.

Na sequência da atividade da CReSAP, foram surgindo questões relativamente à sua capacidade de intervenção e foram sugeridas alterações que se consubstanciaram na publicação da Lei 128/2015 de 3 de setembro, que procede à sexta alteração à Lei n.º 2/2004 de 15 de janeiro e à primeira alteração à Lei n.º 64/2011, de 22 de dezembro. A grande maioria das alterações estão relacionadas com os procedimentos concursais para cargos de Direção Superior, nomeadamente, a elaboração de proposta de perfil de competências passa a ser responsabilidade da CReSAP, na posse da informação relativa ao lugar a prover, e é consagrada neste diploma, a competência da CReSAP para proceder à avaliação dos currículos e da adequação das competências das personalidades indigitadas para exercer cargos de gestor público ou cargos a estes equiparados a qualquer título.

Antes desta alteração, a CReSAP procedeu à avaliação, para alguns cargos atípicos, como por exemplo os diretores executivos dos ACES, mas essa submissão ficava ao critério de cada membro do Governo. Também ficou plasmada a novidade de que a publicitação dos pareceres só deverá ocorrer nos casos de efetiva designação. Quanto ao conteúdo da

¹⁷ art. 17º da Lei 128/2015 de 3 de setembro.

divulgação, esta legislação veio confirmar a prática adotada desde 2013, de divulgar só o resumo do parecer.

Estas alterações ficaram aquém do defendido pela própria CReSAP que apresentou, a 6 de fevereiro de 2015, na Comissão Parlamentar de Orçamento, Finanças e Administração Pública, dezassete propostas de alteração à legislação em vigor. Das propostas apresentadas, ficaram consagradas: a atribuição, aos júris, da competência para a definição de perfis, com base na proposta do Governo, e o prazo limite (45 dias) para designar um de entre os três candidatos. Também foram aceites alterações relacionadas com o recurso à designação em regime de substituição e a clarificação do procedimento a adotar quando há desistências bem como a previsão de necessidade de parecer prévio da CReSAP, semelhante à do gestor público, nos casos em que o procedimento tenha ficado deserto.

Outras pretensões e sugestões da CReSAP não foram adotadas nesta alteração legislativa. Essas pretensões contemplavam a possibilidade da CReSAP ter autonomia administrativa e financeira, assumindo-se como um prestador de serviços; a clarificação da cooperação com a administração regional e a administração local e com o recrutamento de dirigentes intermédios; a necessidade de avaliação dos resultados obtidos durante o mandato antes de se proceder à renomeação de um titular; atribuição de competências de acreditação, no âmbito dos cargos de direção na AP; a possibilidade de a CReSAP poder vir a solicitar o acompanhamento da sua atividade por um painel de peritos internacionais, e a clarificação da entidade competente para dirimir litígios de interpretação da lei quanto à obrigatoriedade de procedimentos concursais, entre outros.

O resumo das propostas apresentadas, pela CReSAP, e das alterações legislativas que as mesmas proporcionaram encontram-se expressas no Anexo I.

Ao longo de 2014, foi-se tornando claro, através da análise dos pareceres publicados, que a avaliação curricular e o parecer sobre adequação de perfil a elaborar para os gestores públicos deveria distinguir entre a primeira nomeação e a “renovação” de mandato, pois nestes casos, as personalidades devem ser confrontadas com os resultados obtidos. Assim, em 2015, no sítio eletrónico da CReSAP, passou a estar disponível um modelo de recolha de informação destinado às renovações. Pede-se aos candidatos que avaliem, justificadamente, o grau de resultados obtidos para quatro dos objetivos definidos

pelo contrato de gestão, além da atualização do currículo. Estes documentos são sujeitos à validação do membro do Governo que solicita a avaliação.

Ainda nesta linha de avaliação, o Presidente João Bilhim, para além da proposta de alteração legislativa, defendeu em entrevistas um papel diferente para a CReSAP, motivado pela interrogação sobre a atuação que este organismo pode ter após a nomeação: “A CReSAP, como entidade administrativa independente, poderia – isto, sim, é novo – servir de instância adequada para ajudar os gestores públicos a alavancar a sua progressão profissional (*coaching*), e o Governo a dispor de dados, apreciações, que o habilitariam a tomar melhores decisões. A decisão seria sempre do profissional, por um lado, e do Governo, por outro. A CReSAP não funciona, em caso algum, como um órgão de controlo (veja-se o Tribunal de Contas), uma inspeção ou um departamento de auditoria.” (Gestão Hospitalar, 2014).

Por motivos de aposentação por limite de idade, que ocorreu a 12 de outubro de 2016, o Presidente João Bilhim deixou de exercer as funções de presidente da CReSAP. Atendendo a que os mandatos são de cinco e quatro anos, respetivamente, para o presidente da Comissão e para os vogais permanentes, o Presidente só terminaria em abril de 2017. No que concerne aos vogais permanentes o mandato terminou em abril de 2016.

O anúncio da saída do Presidente deu azo a algumas notícias relacionadas com o futuro da CReSAP. Também a ida à Comissão Parlamentar de Orçamento, Finanças e Modernização Administrativa (COFMA), a 13 de outubro, para apresentação da atividade anual da CReSAP, motivou notícias relacionadas com a não continuidade do Presidente João Bilhim, para além da aposentação por limite de idade. “Neste momento, o futuro da CReSAP é uma incógnita, não se conhecendo ainda o que o Governo pretende fazer: se vai substituir o dirigente, se aproveitará a sua saída para fazer alterações ou se vai extinguir a comissão.” (Público 04/10/2016). Também através da imprensa, se ficou a saber (Público 11/10/2016) que o vogal da comissão, José Luís Nascimento, renunciou ao cargo, decisão transmitida ao Ministério das Finanças e à COFMA.

De acordo com o nº 4 do artº. 6º da Lei 64/2011 de 22 de dezembro, o provimento do presidente da Comissão deve garantir a alternância de género e o provimento dos vogais permanentes deve assegurar a representação mínima de 33% de cada género. Através da RCM nº 48-A/2017 de 31 de março, foram nomeados a Presidente e os vogais da CReSAP.

No preâmbulo desta RCM, pode ler-se: “Sem prejuízo da necessidade da constante monitorização e eventual reavaliação do modelo atualmente vigente, decidiu-se designar, como presidente e vogais permanentes, quatro individualidades de incontestada experiência profissional na AP, de reconhecida competência técnica, capacidade de gestão e integridade pessoal e que asseguram a combinação de uma diversidade assinalável de valências e de conhecimentos sobre diversas áreas do saber, que se têm por indispensáveis à avaliação, seleção e recrutamento dos perfis mais adequados ao exercício de cargos dirigentes.”

A audição dos membros indigitados pela COFMA, para a CReSAP, Quadro IV, ocorreu a 20 de janeiro de 2017, e foram nomeados, a 31 de março de 2017

Quadro IV - Constituição da CReSAP – 2017

Cargo	Nome
Presidente	Maria Júlia Neves Murta Ladeira
Vogal Permanente	Maria da Conceição Migueis de Matos
Vogal Permanente	Maria dos Anjos Lopes Duarte
Vogal Permanente	José Maria Pedro

O interesse sobre a atuação da CReSAP foi muito grande e evidenciado pelas múltiplas notícias que foram surgindo, desde 2012, nos diferentes meios de comunicação. Para esta visibilidade também contribuíram as diversas intervenções públicas do seu Presidente João Bilhim. As notícias, sobre a CReSAP, tiveram diferentes origens e diferentes intenções pelo que deram, a esta comissão, uma grande visibilidade, alguma notoriedade e condicionaram, seguramente, a atuação dos seus membros.

Um organismo como a CReSAP que se rege por princípios como o rigor e a prestação pública de contas, dá grande importância à transparência como instrumento anticorrupção. Embora não exista um modelo inequívoco para um sistema eficaz de anticorrupção, há um crescente consenso internacional, quanto a alguns aspetos que alavancam a prevenção da corrupção. A comunicação social, tem um papel de controlo e monitorização externo e indireto das práticas e procedimentos da AP. Muitas vezes fá-lo através das redes sociais, e constitui-se como um dos pilares, na promoção da

transparência e no combate à corrupção, identificado pela organização “Transparency International” que desenvolveu e promoveu o conceito do National Integrity System (NIS)¹⁸.

Aliás, no relatório do Banco Mundial¹⁹, a comunicação social ou *media* é considerada um dos agentes reputacionais na *corporate governance*, pois faz parte da rede de agentes externos que promovem a monitorização e avaliação do desempenho. A sua ação exerce pressão e mantém informados os cidadãos, ao permitir a diminuição da assimetria de informação. Com este papel, a comunicação social tem capacidade de influenciar as organizações e o poder político (Cadbury, 1999, Skander, 2000).

¹⁸ NIS - sistema de avaliação que aprecia a base jurídica e o desempenho real das instituições relevantes para o sistema de combate à corrupção. Essas instituições - ou "pilares" – são doze (poder legislativo, executivo e judicial, o sector público, órgãos reguladores do processo eleitoral, entidades de regulação, as principais instituições de inspeção, auditoria e controlo, agências anticorrupção, partidos políticos, comunicação social, sociedade civil e setor privado).

¹⁹ “Corporate governance : a framework for implementation”.

PARTE II - EMPÍRICA

3. METODOLOGIA

Tendo em conta os objetivos gerais traçados no ponto 1.2. iremos efetuar as seguintes análises:

- Como se caracteriza o novo perfil dos membros dos CA, após a intervenção da CReSAP e em que difere do perfil antes da intervenção desta comissão;
- Qual o contributo da CReSAP na transparência do processo de nomeação de gestores públicos para os Conselhos de Administração dos hospitais;
- Qual o impacto da CReSAP na imprensa, nomeadamente, quais as questões mais debatidas, no espaço público, relacionadas com a CReSAP.

3.1. PERFIL DOS MEMBROS DO CA NOMEADOS

A metodologia a utilizar consistirá na análise das nomeações dos hospitais públicos portugueses, tendo como fonte de dados as nomeações, publicadas em DR, os relatórios de adequação, publicados na página eletrónica da CReSAP e as notícias publicadas na imprensa escrita, sobre a CReSAP. Em primeiro lugar foram examinadas as notas biográficas publicadas aquando das nomeações, em DR, que ocorreram entre 2009 e 2012, de 45 hospitais e, posteriormente, foram pesquisadas as nomeações, usando as mesmas fontes de dados, para os mesmos hospitais e que ocorreram entre 2012 e 2016, já com a intervenção da CReSAP. Foram analisadas 216 nomeações, antes da CReSAP e 230 já com parecer da CReSAP e que correspondem 45 hospitais, antes da existência da CReSAP e 44 hospitais depois das nomeações passarem no crivo desta Comissão.

As fontes de informação, DR e os relatórios de adequação da CReSAP, apresentam alguma uniformidade na informação publicada, pelo que é possível extrair dados comuns a todos os processos.

A escolha dos dados a coligir, foi determinada pelo escopo deste trabalho e por alguns dos critérios eleitos, pela CReSAP, para a análise curricular, nomeadamente, a experiência profissional, formação académica e formação profissional. Assim, os dados recolhidos foram classificados em cinco categorias, descritas no Quadro V, onde se relacionam as categorias e os itens estudados.

Quadro V – Classificação dos dados recolhidos

Categorias	Itens
Nomeação	<ul style="list-style-type: none"> • Data da nomeação em DR • Data da publicação em DR • Data do fim do mandato • Cargo a ocupar (presidente, vogal executivo, diretor clínico e enfermeiro diretor)
Personalidade avaliada	<ul style="list-style-type: none"> • Género • Data de nascimento
Formação	<ul style="list-style-type: none"> • Nome da licenciatura • Nome da Pós-Graduação, Mestrado ou Doutoramento na área de gestão de serviços de saúde e respetivo estabelecimento de ensino • Nome de Pós-Graduação, Mestrado ou Doutoramento na área de gestão e outros e respetivo Estabelecimento de Ensino • Nome de curso de Formação Profissional relevante para o cargo e respetivo estabelecimento de ensino
Experiência	<ul style="list-style-type: none"> • Número de anos de experiência em gestão pública na área da saúde (desempenho em CA) • Número de anos de experiência em gestão pública na área da saúde (desempenho em gestão Intermédia) • Número de anos de experiência em cargos de gestão pública • Número de anos de experiência em cargos de gestão autárquica e/ou política • Número de anos de experiência em cargos de gestão privada
Parecer CReSAP	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo parecer (“Adequado”, “Adequado sob condição”, “Adequado com limitações”, “Com reservas”) • Relação do parecer com o relator

3.2. TRANSPARÊNCIA DO PROCESSO DE NOMEAÇÃO

Antes da intervenção da CReSAP as nomeações, para os CA, eram somente conhecidas através da publicação em DR, onde é possível encontrar a nota curricular de todos os nomeados.

Com a intervenção da CReSAP, no processo de seleção, passou a estar disponível, também, o relatório de adequação, das propostas submetidas a esta comissão. Como consequência da análise dos currículos e da avaliação de competências, é publicado um relatório que expressa a avaliação levada a cabo. O formato do relatório foi evoluindo, ao longo do tempo, pois é possível observar que nos primeiros pareceres de 2012 e 2013, era publicada a grelha de avaliação de cada um dos critérios aplicados. A partir do final do ano de 2013, os pareceres passam a ser mais sucintos, ou seja, é publicada só a conclusão.

Curiosamente há um parecer em 2015, referente à nomeação do CA do Centro Hospitalar Póvoa do Varzim e Vila do Conde (CHPVVC), que volta a ser publicado com a análise pormenorizada, mas trata-se de um caso único e que não se repetiu, pelo que se pode considerar um lapso.

3.3. IMPACTO DA CReSAP NA IMPRENSA

A Comunicação social desempenha um papel significativo como meio de transferência da informação entre a AP e a sociedade, dotando-a de capacidade de escrutínio e avaliação. A importância dessa transferência de informação foi reconhecida pela Organização das Nações Unidas (ONU), que tem uma posição única para avaliar os desenvolvimentos nas administrações públicas de todo o mundo. Os conceitos de integridade, transparência e responsabilidade foram identificados pelos países da ONU, coletiva e individualmente, como parte dos princípios fundadores da AP (Armstrong, 2005).

A comunicação social em geral e as tecnologias da informação e da comunicação (TIC), em particular, promovem as interações entre governos e cidadãos, promovendo a transparência, na medida em permitem que a ação governativa possa ser acompanhada.

A introdução da CReSAP, como um novo organismo na AP, assim como a introdução de novos procedimentos provocaram algumas reações, na sociedade, que tiveram expressão através dos meios de comunicação. Por um lado, o Presidente da

CRoSAP, João Bilhim, procurou com a sua intervenção pública contribuir para a divulgação da missão da CReSAP, motivando as candidaturas com vista a uma maior diversidade de candidatos, por outro lado, foi procurando dar visibilidade a este novo organismo e ao conceito a ele subjacente. O escrutínio político foi intenso motivando diversas notícias e artigos de opinião, e as audiências na comissão parlamentar, do presidente da CReSAP, originaram sempre notícias antes e depois dessas sessões. Neste escrutínio o modelo da CReSAP foi sendo colocado em causa, através das nomeações que tiveram origem neste organismo, ou foi sendo apoiado com diversos argumentos. Esta visibilidade, oriunda de diversas fontes contribuiu para criar imagens positivas e negativas da CReSAP.

Por tudo isto, afigura-se pertinente analisar a visibilidade da CReSAP, através do papel de escrutínio atribuído à comunicação social, observando o teor das notícias veiculadas, enquadrando a ideia chave que as mesmas transmitiram. Para tal, foram analisados os artigos noticiosos, desde 6 de dezembro de 2011 até 19 de maio de 2017, e que foram obtidos a partir de um alerta de notícias, criado no Google, com as palavras chave: Comissão de recrutamento e CReSAP. Esta fonte das notícias privilegia a imprensa escrita, o que coloca de fora, desta análise, as notícias da televisão.

Poderemos dizer que o propósito desta tarefa foi conhecer o “porquê” da CReSAP ser notícia e o “para quê”, ou seja, procurámos perceber quem esteve na origem dos artigos noticiosos e qual a finalidade ou enquadramento da notícia ou artigo.

A esta grelha de análise acrescentámos uma classificação, de acordo com abordagem feita, isto é, se o que é valorizado na notícia o é num ângulo negativo ou positivo, de acordo com os objetivos que estiveram na origem da criação da CReSAP.

Foi feita uma análise do conteúdo a partir do relato e inferiu-se, ou seja, passou-se da descrição à interpretação, ao ser atribuído um sentido ao conteúdo da notícia. Foram definidos alguns termos – chave, isto é, os termos que realçam o sentido do artigo, com os quais as notícias foram avaliadas.

Foi utilizada uma análise muito simples e qualitativa do conteúdo, o que se materializa na análise dos artigos noticiosos, mas sem serem enumeradas ocorrências e sem se fazerem estatística com elas. Procurámos decodificar os textos com o propósito de classificar o pensamento e o uso da linguagem.

Assim, e com o intuito de classificar as notícias sob o ponto de vista da motivação (porquê), fomos procurar a fonte das mesmas, pois há um conjunto de artigos noticiosos que envolvem entrevistas ou esclarecimentos da CReSAP, através do Presidente ou de outros membros, motivados pela vontade de clarificar a missão da CReSAP²⁰ ou de esclarecer algum procedimento interno ou algum processo concursal ou nomeação que foram objeto de contestação. Há ainda um conjunto de outros artigos noticiosos que surgem sem qualquer intervenção da CReSAP e que pretendem colocar questões semelhantes.

Por outro lado, após aferir a motivação, há que perceber a intenção, o propósito da ação ou a finalidade (para quê). Usámos o enquadramento da notícia para encontrar uma intenção principal, ou seja, foram selecionados alguns aspetos e foram salientados de modo a promover uma definição particular de um problema ou uma interpretação causal, para o item descrito e que se pode classificar em questionar se se está a cumprir estrategicamente a missão da CReSAP ou se a peça pretende colocar em causa aspetos operacionais da CReSAP.

A classificação dos artigos noticiosos permitiu a categorização, em quatro grupos, em função das seguintes perguntas, que podem ter uma resposta negativa (Não) ou afirmativa (Sim):

- 1.) O assunto relaciona-se com a atividade operacional da CReSAP?
- 2.) Há evidência do envolvimento da CReSAP na notícia?

Na classificação das notícias, procurámos conhecer a origem dos artigos noticiosos e para isso, considerou-se:

- Oriundo da CReSAP: as entrevistas do seu Presidente, os artigos de opinião dos seus membros, os comunicados, as citações das declarações do seu presidente nas idas à comissão parlamentar.

²⁰ Missão principal da CReSAP “Recrutar e selecionar a direção superior da administração pública, com isenção, rigor e independência, promovendo o bom governo e a meritocracia.”

- Não oriundo da CReSAP: as declarações, dos membros da comissão parlamentar, como reação ou resposta a alguma polémica, os artigos noticiosos com conteúdo sobre a CReSAP.

Já quando fomos classificar as notícias, quanto à sua intenção principal ou a sua finalidade, considerou-se como assuntos:

- Operacionais: em oposição aos assuntos estratégicos, as notícias que encerravam em si o objetivo de referir aspetos de funcionamento e operação, da vida interna da CReSAP, por exemplo, a forma dos pareceres, as várias vertentes relacionadas com a sua divulgação, o acesso dos candidatos aos pareceres, etc.
- Não Operacionais: os artigos noticiosos que questionavam ou reforçavam a efetividade da estratégia/missão da CReSAP, ou seja, quando eram referidos aspetos políticos e estratégicos que presidiram à criação da CReSAP, ou o que evidenciava ou refutava a interferência política nas decisões da Comissão.

Para melhor compreender a relação entre as perguntas colocadas e as categorias definidas, apresenta-se a matriz de classificação, na Figura 3.

Figura 3 – Matriz de classificação dos artigos noticiosos



Quando a resposta à pergunta 1.) é negativa, isto é, quando o conteúdo da notícia trata de um assunto estratégico e não operacional e a resposta à pergunta 2.) também é

negativa, ou seja, trata-se de um artigo noticioso que não surgiu da CReSAP nem com o seu envolvimento direto, essas notícias são inseridas numa categoria denominada - **Modelo de Recrutamento** –pois nestes artigos há uma intenção clara de questionar a missão ou o modelo deste organismo e se a mesma está ou não a ser cumprida, nomeadamente, se as nomeações para cargos de direção superior ou para gestores públicos estão condicionadas pelos partidos e pela filiação partidária das personalidades.

No caso da resposta à pergunta 1.) ser afirmativa, pois a notícia refere assuntos relacionados com a operação ou funcionamento interno da CReSAP e se resposta à pergunta 2.) for ainda negativa, a classificação das notícias é a - **Sustentabilidade da CReSAP** – estes artigos colocam em causa os aspetos procedimentais e dessa forma questionam o modelo da CReSAP e o seu futuro.

Se a resposta à pergunta 1) é negativa por se verificar que os artigos noticiosos referem assuntos estratégicos e não operacionais, e a resposta à pergunta 2) é afirmativa, na medida em que o envolvimento da CReSAP, nas notícias, é evidente e a notícia é motivada pela necessidade da CReSAP esclarecer ou divulgar aspetos relacionados com o seu posicionamento estratégico, neste caso a categoria das notícias, nestas condições é a - **Missão da CReSAP**.

Por fim, se a resposta à questão 1.) e 2.) é afirmativa estamos perante artigos noticiosos que contam com a participação ativa da CReSAP e onde há a intenção de esclarecer ou divulgar aspetos relacionados com as regras e procedimentos a que obedece desta Comissão (aspetos operacionais). Estes artigos foram agregados na categoria – **Funcionamento**.

Esta categorização pretende agrupar os artigos noticiosos, fruto da análise realizada, em função dos objetivos que pretendem atingir e dessa forma conseguir obter estatística relevante para aferir a natureza da visibilidade da CReSAP através da imprensa escrita.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para atingir os objetivos enunciados, foram utilizadas três amostras:

- As nomeações, em DR, de 45 hospitais do SNS – antes da CReSAP
- As nomeações em DR de 44 hospitais do SNS - após CReSAP e 189 pareceres da CReSAP;
- 129 artigos noticiosos em 23 suportes (jornal ou blog);

O universo dos hospitais públicos pertencentes ao SNS, quer tenham a natureza jurídica de EPE's ou de SPA's é, neste momento, constituído por 39 hospitais EPE e 6 hospitais SPA, o que totaliza 45 entidades²¹.

Neste universo de hospitais, não foi possível encontrar os pareceres da CReSAP relativamente a nove hospitais, como fica patente no Quadro VI.

Quadro VI - Lista de Hospitais sem parecer disponível

Hospital	Despacho DR	Data da publicação em DR	Parecer CReSAP*
Centro Hospitalar Lisboa Central	Resolução 2/2013	22/01/2013	N.D.
Centro Hospitalar Oeste	Despacho nº 14854/2012	20/11/2012	N.D.
Centro Hospitalar Porto	Resolução 5/2014	10/02/2014	N.D.
Centro Hospitalar Setúbal	Resolução 4/2013	06/02/2013	N.D.
Centro Hospitalar VN Gaia/Espinho	Resolução 11/2014	27/03/2014	N.D.
Hospital Garcia da Orta	Resolução 3/2013	22/01/2013	N.D.
Hospital Ovar	Despacho nº 8522/2013	01/07/2013	N.D.
Instituto de Oncologia do Porto	Resolução 12/2014	31/03/2014	N.D.
Unidade Local de Saúde Castelo Branco	Resolução 2/2014	23/01/2014	N.D.

(*) N.D. – Não Disponível

Não foram analisadas as nomeações do Instituto Oftalmológico Gama Pinto (IOGP), pois não foi possível encontrar a última nomeação, em DR, antes da intervenção da

²¹ No intervalo de tempo desta análise ocorreu a criação do Centro Hospitalar do Algarve (CHA) que resultou da fusão do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio com o Hospital Distrital de Faro.

CRoSAP, o que impedia a comparação.

Assim, foram objeto deste estudo 98% dos hospitais que constituem o universo dos hospitais públicos que integram o SNS.

4.1. PERFIL DOS MEMBROS DO CA NOMEADOS

Na apresentação dos resultados vai seguir-se a estrutura da classificação enunciada na metodologia, para a análise das nomeações dos hospitais, antes e depois da CRoSAP. Nos quadros e figuras apresentados adota-se a comparação no que se convencionou chamar o período “Antes CRoSAP” e “Pós CRoSAP”.

A composição do CA dos hospitais, no período em análise, foi determinada pelo n1 do art. 5 do DL 188/2003 de 20 de agosto, para os Hospitais do Setor Público Administrativo e pelo art. 6 do anexo II do DL n 233/2005 de 29 de dezembro²². No primeiro diploma o CA é composto pelo presidente e um ou dois vogais, como membros executivos, e, como membros não executivos, pelo diretor clínico e pelo enfermeiro-diretor, que formam a direção técnica. No caso dos Hospitais EPE, o CA é composto pelo presidente e um máximo de seis vogais, em função da dimensão e complexidade do hospital, sendo um deles, obrigatoriamente, o diretor clínico (médico) e outro o enfermeiro-diretor (enfermeiro). Os cargos analisados são os que se ilustram, no Quadro VII.

²² No primeiro diploma (DL 188/2003) o CA é composto pelo presidente e um ou dois vogais, como membros executivos, e, como membros não executivos, pelo diretor clínico e pelo enfermeiro-diretor, que formam a direção técnica. No caso dos Hospitais EPE (DL n 233/2005), o CA é composto pelo presidente e um máximo de seis vogais, em função da dimensão e complexidade do hospital, sendo um deles, obrigatoriamente, o diretor clínico (médico) e outro o enfermeiro-diretor.

Quadro VII – Descrição dos cargos

Cargos	Sigla
Presidente do Conselho de Administração	PCA
Vogal Executivo do Conselho de Administração	VCA
Diretor Clínico	DC
Enfermeiro Diretor	VCA-ED
Diretor Clínico dos Cuidados de Saúde Primários	VCA-DC-CSP ²³
Diretor Clínico dos Cuidados Hospitalares	VCA-DC-Hospital ²⁴
Presidente do Conselho de Administração em acumulação com o cargo de Diretor Clínico	PCA-DC
Presidente do Conselho de Administração em acumulação com o cargo de Diretor Clínico dos cuidados Hospitalares	PCA-DC-Hospital

Os resultados a seguir apresentados correspondem à análise da informação recolhida, sobre a nomeação dos CA, a partir das publicações em DR e pareceres emitidos pela CReSAP. Os cargos objeto de análise são: o cargo de Presidente do Conselho de Administração (PCA), o cargo de Vogal Executivo do Conselho de Administração (VCA) e nestes o cargo de Diretor Clínico (VCA-DC) e de Enfermeiro Diretor (VCA-ED). Também serão referidos os cargos das ULS's em que há distinção no nível de cuidados e por isso teremos o cargo de Diretor Clínico dos CSP (VCA-DC-CSP) e Diretor Clínico dos cuidados Hospitalares (VCA-DC-Hospital). Em algumas situações o Presidente do Conselho de Administração acumula o cargo de Diretor Clínico (PCA-DC) ou Diretor Clínico dos cuidados Hospitalares (PCA-DC-Hospital).

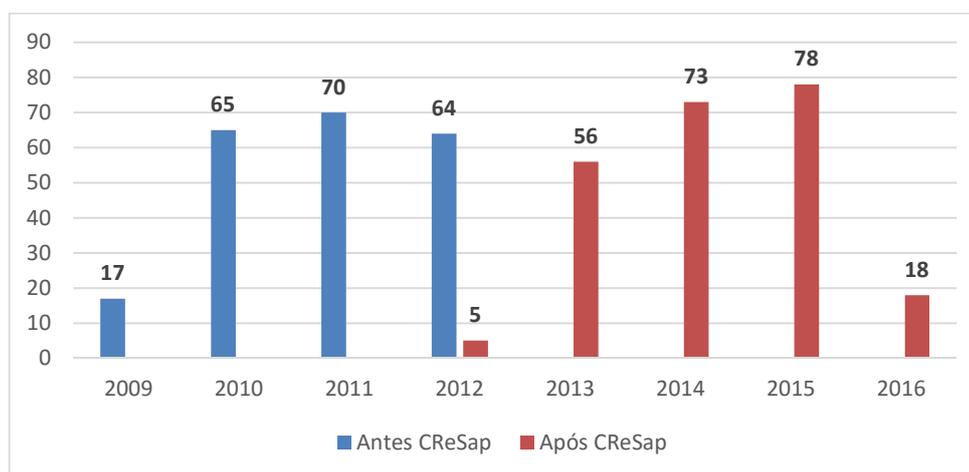
²³ Cargos das Unidades Locais de Saúde (ULS's).

²⁴ Idem.

4.1.1. DADOS RELACIONADOS COM O CA

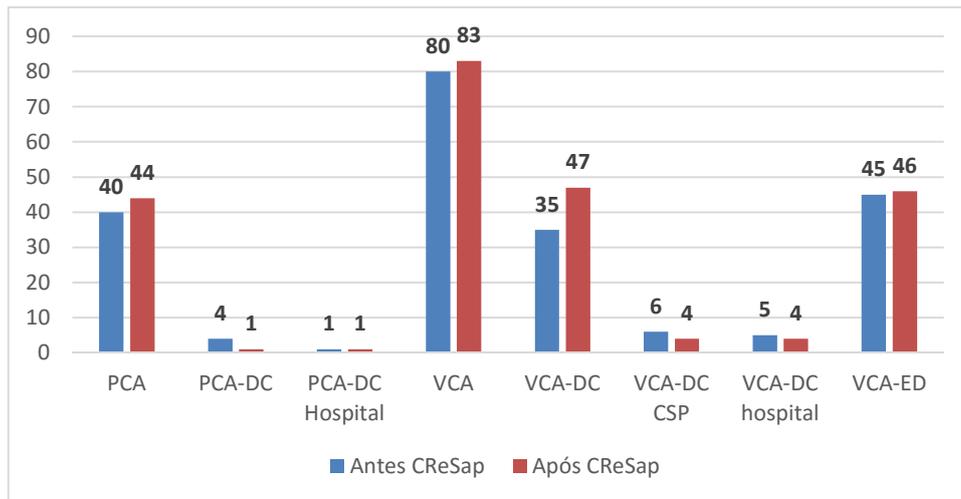
No período antes da intervenção da CReSAP, as 216 nomeações publicadas, em DR, ocorreram maioritariamente nos anos 2010 a 2012. As 230 propostas de nomeação, sujeitas à análise pela CReSAP, ocorreram entre 2012 e 2016, sendo que a maioria ocorreu entre 2013 e 2015. A atividade da CReSAP iniciou-se no ano de 2012, mas nesse ano das 69 nomeações, só 5 foram escrutinadas por esta comissão, pois no período pós CReSAP, a primeira e única nomeação, na área hospitalar, foi publicada a 20/11/2012, em DR, e refere-se aos cinco elementos do CA do Centro Hospitalar do Oeste (CHO), como é explícito no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Distribuição das nomeações por ano



Os cargos para os quais se procedeu a nomeações não apresentam grandes diferenças em relação ao período antes e após a intervenção da CReSAP, com algumas variações nos cargos de Diretor Clínico, pois no período pós CReSAP verifica-se que há menos três Presidentes do CA que acumulam o cargo de Diretor Clínico (-75%), menos 2 Diretores clínicos nomeados especificamente para os Cuidados de Saúde Primários (CSP) (-33%) e menos um Diretor Clínico especificamente para os cuidados Hospitalares (-20%), nas Unidades Locais de Saúde (ULS), como se pode ver no Gráfico 2.

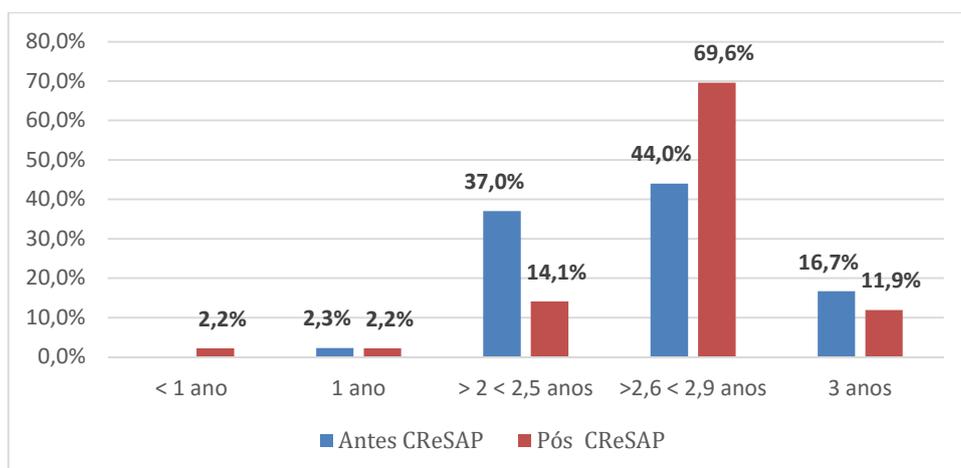
Gráfico 2 – Distribuição das nomeações por cargos



Considerando que o mandato deve ter a duração de 3 anos e que a contagem se faz em relação aos anos civis, verifica-se que se a nomeação não ocorrer no início do ano civil, o mandato ficará amputado desse tempo e não terá a duração dos 3 anos completos.

Foi analisado o tempo de mandato de todas as nomeações, antes e após a intervenção da CReSAP, visível no Gráfico 3, e verifica-se que em ambos os períodos, a maioria das nomeações teve uma duração entre os 2 e os 2,9 anos. No período pós CReSAP, 69,6 % das nomeações ocorreram entre os 2,6 e 2,9 anos, contra os 44 % do período anterior à CReSAP.

Gráfico 3 – Tempo de mandato dos CA por intervalos de tempo



A média e a mediana do tempo de duração do mandato, apresentam uma variação despidianda, entre os dois períodos em análise, sendo no período pós CReSAP, 2,7 e 2,8, respetivamente, e no período antes da CReSAP de 2,6 e 2,7 anos.

Estas constatações podem indiciar que a intervenção da CReSAP não teve influência negativa no tempo das nomeações, tendo mesmo um efeito positivo, subiu de 44% para 69,6%, pois pode ter ocorrido alguma precaução, por parte do membro do Governo de forma a garantir a nomeação no tempo correto e não deixando que a intervenção da CReSAP tivesse influência no atraso das nomeações, o que é visível na menor percentagem de nomeações que ultrapassam os 3 anos (16,7% contra 11,9%). Os tempos de nomeação, no limiar inferior, prendem-se com substituições, quer de Vogais Executivos, quer de Diretores Clínicos pouco tempo antes do CA terminar o mandato.

4.1.2. DADOS RELACIONADOS COM A PERSONALIDADE AVALIADA

No estudo que foi feito, às nomeações antes da intervenção da CReSAP, foram analisadas 216 nomeações mas que correspondem, de facto, a 213 personalidades, pois três dessas personalidades foram nomeadas, no período compreendido entre 2009 e 2012, para dois CA, o que aconteceu especificamente com os vogais executivos do Hospital Distrital de Santarém (HDS), da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA), do IPO do Porto (IPOP), do Hospital João Crisóstomo de Cantanhede (HJC) e do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS).

No que concerne às nomeações que foram sujeitas ao escrutínio da CReSAP, foram analisadas 230 nomeações que correspondem a 221 personalidades, pois entre os anos de 2013 e 2016, foram cinco as personalidades que foram renomeados para o CA do mesmo Hospital, a saber, o Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN), o Hospital Espírito Santo de Évora (HESE) e o Centro Hospitalar Barreiro Montijo (CHBM). Há também 4 personalidades foram nomeadas, neste período, para os CA de hospitais diferentes, nomeadamente, o Hospital Fernando da Fonseca (HFF), Unidade Local de Saúde Litoral Alentejano (ULSLA), Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD), Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNGE), Centro Hospitalar Médio Ave (CHMA) e uma das personalidades analisadas foi classificada com um “Não adequado” sendo mais tarde nomeada para vogal executivo de uma ULS.

Foi possível ainda apurar que no universo das personalidades analisadas, há 111 nomeados que são comuns ao período antes e de depois da CReSAP, independentemente do Hospital para qual ocorreram as nomeações, o que representa uma média de 50% das nomeações.

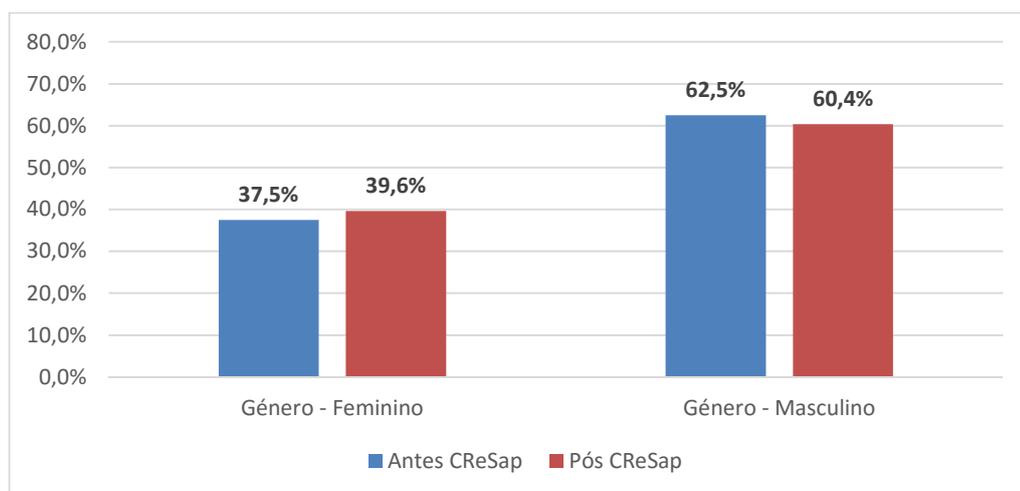
Os dados relacionados com a personalidade, considerados relevantes, foram o género e a idade. Assim, em relação ao género verifica-se que não se podem considerar significativas as diferenças entre as personalidades avaliadas antes e depois da intervenção da CReSAP, como é notório no Quadro VIII:

Quadro VIII - Distribuição das nomeações por género

	Género - Feminino	Género - Masculino	Total
Antes CReSAP	81	135	216
Pós CReSAP	90	137	227
Total	171	272	443

A título de curiosidade pode referir-se que há cumprimento, quer antes quer pós CReSAP, da representação mínima de 33% de cada género (Gráfico 4). Esta imposição, de acordo com a Lei 62/2017 de 1 de agosto, e que não se aplica ao período em análise, neste trabalho, estabelece o regime da representação equilibrada entre mulheres e homens nos órgãos de administração e de fiscalização das entidades do setor público empresarial e das empresas cotadas em bolsa, não sendo este aspeto, responsabilidade da CReSAP, pois a escolha dos membros do CA é realizada pelos membros do governo para serem sujeitos a avaliação não vinculativa.

Gráfico 4 - Distribuição das nomeações por género



Em relação à idade das personalidades nomeadas, considerou-se a idade à data da nomeação, sendo que 9,3% e 7,0% dos nomeados, como se pode verificar no Quadro IX, na análise antes da CReSAP e após a CReSAP, respetivamente, não apresentam datas de nascimento. Nas restantes nomeações verifica-se que nas que ocorreram após a intervenção da CReSAP, a idade das personalidades é predominantemente superior a 50 anos (71,4%), e que é superior ao que ocorria na fase antes da existência da CReSAP (59,7%).

Quadro IX – Frequência das nomeações por idade e por género

Idade	Antes CReSAP			Pós CReSAP		
	Género Feminino	Género Masculino	% total	Género Feminino	Género Masculino	% total
Sem data nascimento	6	14	9,3%	8	8	7,0%
Até 49 anos	23	44	31,0%	19	30	21,6%
> 50 anos	52	77	59,7%	63	99	71,4%
Total	81	135	100,0%	90	137	100,0%
Mais novo	35	32		33	35	
Média de idades	51	51		52	53	

(*) Idade calculada face à data de nomeação

Analisando estas diferenças podemos considerar que as mesmas não são estatisticamente significativas.

4.1.3. DADOS RELACIONADOS COM A FORMAÇÃO

Relativamente à formação foram analisadas várias componentes, para além da licenciatura que é transversal a todas as personalidades, na medida em que é um requisito de acesso ao cargo de gestor público.

Procedeu-se à observação, na informação publicada em DR, da referência ao que se convencionou chamar formação avançada²⁵ e que se materializa ao nível da Pós-graduação, Mestrado ou Doutoramento, do curso e respetivo estabelecimento de ensino, em duas áreas distintas:

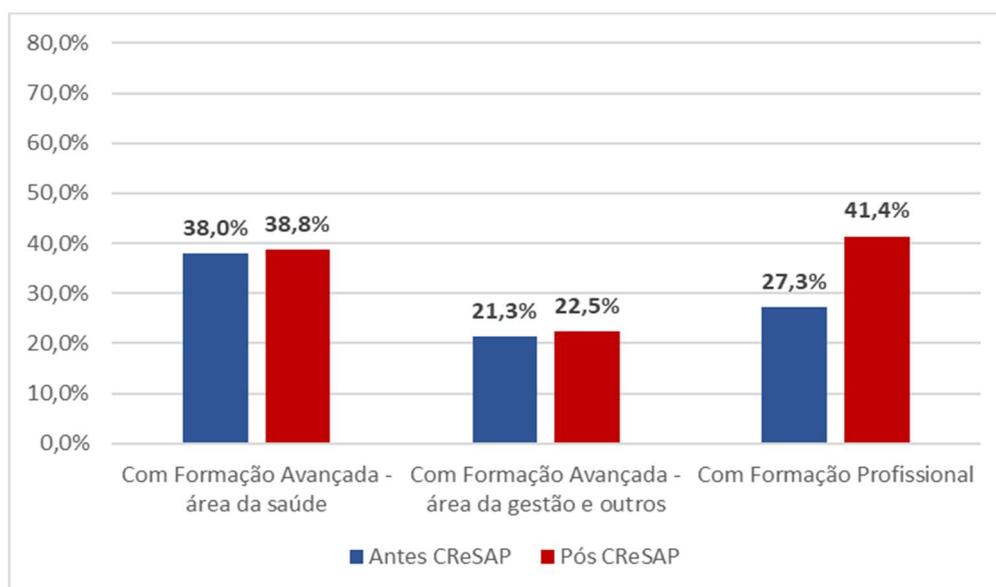
- **Área de gestão de serviços de saúde;**
- **Área de gestão ou outros;**

Foi, ainda, recolhida toda a informação referente a cursos de formação profissional²⁶, que podem ser considerados relevante para o cargo, e respetivo estabelecimento de ensino. No Gráfico 5 é possível verificar que cerca de 39% das personalidades nomeadas apresentam formação avançada na área da saúde e cerca de 22% têm cursos de formação avançada na área de gestão ou outra e que não há diferenças no período antes e pós intervenção da CReSAP. O mesmo já não se pode afirmar relativamente à formação profissional, pois o número de nomeados que frequentaram este tipo de formação é superior na fase pós CReSAP, ou seja 27,3 % dos nomeados no período antes da CReSAP e 41% no período pós CReSAP.

²⁵ Classificou-se como formação avançada a formação conferente de grau ou diploma de Pós-graduação.

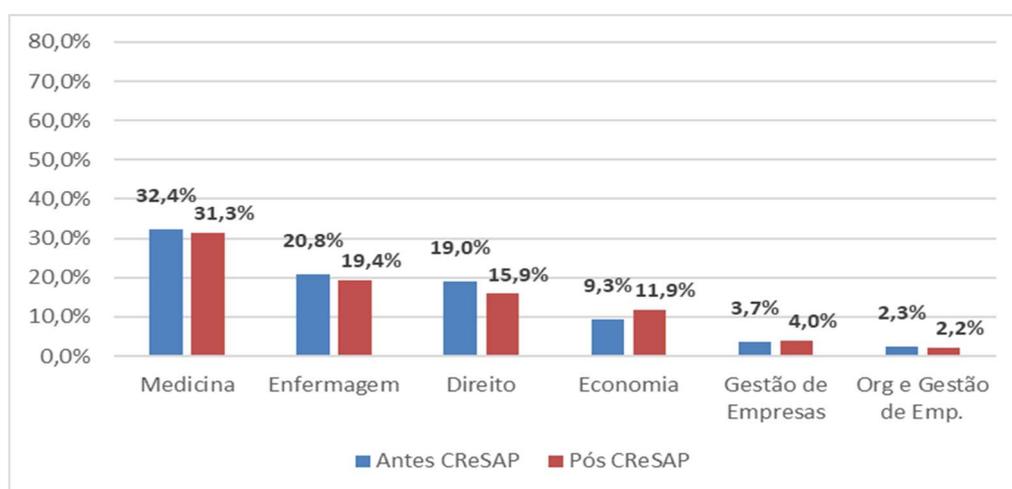
²⁶ Classificou-se como formação profissional os cursos de curta duração sem grau ou diploma de Pós-graduação

Gráfico 5 - Frequência relativa da formação avançada e profissional



Quando se analisam as licenciaturas dos nomeados, verificamos que no período antes da intervenção da CReSAP, 6 licenciaturas representam 87,5% do conjunto de licenciaturas, são elas: Medicina, Enfermagem, Direito, Economia, Gestão de empresas e Organização e Gestão de Empresas. Quando nos detemos sobre as nomeações após intervenção da CReSAP encontramos as mesmas 6 licenciaturas a predominarem, pois representam 84,6% do total de licenciaturas.

Gráfico 6 – Licenciaturas mais frequentes nas nomeações



No que diz respeito às licenciaturas apresentadas, podemos verificar que a licenciatura em medicina é a que apresenta maior frequência, nos dois períodos em

análise, logo seguida da enfermagem, como é visível no Gráfico 6. Estes dados podem ser explicados pelo facto de obrigatoriamente todos os CA serem constituídos por detentores destas formações, especificamente no caso dos vogais executivos com os cargos de DC e ED, o que implica as respetivas licenciaturas em medicina e enfermagem.

De referir que a licenciatura em medicina se encontra sobretudo no cargo de VCA-DC, pois é obrigatório, mas representa 66% das ocorrências, antes da CReSAP e 76% nas nomeações analisadas pós CReSAP, o que significa que foram nomeados mais VCA-DC, como está expresso no Quadro X, 46 no período antes CReSAP e 55 no período pós CReSAP.

Quadro X- Frequência relativa da licenciatura em Medicina, por cargos

Cargos	Antes CReSAP		Pós CReSAP	
	Nº	%	Nº	%
PCA	16	23%	15	21%
PCA-DC	5	7%	2	3%
VCA-DC	46	66%	55	76%
VCA	3	4%	0	0%
Total	70	100%	72	100%

Como se pode observar, no período antes da intervenção da CReSAP foram encontrados 16 PCA com a licenciatura em Medicina, e mais 5 a acumular o cargo com a Direção Clínica. No período pós CReSAP há 15 PCA com a licenciatura em Medicina e só 2 acumulam a Direção Clínica. Curiosamente, no período Antes CReSAP há 3 licenciados em Medicina que ocupam lugares de VCA²⁷, o que já não acontece no período Pós CReSAP.

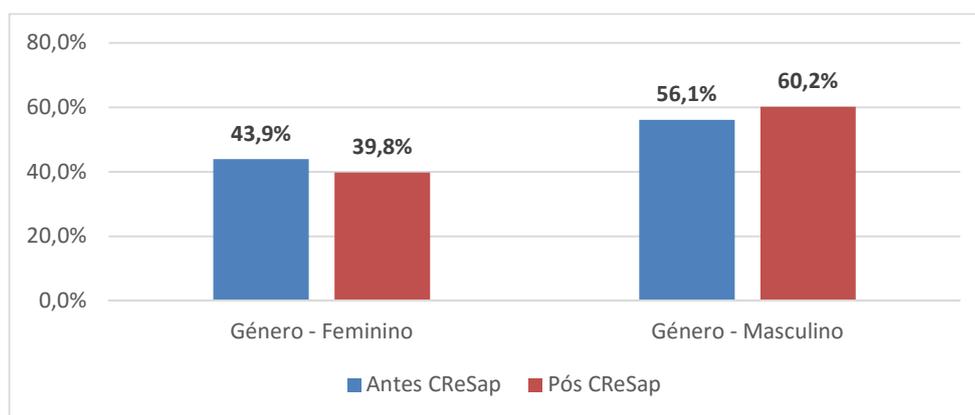
As restantes licenciaturas apresentam uma frequência muito baixa, pois estamos a falar de uma grande diversidade, 20 licenciaturas nas nomeações antes da CReSAP e 24 licenciaturas, nas nomeações após intervenção da CReSAP.

Em relação à formação avançada, foram considerados os cursos que se relacionavam diretamente com gestão dos serviços de saúde e foi recolhido o estabelecimento de ensino. Foram encontrados cursos de especialização, pós-graduação e

²⁷ Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC), Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (CHLO) e Centro Hospitalar Trás os Montes e Alto Douro (CHTMAD)

mestrado. Do universo de nomeações, antes da CReSAP, só 37,5% apresentam alguma formação avançada na área da saúde. E nas nomeações analisadas, após a intervenção da CReSAP regista-se um ligeiro aumento do número de personalidades que apresentam formação avançada na área da saúde, 38,3%. A distribuição, pelo género feminino e masculino não apresenta grandes variações, como se pode verificar através do Gráfico 7.

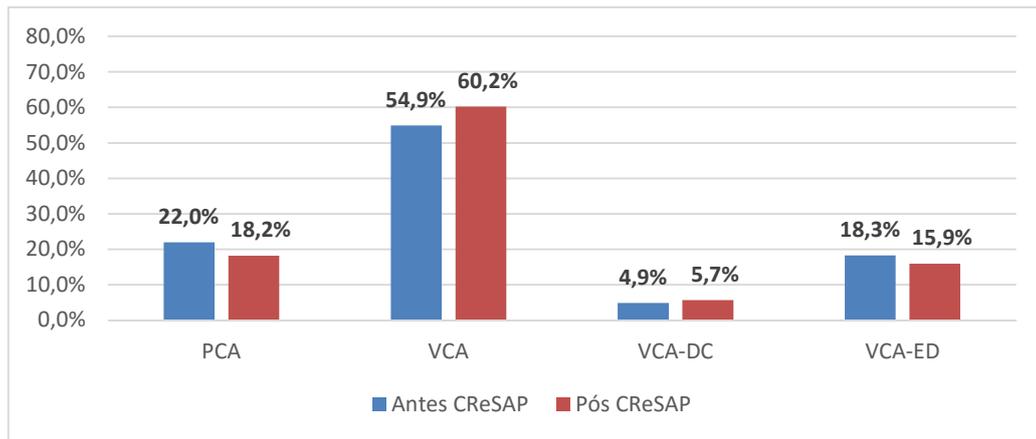
Gráfico 7 - Distribuição da formação avançada em gestão de serviços de saúde por género



Com o intuito de facilitar a análise, a partir deste momento optou-se por deixar de identificar os PCA que acumulam funções de VCA-DC e os VCA-DC-CSP que são responsáveis pela governação clínica dos cuidados primários e hospital, pois esta distinção não aporta uma mais-valia à investigação e à sua apresentação, pois vai impregnando o texto de ambiguidade tornando a leitura menos perceptível. Assim, os PCA que acumulam funções de VCA-DC foram considerados no grupo dos PCA e os VCA-DC que são responsáveis pelo Hospital ou CSP foram contabilizados no grupo dos VCA-DC.

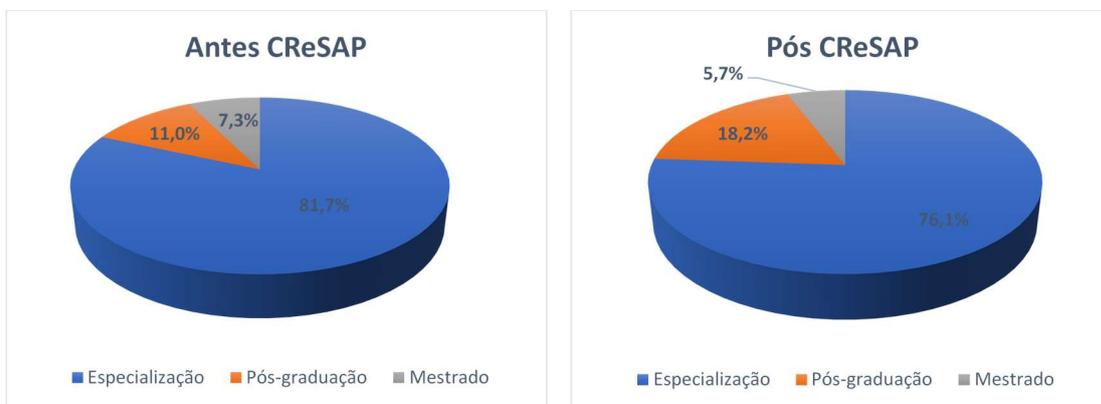
Verifica-se que os diretores clínicos e os enfermeiros diretores apresentam menor formação avançada, na área de gestão de serviços de saúde, comparativamente às personalidades que ocupam cargos de vogais executivos e presidentes do CA. De notar que na composição da maioria dos hospitais há dois lugares de vogal executivo o que explica a maior percentagem de cursos apresentada. Todavia não há diferenças significativas na realidade antes e após intervenção da CReSAP, como se demonstra no Gráfico 8.

Gráfico 8 - Distribuição da formação avançada em gestão de serviços de saúde por cargos



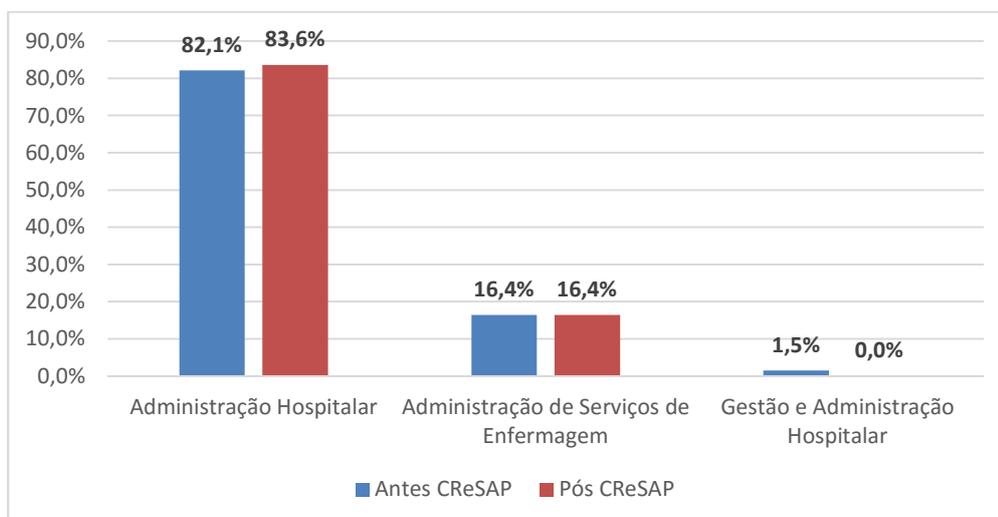
Quando se analisa a formação em gestão na área da saúde verifica-se que a especialização é o grau que apresenta maior frequência nos períodos avaliados, antes e após a intervenção da CReSAP (Gráficos 9 e 10).

Gráficos 9 e 10 – Frequência relativa da formação Pós-Graduada em gestão de serviços de saúde



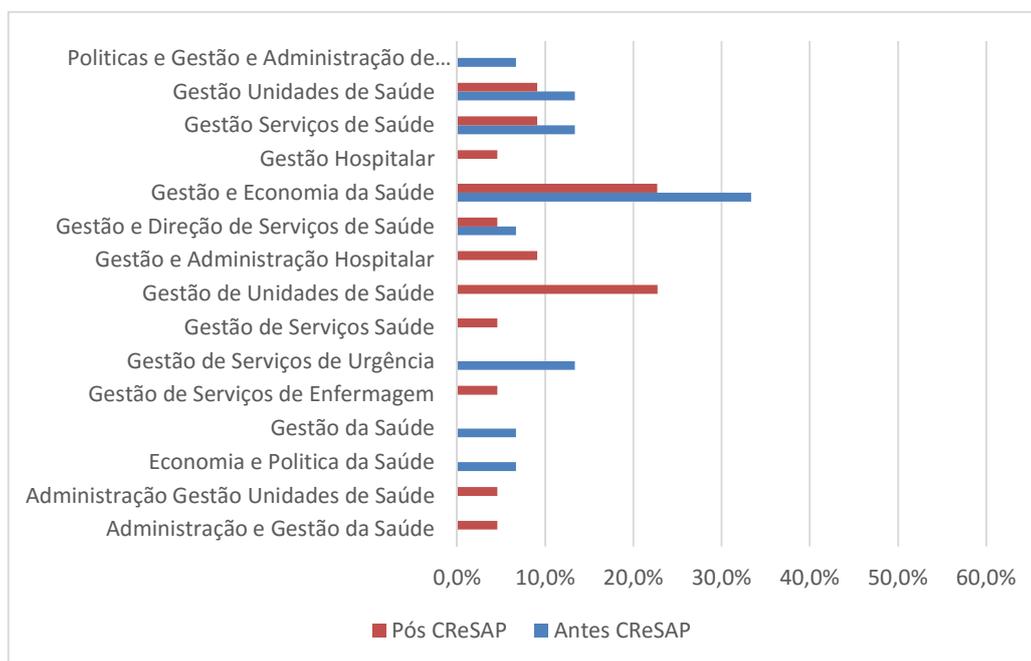
Um olhar sobre as especializações permite perceber que o curso com maior predominância e que representa mais de 80% dos cursos classificados desta forma, é o curso de Administração Hospitalar, em ambos os períodos, como se pode observar no Gráfico 11.

Gráfico 11 – Frequência relativa dos principais cursos de especialização em gestão de serviços de saúde



Se a observação se detiver nas Pós-graduações e Mestrados, é possível verificar que as individualidades nomeadas apresentam uma panóplia variada de cursos com denominações muito semelhantes, mas com estabelecimentos de ensino distintos. Mais uma vez não se encontram diferenças, que devam ser sinalizadas, na informação recolhida nas nomeações que ocorreram antes e depois da intervenção da CReSAP. A grande variedade de cursos apresentados é visível no Gráfico 12 onde se faz a caracterização possível dos cursos de Pós-Graduação e Mestrados na área da gestão de serviços saúde, apresentados pelos nomeados no período antes e pós CReSAP. Só será digno de nota a maior diversidade de cursos apresentados nas nomeações pós CReSAP.

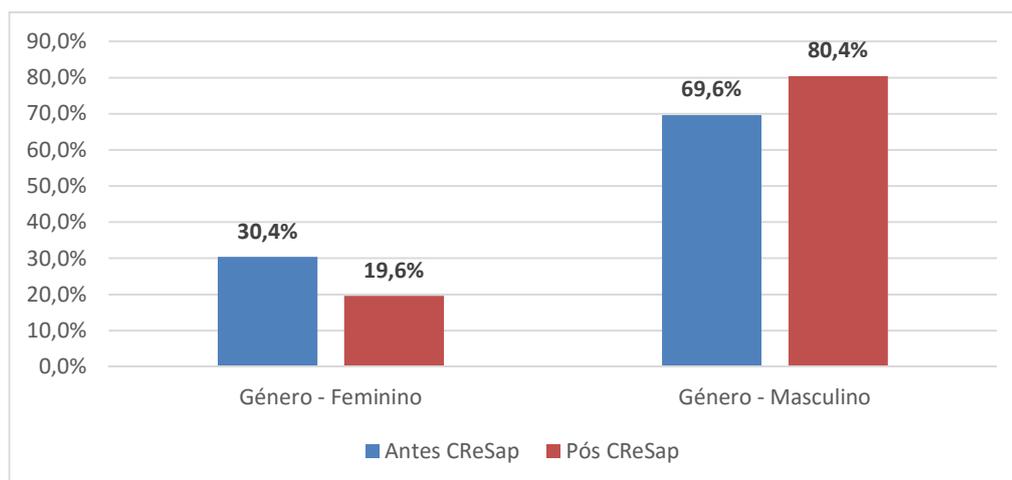
Gráfico 12 - Caracterização dos cursos de Pós-Graduação e Mestrados na área da gestão de serviços saúde



Foram, ainda, estudados os cursos de formação avançada na área da gestão ou outros. Não foram consideradas as formações diretamente relacionadas com a área técnica de medicina ou enfermagem, como por exemplo a patologia experimental, a especialização em enfermagem, em medicina do trabalho, em saúde ocupacional, a hidrologia e climatologia, a gerontologia etc.

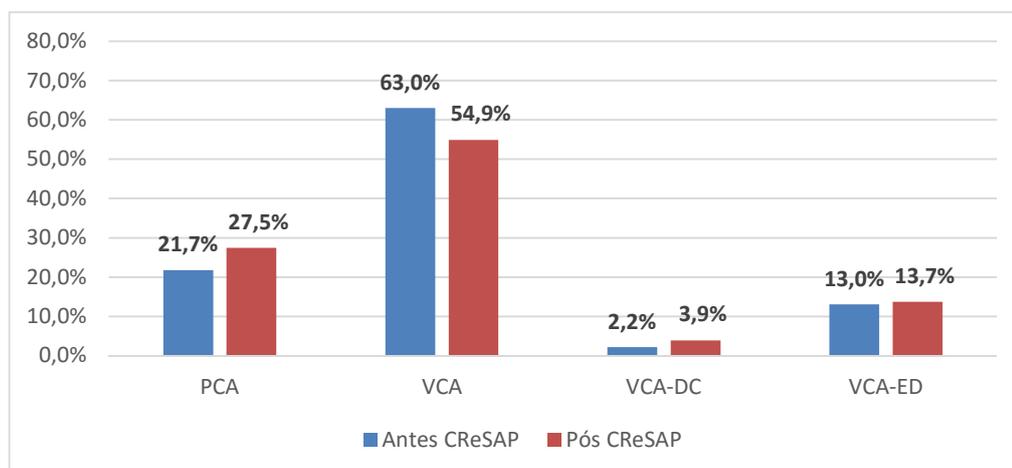
Quando confrontarmos as nomeações, por género, patente no Gráfico 13, verificamos que há menos mulheres detentoras de formação avançada na área de gestão e outras, no período pós CReSAP, quando comparado com o período sem a intervenção desta Comissão.

Gráfico 13 - Distribuição da formação avançada na área de gestão ou outros por género



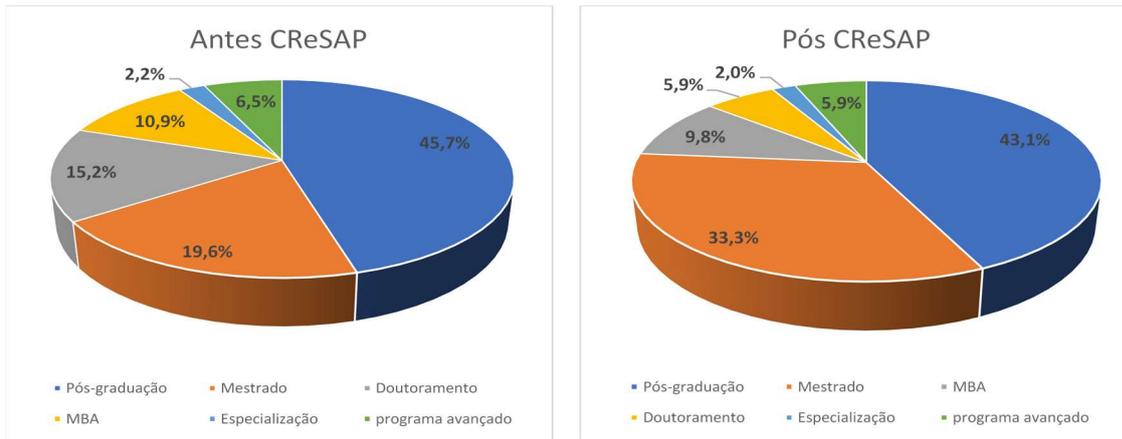
Também neste tipo de formação avançada são os nomeados para o cargo de DC que apresentam menos cursos, sendo que a representação gráfica, patente no Gráfico 14, é muito semelhante à apresentada nos cursos de formação avançada na área de gestão relacionada com a saúde.

Gráfico 14 - Distribuição da formação avançada na área de gestão ou outros por cargos



Já no que diz respeito ao tipo de curso ou grau encontrado, na formação avançada na área de gestão ou outro, é mais variada e vai desde o programa avançado, a especialização, o Master in Business Administration (MBA), a Pós-graduação que é a formação mais frequente, seguido pelo Mestrado e alguns Doutoramentos. A distribuição é muito semelhante na análise realizada às nomeações pré e pós CReSAP, como é observável nos Gráficos 15 e 16.

Gráficos 15 e 16 – Frequência relativa da formação Pós-Graduada na área de gestão ou outros

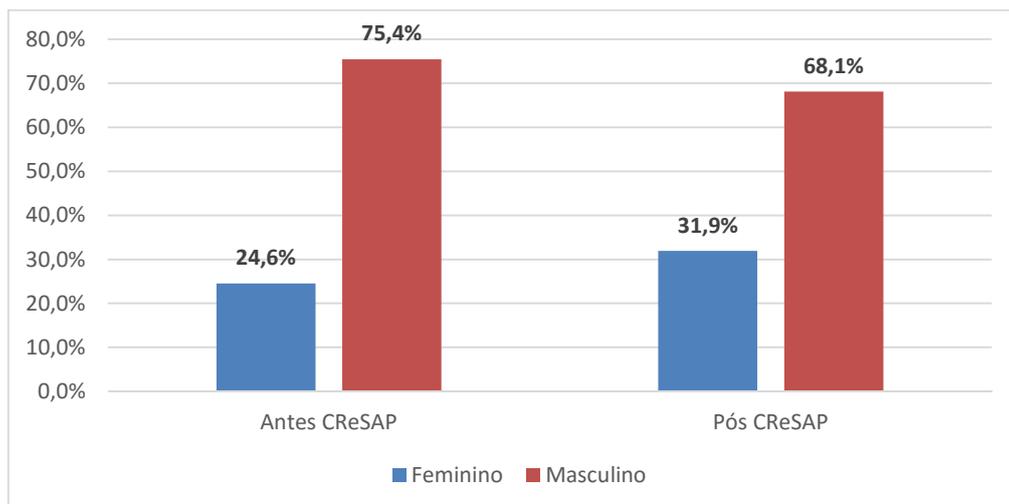


Uma análise mais detalhada sobre os cursos de Pós-Graduações e Mestrados na área de gestão ou outros permitiu perceber a profusão de cursos e a diversidade dos mesmos, não sendo possível encontrar padrões ou agrupar a formação avançada apresentada.

Ainda no âmbito da formação detivemos o olhar sobre a formação profissional apresentada pelas individualidades analisadas. Foram considerados como relevantes os cursos de formação que se relacionavam diretamente com a gestão em saúde.

Mais uma vez, a comparação por género, antes e pós CReSAP, não apresenta diferenças significativas (Gráfico 17).

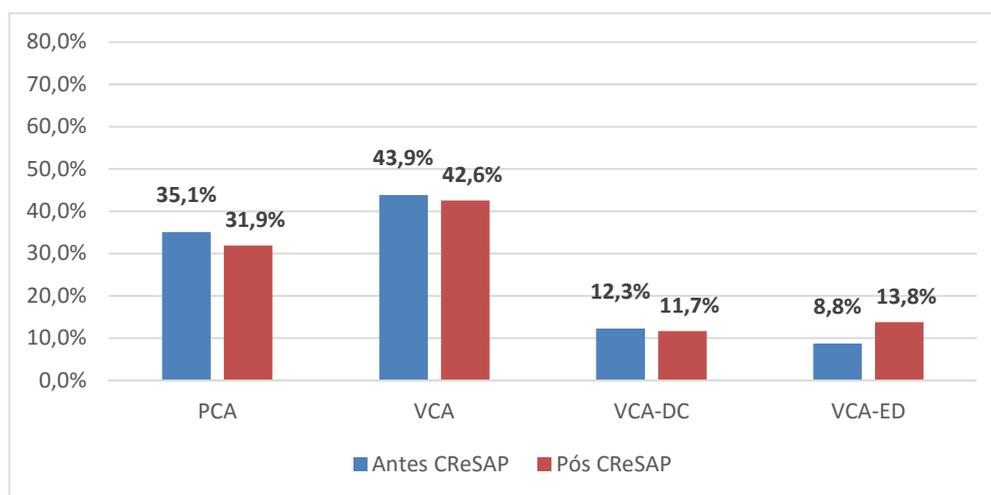
Gráfico 17 - Distribuição da formação profissional por género



Verifica-se que uma pequena percentagem dos nomeados (3,5%) apresenta até 3 cursos que podem ser classificados como formação profissional relevante, facto que só é observável nas nomeações antes da CReSAP. A generalidade refere um curso de formação profissional relevante (75% AC e 72% PC). Verifica-se que um grupo muito menor refere 2 cursos (21% AC e 28% PC).

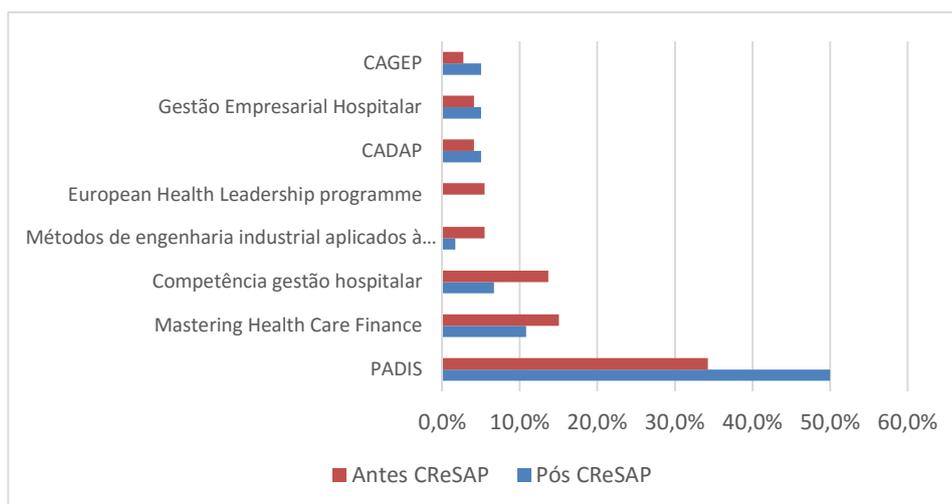
Quando analisamos a formação profissional por cargos, é possível perceber que os nomeados para o cargo de DC e ED continuam a ser as personalidades que apresentam menor frequência de ações de formação profissional, patente no Gráfico 18. Todavia, no caso dos DC, os valores apresentados são superiores à formação avançada quer na área de gestão da saúde quer na área da gestão e outros, pois só na formação profissional se verificam percentagens com 2 dígitos.

Gráfico 18 - Distribuição da formação profissional por cargos



Quanto aos cursos considerados e contabilizados verificamos, no Gráfico 19, que o Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde (PADIS), ministrado pela AESE, é claramente o que reúne maior frequência, logo seguido do Mastering Health Care Finance, programa da responsabilidade da Harvard Medical Internacional (HMI), no período antes da CReSAP. O número de personalidades com o curso PADIS aumenta muito no período Pós CReSAP. Este curso foi frequentado, no período pós CReSAP, por 50% dos nomeados, contra 34% no período antes da CReSAP.

Gráfico 19- Frequência relativa dos principais cursos de formação profissional



Atendendo à natureza dos cursos de formação profissional, com menor exigência quer em termos avaliativos quer no que respeita ao consumo de tempo, foram observadas as personalidades que são comuns aos dois períodos avaliados e que concretizaram este tipo de formação no segundo mandato, isto é, no período Pós CReSAP. Esta observação permitiu perceber que 18 personalidades realizaram 20 cursos, sendo que o PADIS representou 80% desses cursos.

Em resumo, e no que tange à matéria da formação, verificámos que cerca de 38% das personalidades nomeadas apresentam formação avançada na área da saúde, quer antes e depois da intervenção da CReSAP. A intervenção da CReSAP também não teve qualquer influência, na nomeação de personalidades detentoras de formação avançada na área de gestão e outros, pois os valores situam-se em patamares muito semelhantes, antes e pós CReSAP, com 21,3% e 22,5%, respetivamente. Só na dimensão da Formação Profissional se deteta alguma variação, pois antes da CReSAP, 27,3% dos nomeados apresentava cursos nesta área e Pós CReSAP verifica-se que essa percentagem aumentou para 41,4%.

4.1.4. DADOS RELACIONADOS COM A EXPERIÊNCIA

Foram estudadas algumas variáveis relacionadas com a experiência anterior, tendo sido contabilizado o número de anos de desempenho de funções, usando como

referência a data da nomeação e a data referida no resumo curricular, das experiências anteriores. Como se pode observar no Quadro XI, considerou-se relevante a experiência em gestão pública (na área da saúde e outras) e a experiência em gestão autárquica, na política e na gestão privada.

Quadro XI- Dados relevantes para avaliar a experiência profissional

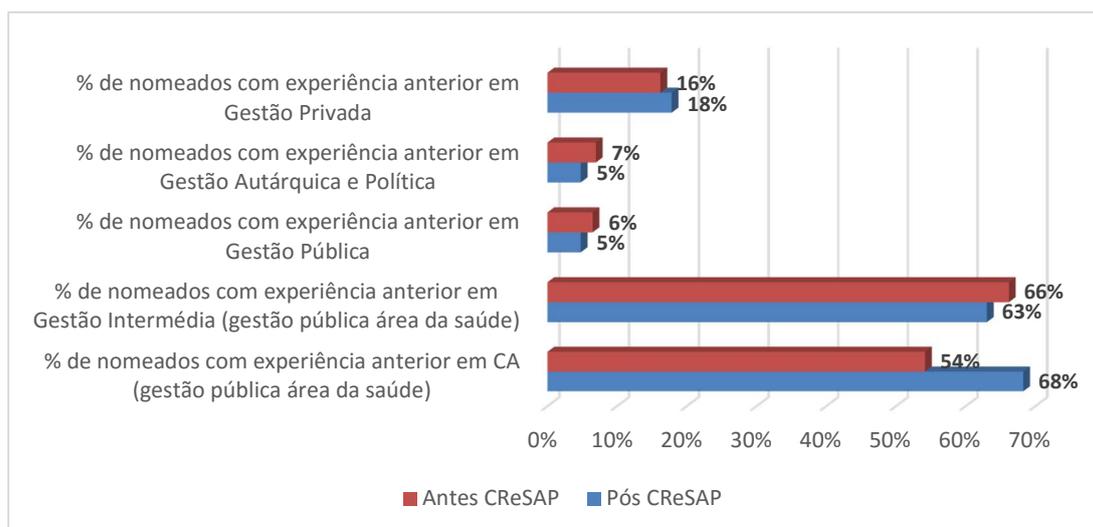
Dados recolhidos para aferir a experiência profissional	
Experiência em gestão pública na área da saúde	Cargos em Conselho de Administração
	Cargos de Gestão Intermédia em hospitais e/ou cuidados primários
Experiência em gestão pública	Cargos de Direção Superior de 1º e 2º grau
Experiência em gestão autárquica/política	Cargos nas Autarquias, Membros de Governo, Deputados, Chefes de Gabinete
Experiência em gestão privada	Cargos de gestão privada de empresas

Para a contabilização do número de anos de experiência em gestão pública, na área da saúde, em cargos de gestão Intermédia, foram considerados os cargos ou funções de diretor de departamento/serviço e as funções de enfermeiro chefe.

Numa primeira análise, como fica patente no Gráfico 20, verifica-se que a grande maioria dos nomeados apresenta experiência profissional anterior, na área de gestão da saúde, quer como elementos de CA, quer como diretores de serviço ou enfermeiros chefes (cargos de gestão intermédia), em ambos os períodos, Antes e Pós CReSAP.

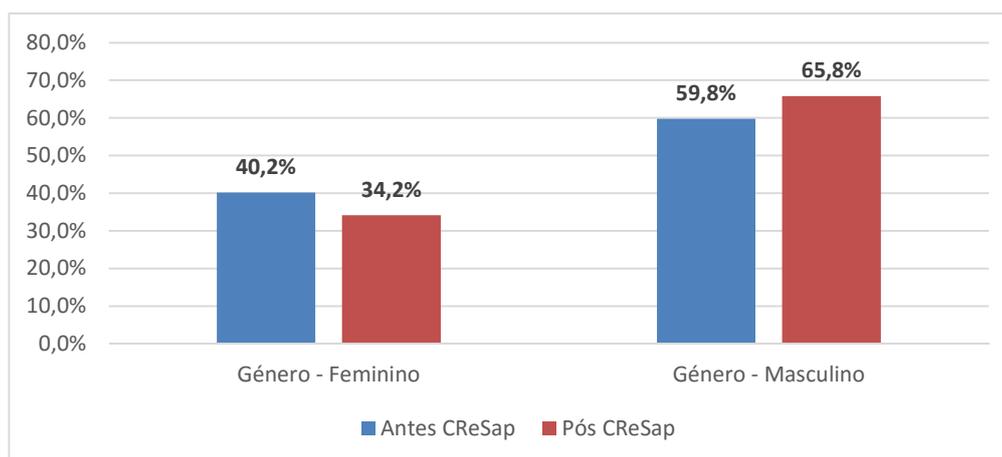
No caso da experiência anterior em CA, nota-se alguma diferença, pois no período Pós CReSAP, há mais nomeados que já tinham pertencido a CA anteriormente, o que corresponde a renomeações. Em relação a experiência em cargos de gestão privada, no período Pós CReSAP, verifica-se uma maior entrada de pessoas alheias à gestão da saúde, isto é, oriundas da gestão privada. Por outro lado, no período em análise, antes da intervenção da CReSAP houve mais nomeações com experiência anterior em cargos políticos, gestão pública e gestão intermédia.

Gráfico 20- Tipologia da experiência anterior dos nomeados



Vamos de seguir analisar, com detalhe, a variável “Nº de anos de experiência em gestão pública na saúde em CA de hospitais”. Numa primeira abordagem será analisado o género, antes e após a intervenção da CReSAP. Verifica-se, no gráfico 21, que há mais homens a serem reconduzidos em funções de CA e esse número é superior no período pós-CReSAP.

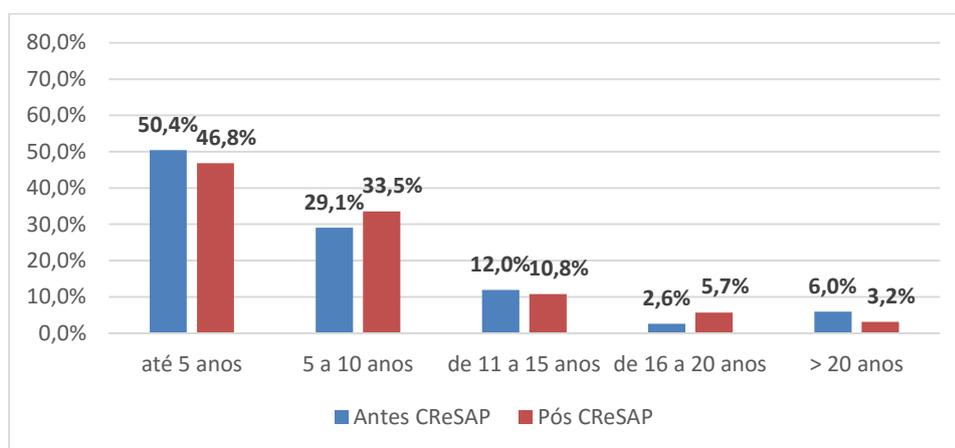
Gráfico 21 - Distribuição da experiência anterior em gestão pública na saúde, em CA, por género



Quando nos detemos nos nomeados que apresentam experiência anterior em CA, e analisamos o número de anos em que estão a desempenhar essas funções, verificável no

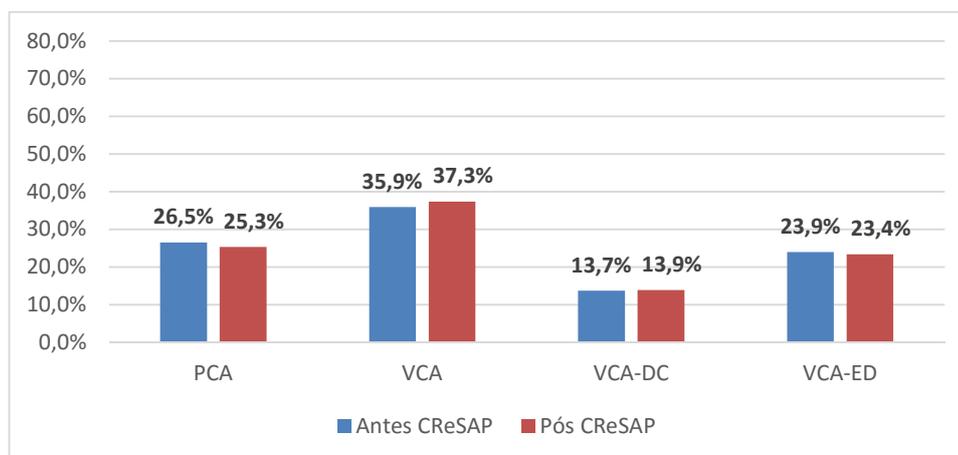
gráfico 22, percebemos que cerca de metade apresentam experiência até cinco anos, o que implica pelo menos um mandato de três anos. Cerca de um terço apresenta experiência entre 5 e 10 anos o que significa que esta nomeação poderá constituir um terceiro mandato. Mas, as diferenças apresentadas no período antes e pós CReSAP são pouco significativas.

Gráfico 22 – Frequência relativa de anos de experiência anterior em gestão pública na saúde, em CA, por intervalos de tempo



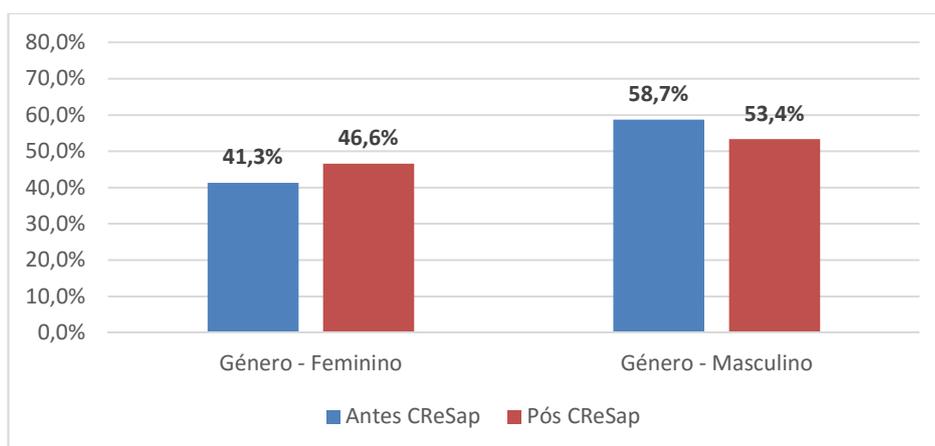
Quando verificamos como se distribui a experiência em CA de hospitais, pelo tipo de cargos, podemos constatar que os cargos de VCA e PCA são os que são mais reconduzidos, como se pode observar no Gráfico 23. No entanto, na maioria dos casos, em cada CA existem dois VCA o que seguramente enviesa esta análise. Quando comparamos o período antes e pós CReSAP, não se observam diferenças dignas de destaque.

Gráfico 23 – Frequência relativa de anos de experiência anterior em gestão pública na saúde, em CA, por cargos



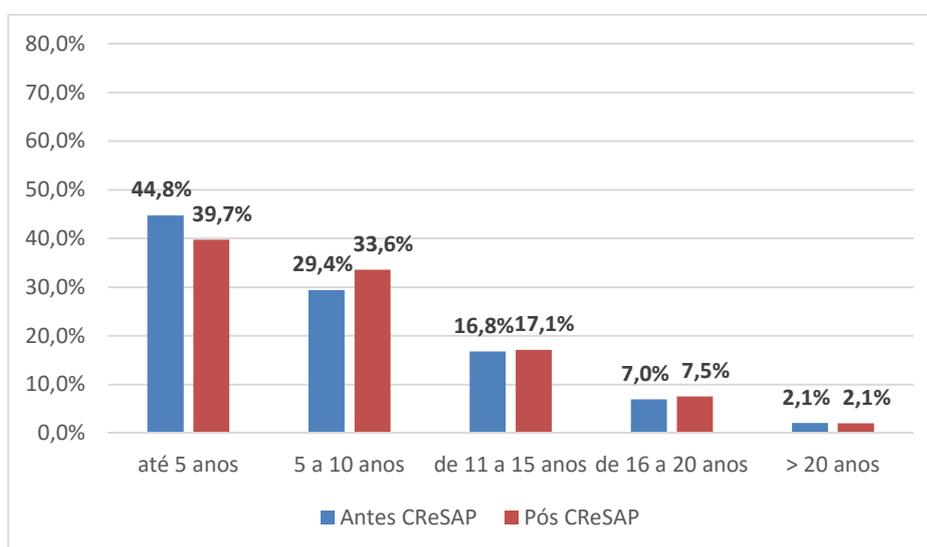
Vamos agora fazer incidir a nossa análise, mais detalhada, na variável experiência em gestão pública na saúde, mas agora em cargos de gestão intermédia. Para contabilizar esta experiência foram coligidos os anos de desempenho em cargos de chefia de enfermagem e direção de serviço. Nas nomeações em análise, verificamos que no período pós CReSAP se nomearam mais mulheres com este tipo de perfil, como está expresso no Gráfico 24.

Gráfico 24 – Distribuição da experiência anterior em gestão pública na saúde, em direção intermédia, por género



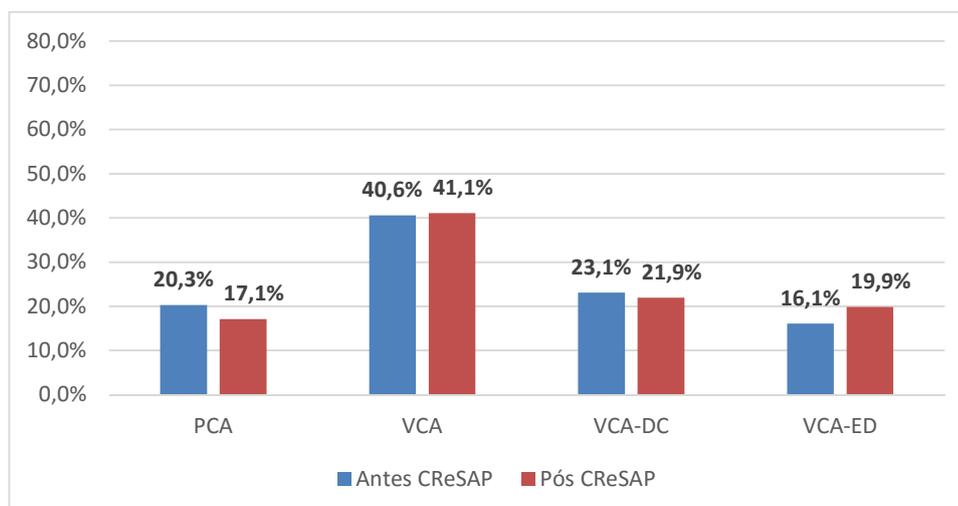
A quase totalidade dos nomeados com experiência, em gestão pública da saúde, na área da gestão intermédia apresentam até 15 anos de experiência, como está ilustrado no Gráfico 25. A maioria dos nomeados, terá cumprido um mandato (até 5 anos) e um terço poderá ter cumprido 2 mandatos (5 a 10 anos). Verificam-se mais nomeações, até 5 anos, no período Antes da CReSAP, ou seja, após a intervenção da CReSAP houve mais nomeações de personalidades que apresentavam menos tempo de experiência em cargos de direção intermédia.

Gráfico 25 – Frequência relativa de anos de experiência anterior em gestão pública na saúde, em gestão intermédia, por intervalos de tempo



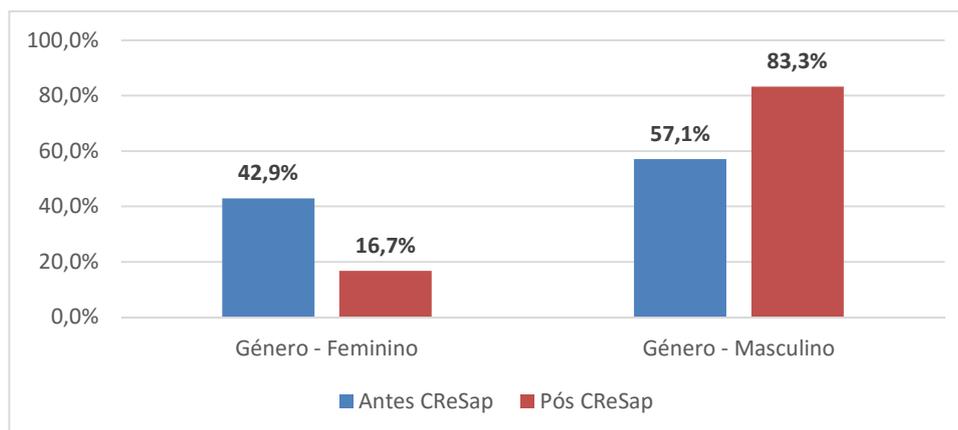
Mais uma vez não se nota uma grande variação entre o período antes e pós CReSAP, quando detemos o olhar sobre os cargos. O Gráfico 26 ilustra a análise deste critério, e permite verificar que o cargo de VCA, se destaca por representar entre 40 e 41% dos nomeados com este tipo de experiência. A explicação, para esta observação, encontra-se nos exemplos dos administradores hospitalares responsáveis por áreas de gestão ou serviços administrativos, logo seguidos de Diretores Clínicos, que apresentam, na maioria das vezes, experiência como diretores de serviços clínicos. Há a registar uma pequena diferença, no cargo de PCA, em que há menos nomeações de personalidades com este tipo de experiência, no período pós CReSAP.

Gráfico 26 – Frequência relativa de anos de experiência anterior em gestão pública na saúde, em gestão intermédia, por cargos



De seguida irá proceder-se ao estudo da variável de experiência em gestão pública, fora da área da saúde. No Gráfico 27, verificamos que quando nos debruçamos sobre as nomeações que apresentam tempo de exercício de cargos nestas condições, no período pós CReSAP, há mais nomeados do género masculino e menos no género feminino, diferença bastante acentuada no período Pós CReSAP (83.3% e 16,7%, respetivamente).

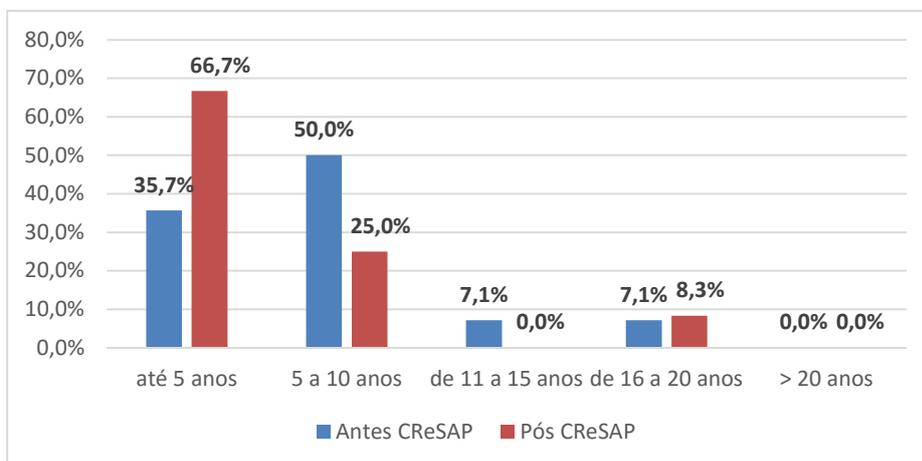
Gráfico 27 – Distribuição da experiência anterior em gestão pública por género



A grande maioria dos casos verificados no período pós CReSAP, com experiência em gestão pública, apresenta até 5 anos de exercício neste tipo de cargos, o que é patente

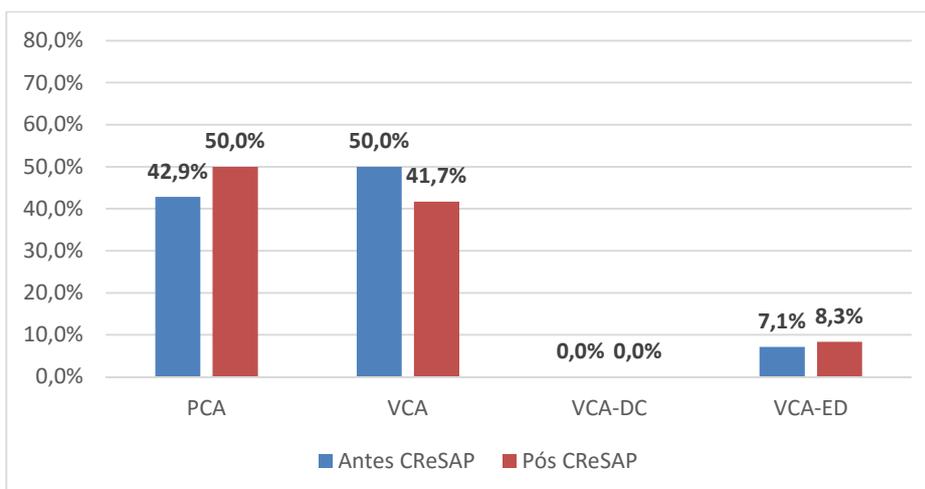
no Gráfico 28. Também se verifica que os nomeados, com experiência entre 5 e 10 anos, foram mais nomeados antes da intervenção da CReSAP.

Gráfico 28 – Distribuição da experiência anterior em gestão pública por intervalos de tempo



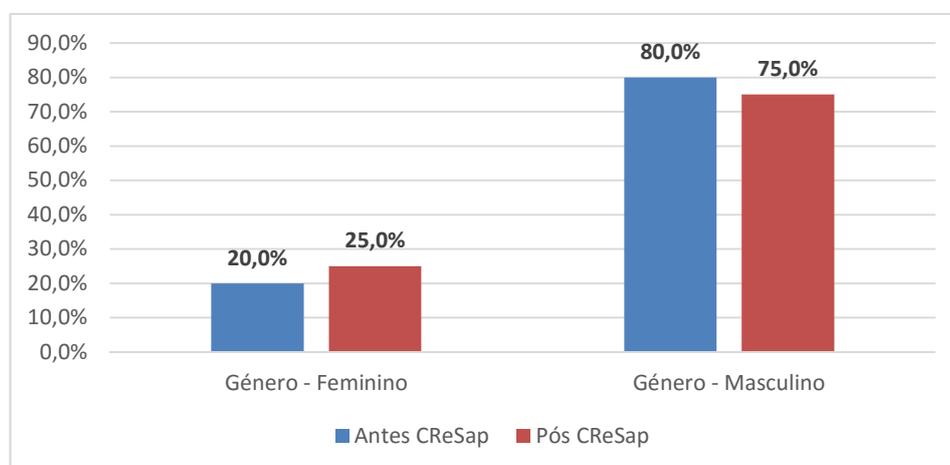
Como seria de esperar e é visível no Gráfico 29, são os nomeados para os cargos de PCA e VCA que apresentam este tipo de experiência, pois os VCA-DC e VCA-ED, pelo seu perfil técnico não acumulam, na maioria das situações, experiência em cargos de gestão fora da saúde.

Gráfico 29 – Frequência relativa de anos de experiência anterior em gestão pública por cargos



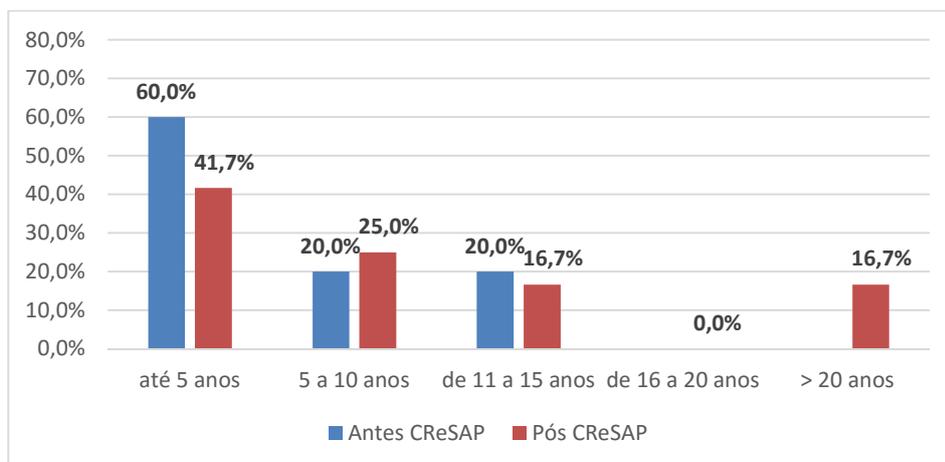
Foram encontrados, nalgumas notas curriculares, referência a experiência anterior em cargos políticos, quer na administração local, quer na estrutura de governo nacional. Os cargos apresentados são diversos, nomeadamente, vereadores de câmaras municipais, membros de assembleias municipais, deputados da Assembleia da República, membros do governo, chefes de gabinete e adjuntos ou assessores do governo. Verifica-se que são, em larga maioria, os homens que acumulam anos de exercício de cargos políticos (Gráfico 30). As alterações decorrentes da intervenção da CReSAP são despidiendas.

Gráfico 30 – Distribuição da experiência anterior em cargos políticos por género



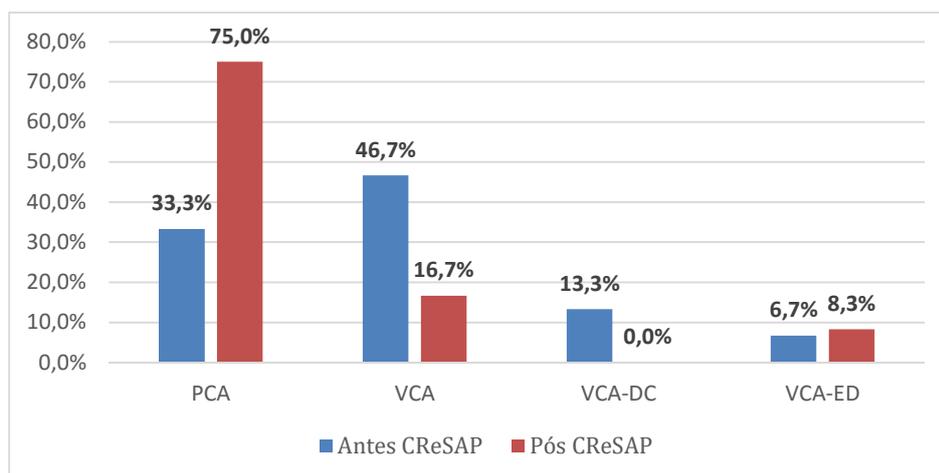
A maior percentagem de personalidades, com experiência em cargos políticos, como se pode observar no Gráfico 31, apresenta até 5 anos de experiência e, claramente, há diferenças a assinalar entre o período antes e pós CReSAP. No período pós CReSAP foram nomeados menos cerca de 20% de personalidades com experiência até 5 anos e mais 5 % com experiência entre 5 e 10 anos.

Gráfico 31 – Distribuição da experiência anterior em cargos políticos por intervalos de tempo



A observação, no Gráfico 32, da distribuição dos detentores da experiência política permite verificar que o cargo PCA, no período pós CReSAP, se destaca de forma assinalável (75%). No período antes da CReSAP era o cargo de VCA que absorvia as personalidades com experiência política (46,7%).

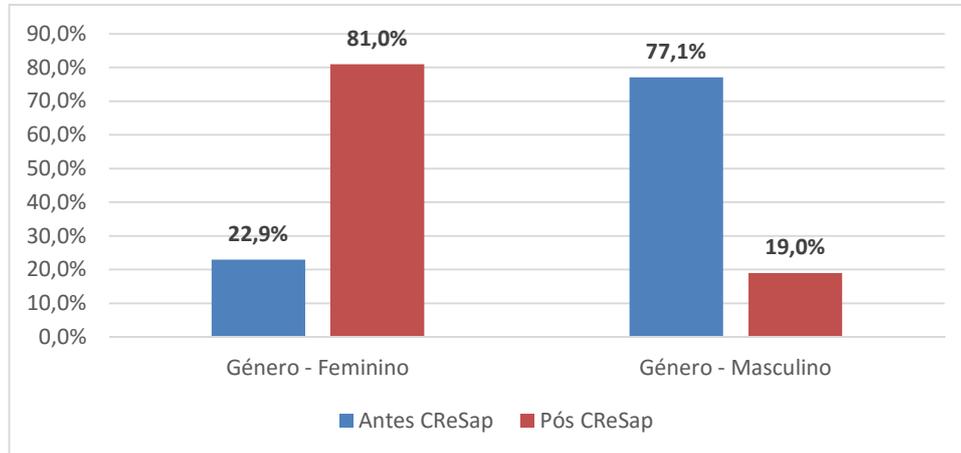
Gráfico 32 – Frequência relativa de anos de experiência anterior em cargos políticos por cargos



Por fim, vamos analisar a experiência apresentada, em cargos de gestão privada. Como está representado no Gráfico 33, verifica-se uma inversão completa entre o que aconteceu no período antes e pós CReSAP. Antes da intervenção da CReSAP foram

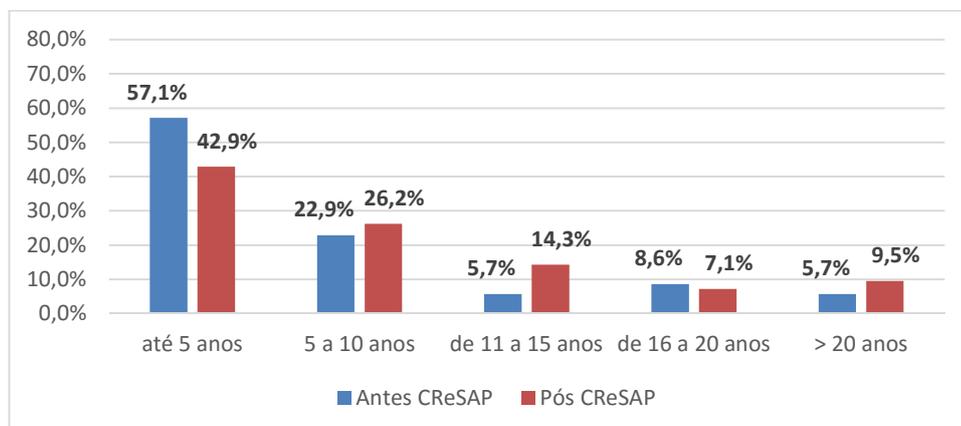
nomeados mais homens com experiência em cargos de gestão privada (77,1%) e no período pós CReSAP foram nomeadas mais mulheres (81,0%).

Gráfico 33 – Distribuição da experiência anterior em gestão privada por gênero



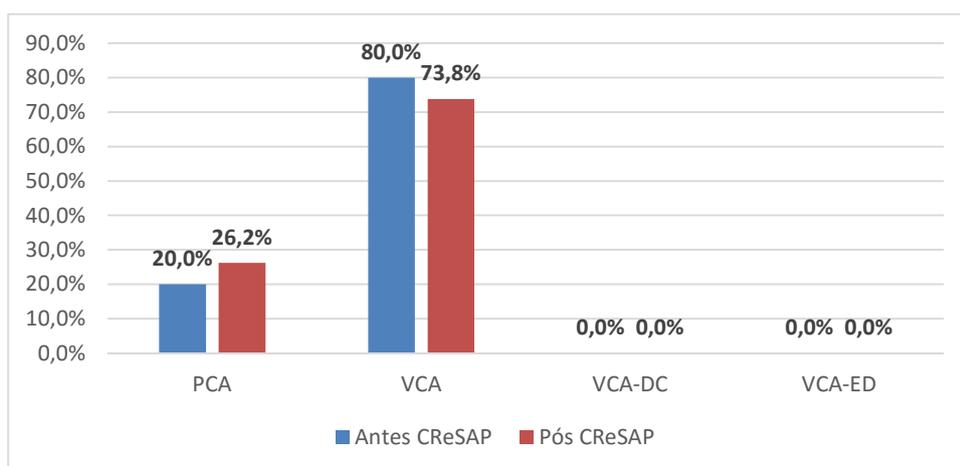
Quando examinamos o número de anos de experiência em gestão privada, verificamos que a maioria das personalidades acumulou esta experiência até 5 anos e outro grande grupo, entre 5 e 10 anos, como está patente no Gráfico 34. No grupo com experiência até 5 anos há mais nomeações antes da CReSAP e só há diferença assinalável no grupo entre os 11 e os 15 anos, em que as maiores nomeações ocorrem no período pós CReSAP.

Gráfico 34 – Distribuição da experiência anterior em gestão privada por intervalos de tempo



Quando procedemos à análise, por cargos, e a representamos através do Gráfico 35, é possível perceber que os cargos que exibem anos de experiência em cargos de gestão privada são o PCA e o VCA. As nomeações para o cargo de VCA são as que apresentam mais personalidades com a experiência em cargos de gestão privada. As diferenças entre os períodos antes e pós CReSAP não são dignas de registo.

Gráfico 35 – Frequência relativa de anos de experiência anterior em gestão privada por cargos



Mais uma vez se verifica, naturalmente, que os cargos de VCA-DC e VCA-ED, não apresentam experiência em gestão privada, dada a natureza técnica destas posições.

4.2. TRANSPARÊNCIA DO PROCESSO DE NOMEAÇÃO

Vamos agora debruçarmo-nos sobre a segunda amostra, os pareceres emitidos pela CReSAP como fonte de informação consultada. Das 230 nomeações que foram objeto de análise no período pós CReSAP, não foi possível conhecer 41 pareceres individuais, o que corresponde a nove hospitais ou centros hospitalares, como é visível no Quadro XII, por não ter sido possível obtê-los no sítio eletrónico da CReSAP.

Para efeitos estatísticos, estes pareceres foram classificados como Não Disponíveis (N.D.). A disponibilização dos pareceres, no sítio da CReSAP, foi sendo alterado em vários momentos e nem sempre de forma consistente. A explicação para não ter tido acesso aos pareceres relativos ao início da atividade da CReSAP (2012), prende-se com a

data do começo desta investigação e como tal o primeiro parecer a que temos acesso é de 13/02/2013 e que corresponde ao CHLN. Não conseguimos encontrar um racional para explicar a impossibilidade de aceder aos pareceres que foram emitidos após a data de 13/02/2013, e que no caso representa cinco entidades hospitalares, pois foi possível aceder a outros pareceres contemporâneos dos suprarreferidos. Neste momento, no sítio eletrónico está definido o período de noventa dias, para disponibilização de pareceres, contado após o Governo ter tornado público os seus nomes.

Quadro XII – Número de pareceres não disponíveis

Hospital	Data publicação em DR	Nº de pareceres
Centro Hospitalar Oeste	20/11/2012	5
Centro Hospitalar Lisboa Central	22/01/2013	5
Hospital Garcia da Orta	22/01/2013	5
Centro Hospitalar Setúbal	06/02/2013	5
Hospital Ovar	01/07/2013	3
Unidade Local de Saúde Castelo Branco	23/01/2014	4
Centro Hospitalar Porto	10/02/2014	4
Centro Hospitalar VN Gaia/Espinho	27/03/2014	5
IPO Porto	31/03/2014	5
Total		41

Neste estudo tivemos acesso a três pareceres que não redundarem em nomeações, situação que já não é aplicável, pelo que decorre da aplicação do nº4, do art.º 17 da Lei 128/2015 de 3 de Setembro, onde é determinado que a avaliação dos currículos e da adequação das competências das personalidades indigitadas para exercer cargos de gestor público, apenas será publicitada, na sua parte conclusiva, nos casos de efetiva designação.

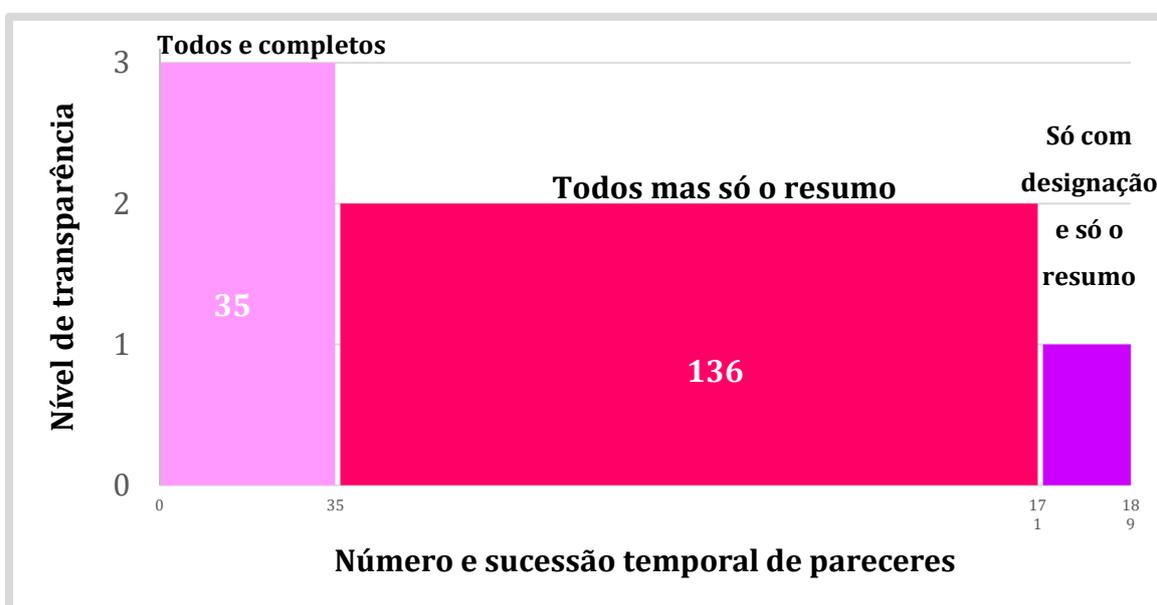
Verifica-se, assim, que ao longo do tempo, no período de 2012 a 2015, a divulgação das decisões da CReSAP foi sendo opacificada. Num primeiro momento, da sua atividade, todos os pareceres emitidos eram divulgados na sua totalidade. Num segundo momento, mantiveram-se as publicitações de todos os pareceres, sem que a publicitação estivesse condicionada ao resultado, de forma menos detalhada, sendo publicitada só a parte conclusiva e, finalmente, num terceiro momento, só os pareceres que deram origem a uma designação, por parte do Governo, são publicitados.

Pode afirmar-se que o conhecimento público do processo de seleção e recrutamento de gestores públicos, ou seja, a transparência foi diminuindo ao longo do tempo. Para esquematizar, através do gráfico 36, a evolução da transparência das decisões ao longo do tempo, vamos classificar os três momentos identificados, da seguinte forma:

- Primeiro momento– Todos os pareceres completos (2011)
- Segundo momento – Todos os pareceres, mas só com o resumo (2013)
- Terceiro momento – Só os pareceres com designação e só com o resumo (após 2014)

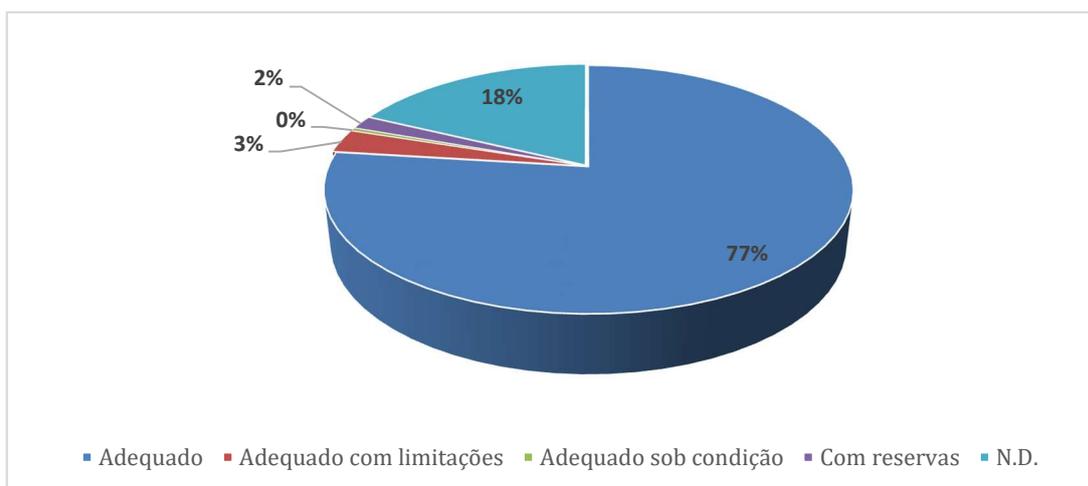
(após 2014)

Gráfico 36 – Evolução da transparência das decisões da CReSAP ao longo do tempo



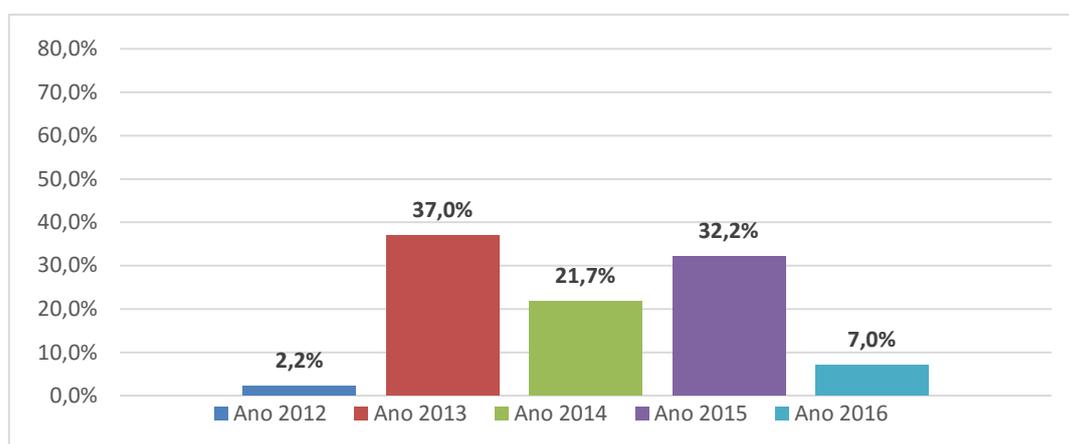
A tipologia de pareceres da CReSAP foram as seguintes: “Adequado”, “Adequado sob condição”, “Adequado com limitações” e “Com reservas” (Gráfico 37). Considerando a totalidade dos pareceres, incluindo os N.D., consegue-se aferir que a larga maioria (77%) foram classificados com “Adequado” à designação proposta e que os N.D. representam 18% dos pareceres.

Gráfico 37 – Tipos de parecer da CReSAP



No que respeita à atividade da CReSAP, para aferirmos a emissão de pareceres ao longo do tempo, considerámos a totalidade de pareceres da amostra (230), aferida através da publicitação das nomeações no DR. O resultado apresentado, no Gráfico 38, mostra a frequência relativa dos pareceres ao longo dos anos, mostrando que nesta amostra, o grosso da atividade da CReSAP se concentrou entre os anos 2013 e 2015.

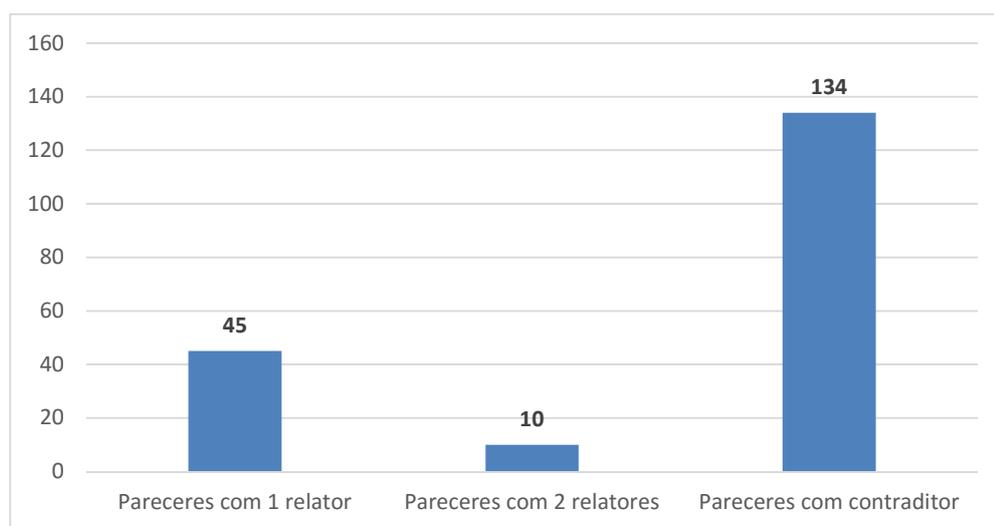
Gráfico 38 – Frequência relativa de pareceres por ano



A análise dos 189 pareceres disponíveis, revelou várias práticas da CTP, no desempenho das suas competências, no processo de designação de gestores públicos. Alguns pareceres têm um relator, outros têm dois relatores e outros apresentam

contraditor, esta última figura não consta dos Regulamentos²⁸ que regem esta Comissão, , mas surge, pela primeira vez, no Relatório de Atividades e Contas de 2013²⁹. A distribuição percentual desta prática está expressa no Gráfico 39, onde se pode ver que uma minoria dos pareceres tem dois relatores (5,2%) e há uma grande maioria (70,8%) que apresentam um contraditor.

Gráfico 39 – Frequência de pareceres com relator e contraditor



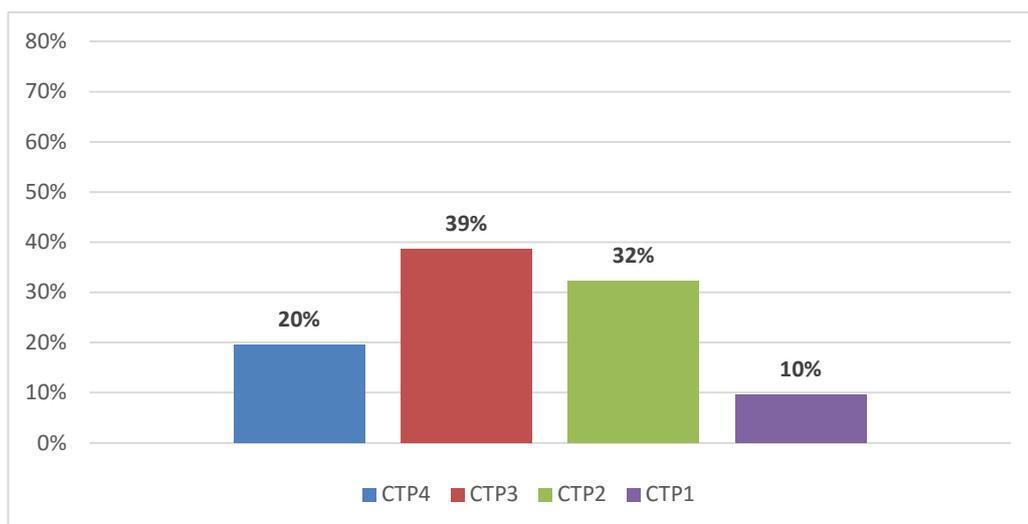
No estudo destes pareceres, procurou-se perceber qual a distribuição de pareceres pelos elementos da CTP³⁰, enquanto relatores, a saber CTP1, CTP2, CTP3, CTP4. Essa distribuição está ilustrada no Gráfico 40.

²⁸ Regulamento Interno da CReSAP (Despacho n.º 7532/2013 de 12 de junho e Regulamento de Tramitação de Procedimentos de Avaliação Curricular e Parecer sobre Adequação do Perfil do Cargo de Gestor Público, anexo ao Despacho n.º 7533/2013 de 12 de junho.

²⁹ “Quando a solicitação de parecer dá entrada na CReSAP, é nomeado um relator, de entre os vogais permanentes, responsável pela elaboração do parecer, cabendo ainda a um outro vogal permanente o exercício do contraditório face ao mesmo parecer. A Comissão Técnica Permanente, que integra o Presidente e os três vogais permanentes da CReSAP delibera, por unanimidade ou maioria, a aprovação ou recusa do parecer elaborado.”

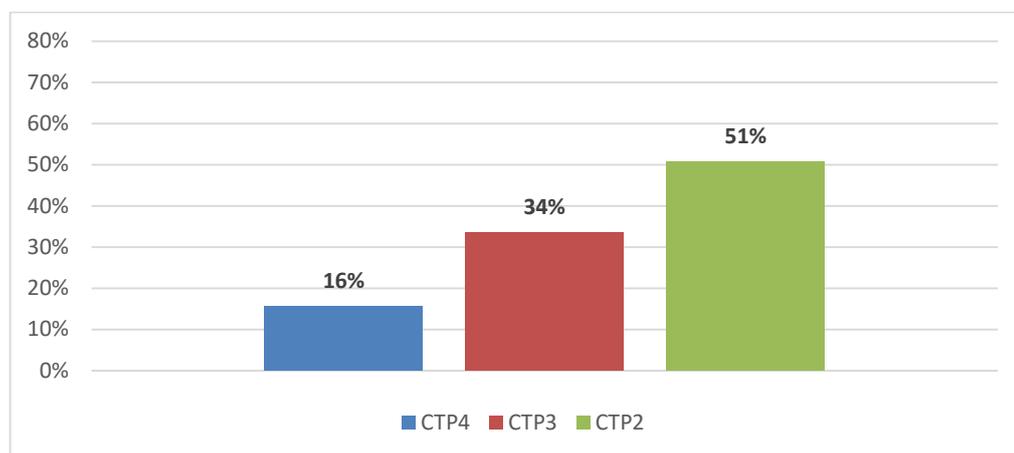
³⁰ Para facilitar a leitura e manter o anonimato, nomeadamente na legenda dos gráficos, usaremos as seguintes siglas para os 4 membros da CTP (CTP1, CTP2, CTP3, CTP4).

Gráfico 40 – Frequência relativa de pareceres por relator



Dos 134 pareceres que apresentam contraditor, fomos perceber a frequência com os diferentes elementos atuam como contraditores, como está patente no Gráfico 41, onde se verifica que o elemento CTP2, exerceu, na maioria das vezes (51%), a função de contraditor.

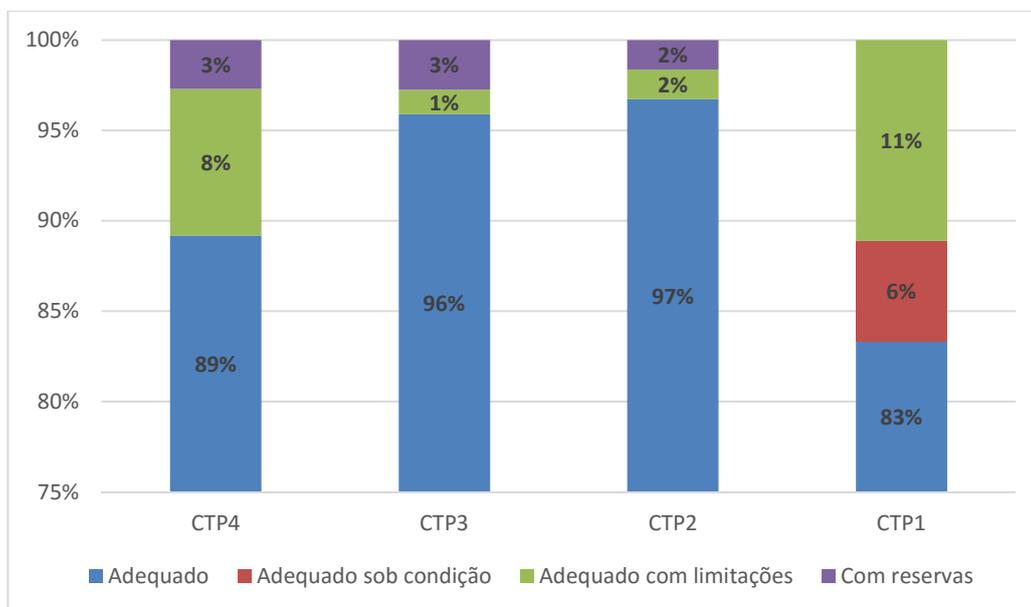
Gráfico 41 – Frequência relativa de pareceres por contraditor



Como foi referido anteriormente encontrámos a classificação dos pareceres, em 4 categorias: “Adequado, Adequado sob condição”, “Adequado com limitações” e “Com reservas”. Como se pode verificar, no Gráfico 42, há uma das categorias que só é utilizada

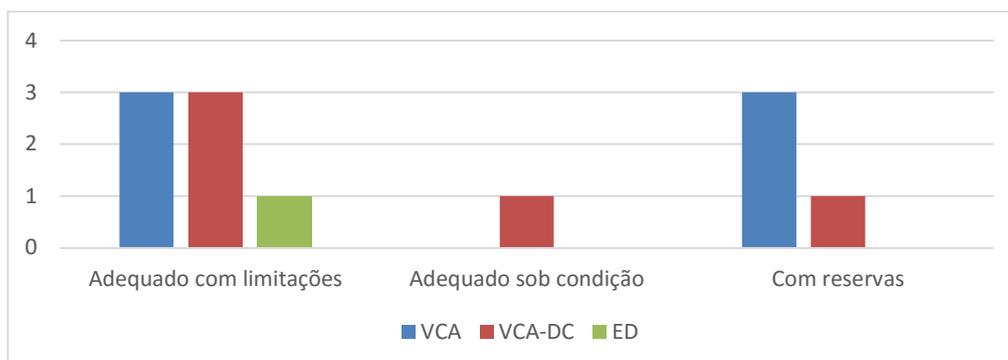
por um dos elementos da CTP, “Adequado sob condição” (CTP1). O parecer “Adequado com limitações” também foi da responsabilidade, essencialmente de 2 relatores, CTP1 e CTP2, com 11% e 8%, respetivamente.

Gráfico 42 – Tipo de parecer por relator



Como se verificou, no gráfico 37, pode afirmar-se que a grande maioria dos pareceres, no período em análise, foram classificados com “Adequado” (77%), tendo sido registados 12 pareceres que não encaixam nesta categoria e que, por oposição, nomeamos como não adequados e que apresentam a distribuição, por cargo, expressa no Gráfico 43.

Gráfico 43 – Parecer “Não adequado” por cargo



Dos quatro pareceres que foram classificados “Com reservas”, só uma das personalidades avaliada desta forma foi nomeada, pelo Ministro da Saúde, em 2016. As outras três situações foram avaliadas e classificadas, desta forma, em 2013, tendo o parecer, com reserva, sido acolhido pelo membro do Governo, pelo que não resultaram nomeações.

Em 2013, os pareceres eram ainda publicados na íntegra, pelo que é possível conhecermos as considerações, da CTP, para cada descritor de avaliação definido pela CReSAP. A CTP além das considerações em texto, classifica essas apreciações com um sinal +, - ou +/- . Para melhor objetivarmos a classificação e, porque o fim é meramente de avaliação do processo, optámos por fazer a seguinte relação:

- **Sinal + = 2 pontos**
- **Sinal +/- = 1 ponto**
- **Sinal - = 0 pontos**

Esta relação permite-nos chegar a um valor que é o resultado da soma dos vários itens e, dessa forma, podemos transformar um parecer subjetivo numa classificação o que nos permite interpretar os diferentes pareceres. Foram 41 os pareceres analisados, com este tipo de avaliação, e com recurso à classificação que adotámos foi possível calcular alguns parâmetros auxiliares, como a moda desta sequência, que se cifra em 24, a média em 21, o valor máximo em 24 e o mínimo em 4.

No que tange aos três casos “Com reservas”, de 2013, ilustrados no Quadro XIII, um deles tem a classificação de 4 e dois de 7, o que vem confirmar que estes pareceres estão muito abaixo da média e da moda, justificando-se, deste modo, que tenham sido considerados “Com reservas”. De forma anonimizar estes pareceres, vamos denomina-los como casos e numerá-los.

Quadro XIII - Classificação dos pareceres “Com Reservas” em 2013

Dimensões classificadas	Classificação		
	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Liderança	0	0	0
Colaboração	0	0	0
Motivação	1	1	0
Orientação Estratégica	0	0	0
Orientação para Resultados	1	0	0
Orientação para o cidadão e serviço de interesse público	1	1	0
Gestão da Mudança e Inovação	0	0	0
Sensibilidade social	2	2	1
Experiência Profissional	0	0	0
Formação Académica	0	1	2
Formação Profissional	2	2	1
Aptidão para o cargo	0	0	0
Total	7	7	4

De forma a densificar a classificação destes casos, no Quadro XIV, apresenta-se o resumo dos comentários.

Quadro XIV – Resumo dos comentários dos pareceres “Com Reservas” em 2013

Casos	Resumo dos comentários
Caso 1	(...) detém as ferramentas de formação de base e uma experiência adquirida adequada para posições de gestão intermédia. As situações apresentadas, quer no currículo quer na autoavaliação curricular quer durante a entrevista pessoal, vão nesse sentido, sendo exemplos representativos do mérito para este nível de cargos. (...) não detém os 10 anos de Licenciatura exigidos nem os 5 anos de experiência de cargo de direção/gestão (...)
Caso 2	(...) não havendo experiência, nem indícios de possuir os traços necessários ao gestor de topo que este perfil reclama (...) não cumprindo o critério definido pelo Governo de "experiência mínima de 5 anos em áreas de gestão ou no exercício de cargos dirigentes e/ou em órgãos de gestão ou de administração... (...) Demonstrou uma acentuada ligeireza nas análises que realizou durante a entrevista e na apresentação de situações exemplificativas na autoavaliação curricular, particularmente quando se perspetiva cargo de gestão de topo
Caso 3	(...) não havendo qualquer tipo de experiência na gestão e liderança de pessoas e equipas, nunca exerceu qualquer tipo de cargo de “gestão de estabelecimentos, ou na direção/coordenação/chefia de serviços, prestadores de cuidados de saúde ” a passagem de um cargo de natureza técnica para outro de natureza de gestão de topo, prefigura, na presente situação, uma fragmentação de um desenvolvimento profissional, pois essa transição não está sustentada numa experiência efetiva quer de ambiente organizacional, quer do exercício de atividades de gestão/direção intermédia (...)

O último caso “Com reservas”, ocorreu no ano de 2016 e o parecer publicado já não discriminava toda a classificação. Assim, para sistematizar a análise, dividiu-se a conclusão em três dimensões, a saber, o perfil, a experiência e a formação. O resumo do parecer encontra-se no Quadro XV:

Quadro XV – Resumo dos comentários dos pareceres “Com Reservas” em 2016

Casos	Análise geral CReSAP - perfil	Análise geral CReSAP - experiência	Análise geral CReSAP - formação
Caso 4	Perfil exclusivamente de natureza clínica, orientado para o exercício dessas mesmas funções, certamente mantendo padrões elevados de desempenho, num quadro de adesão a níveis de qualidade elevados e a normas.	Não possui qualquer experiência em gestão intermédia ou de topo (...)	Não revelou possuir qualquer formação complementar em gestão ou administração

Há ainda os pareceres classificados como “Adequados com limitações e “Adequado sob condição”. Com esta tipologia foi possível analisar oito pareceres escalpelizados no quadro do Anexo II.

Dois dos casos são de 2014 (caso 5 e 6), três de 2015 (caso 7,8 e 9) e três de 2016 (caso 10,11 e 12). Tal como no caso 4, também aqui só dispomos da conclusão do parecer e como tal a análise foi realizada à semelhança do referido caso.

Nestes pareceres verificam-se algumas diferenças dignas de destaque, pois em cinco desses pareceres, a CReSAP considerou que as personalidades não apresentavam qualquer experiência de gestão (casos 6,8,9,10 e 12). Nos restantes três pareceres (casos 5,7 e 11), é considerada a experiência em gestão intermédia, referindo-se que não é bastante para assumir um cargo de gestão de topo. Em quatro destes pareceres (casos 5,7,9 e 10) é referida a ausência de formação complementar e a necessidade de frequência de ações de formação que capacitem o desenvolvimento dos gestores.

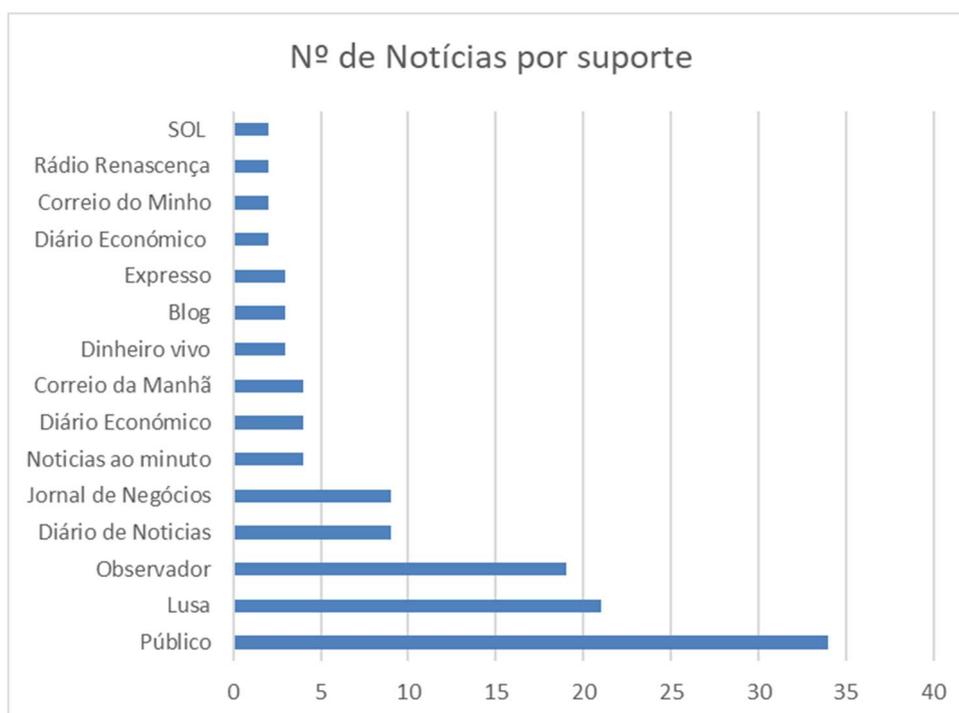
De referir que dos doze pareceres classificados como “Não Adequado”, três deles foram acatados pelo membro do governo e não deram origem a nomeação, mas os restantes oito pareceres não tiveram consequências, pelo que fazendo vingar o estatuto não vinculativo do parecer, foram efetuadas as respetivas nomeações para os CA’s de hospitais públicos.

4.3. IMPACTO DA CREsAP NA IMPRENSA

De acordo com os princípios e a metodologia enunciados, no ponto 3.3., foram analisados 129 artigos noticiosos, em relação aos quais, se verifica a existência de várias notícias sobre o mesmo assunto, com suportes ou meios de comunicação diferentes. Para esta análise, todas as notícias foram consideradas.

Foram diversos os suportes onde se encontraram os artigos que foram objeto de análise, alguns deles só com suporte digital, outros com suporte em papel. As 129 notícias foram encontradas em 23 suportes (jornal ou blog). Atendendo a que muitos suportes só tinham um artigo noticioso, no Gráfico 44, são evidentes os suportes com maior expressão. Muitas destas notícias deram origem a peças televisivas, mas que não foram consideradas para este trabalho. Há um jornal que se destaca claramente, o “Jornal Público”, logo seguido da Agência “Lusa” e do Jornal “O Observador”.

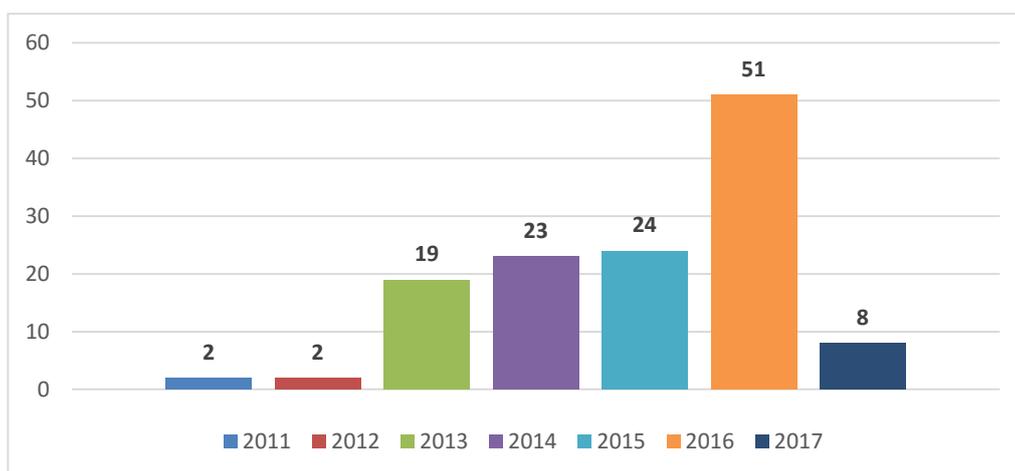
Gráfico 44 – Frequência de notícias por meio de comunicação



Os artigos noticiosos, sujeitos à análise enunciada, foram publicados entre o ano de 2011 e 2017. A sua distribuição, por anos, está representada no Gráfico 45. Nesta representação gráfica pode observar-se que as notícias foram acompanhando a atividade

da CReSAP em crescendo, ao longo dos anos, atingindo o seu expoente máximo em 2016. Este facto está intimamente ligado com a saída, por limite de idade, do presidente João Bilhim, pois a sua saída foi amplamente noticiada, assim como a sua vontade expressa de permanecer na Comissão que ajudou a criar.

Gráfico 45 - Distribuição dos artigos noticiosos por ano



Tal como referido no ponto 3.3., vamos considerar a Missão e a Sustentabilidade, como aspetos estratégicos e o Funcionamento e o Modelo de Recrutamento da CReSAP, como aspetos operacionais.

Assim, atendendo à frequência das categorias apuradas podemos concluir que os artigos noticiosos mais frequentes se referem ao modelo de recrutamento (58) e à sustentabilidade da CReSAP (37), como se pode observar na figura 4, o que significa que são em maior volume as notícias que referem os aspetos estratégicos da missão da CReSAP e sem a sua intervenção.

O tamanho da letra do texto que foi aplicado ao número de artigos noticiosos é proporcional à frequência que representam no total desses artigos.

Figura 4 – Distribuição dos artigos noticiosos por categoria

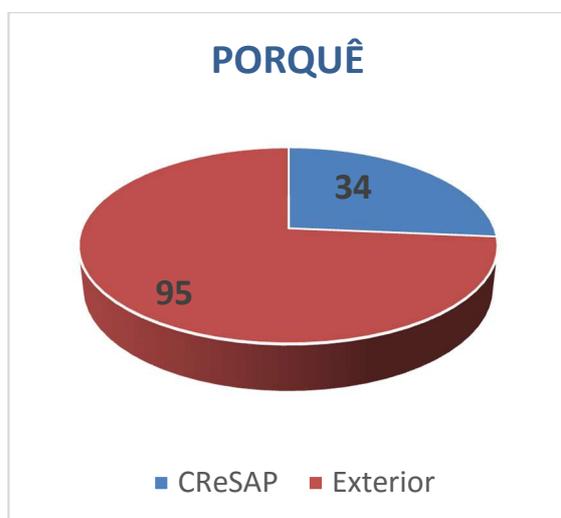


Ou seja, no total dos 129 artigos noticiosos analisados, foram em maior número os que não tiveram intervenção da CReSAP ($58+37=95$) e foi mais frequente abordarem as questões estratégicas sobre esta Comissão, em detrimento das operacionais ($58+20=78$).

Nos Gráficos 46 e 47, pode observar-se que há mais notícias exteriores à CReSAP (73%) e incidem preferencialmente sobre os aspetos estratégicos da CReSAP (60%).

Poderemos dizer que o propósito desta tarefa foi conhecer o “porquê” da CReSAP ser notícia e o “para quê”, ou seja, procurámos perceber quem esteve na origem dos artigos noticiosos e qual a finalidade ou enquadramento da notícia ou artigo.

Gráficos 46 - Frequência de artigos com ou sem a intervenção da CReSAP

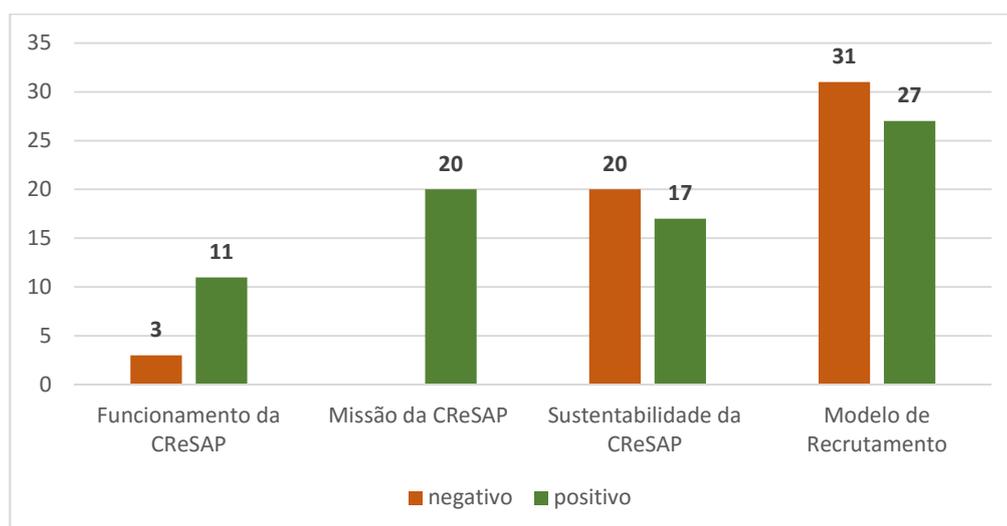


Gráficos 47 – Frequência de artigos sobre aspectos estratégicos ou operacionais da CReSAP



A classificação sobre o ângulo da notícia negativo ou positivo, permitiu obter a seguinte distribuição: há mais artigos noticiosos escritos num ângulo positivo para a CReSAP (75) do que num ângulo negativo (54).

Gráfico 48 – Frequência de artigos classificados quanto ao ângulo da notícia, para a CReSAP, por categoria



Das notícias que foram classificadas como abordando um ângulo positivo, como se pode observar no gráfico 48, cerca de 41% (31) tiveram origem na CReSAP, Missão (20)

e Funcionamento (11). Estas notícias apresentam um ângulo positivo quando se fala dos aspetos estratégicos, da visão, da ambição e da missão, mas não conseguem fazer o mesmo quando os assuntos abordados são operacionais, pois há 3 notícias com um ângulo negativo. Estas notícias surgiram na sequência de declarações do Presidente João Bilhim³¹³² ou relacionado com o próprio funcionamento da CReSAP³³.

Nas categorias onde não há intervenção da CReSAP, os ângulos negativos prevalecem sobre os positivos, Sustentabilidade (20) e Modelo de Recrutamento (31). Ou seja, quando a origem das notícias é a própria CReSAP procuraram enaltecer os aspetos positivos da estratégia, reconhecendo alguns aspetos negativos no que concerne à operacionalização. Já quando a origem das notícias é externa, à CReSAP, são as críticas que ganham maior peso.

³¹ “Lusa, 06/12/12 - O presidente da comissão de recrutamento e seleção da administração pública (CRESAP), João Bilhim, disse hoje à Lusa que, se fosse hoje, "não teria dado um parecer" sobre a composição da administração do metro do Porto.”

³² Lusa, 12/02/2014 - João Bilhim, presidente da CReSAP, avançou, esta quarta-feira, que 90% dos atuais titulares de cargos dirigentes foram escolhidos para integrar a lista final com os três nomes enviados ao Governo, a quem cabe a decisão final (...) João Bilhim reconheceu a existência de erros na definição de critérios de seleção de alguns concursos públicos, nomeadamente, quando exigem condições que parecem ser apenas preenchidas por uma ou duas pessoas.”

³³ “Público, 11/10/2016 - Um dos três vogais da Comissão de Recrutamento e Selecção para a Administração Pública (CReSAP) renunciou ao cargo”

4.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.4.1. O NOVO PERFIL DOS MEMBROS DOS CA APÓS A INTERVENÇÃO DA CReSAP

Relativamente ao novo perfil dos membros dos CA, após a intervenção da CReSAP, foram analisadas diferentes variáveis, e os resultados apresentados resultam do estudo de uma amostra significativa, pois foi possível examinar dados da totalidade dos hospitais públicos pertencentes ao SNS (45), antes da existência da CReSAP, e de 44 hospitais no período Pós CReSAP, entre os anos 2009 e 2016³⁴.

A duração dos mandatos, antes e após a intervenção da CReSAP, foi muito semelhante, sendo de realçar um possível efeito positivo, pois há uma menor percentagem de nomeações que ultrapassam os 3 anos, o que pode ser indiciador de alguma precaução, por parte do membro do Governo, de forma a garantir a nomeação no tempo correto e não deixando que a intervenção da CReSAP tivesse influência no atraso das nomeações.

As alterações de perfil estão, naturalmente, condicionadas pelo facto apurado de que no universo das personalidades analisadas, há 111 nomeados que são comuns ao período antes e depois da CReSAP, independentemente do Hospital para qual ocorreram as nomeações, o que representa uma média de 50% das nomeações. Ou seja, há um número muito significativo de personalidades que foram renomeadas para Conselhos de Administração, no mesmo ou noutro hospital. Significa isto que 50% dos nomeados mantêm o perfil, logo o efeito CReSAP só se pode manifestar em metade das personalidades avaliadas, o que diminui a possibilidade de avaliar esse efeito.

Genericamente não se verificam diferenças relevantes, entre as personalidades avaliadas antes e depois da intervenção da CReSAP, no que diz respeito aos dados relacionados com a personalidade, o género e a idade. No período antes da CReSAP temos que a maioria dos nomeados é do género masculino (63%) com idade média de 51 anos e no período Pós CReSAP temos 60% de nomeados do género masculino com idade média de 52 anos.

³⁴ A partir de 2012, todas as nomeações efetuadas pelo Governo, para o CA dos hospitais, foram alvo de análise pela CReSAP.

Já no que diz respeito à formação, nomeadamente, a licenciatura dos nomeados, verificamos que no período antes da intervenção da CReSAP, 6 licenciaturas representam 87,5% do conjunto de licenciaturas, são elas: Medicina, Enfermagem, Direito, Economia, Gestão de empresas e Organização e Gestão de Empresas.

A licenciatura em medicina representa 66% das ocorrências, antes da CReSAP e 76% nas nomeações analisadas pós CReSAP. Este tipo de perfil está de acordo com a evidência de que a participação, no CA, de médicos pode servir para cooptar os médicos do Hospital, no processo de tomada de decisão e, assim, aumentar seu apoio à estratégia hospitalar, além de estarem em melhores condições para influenciar os colegas na inovação, na produtividade e na qualidade (Molinari, 1993 e Lega, 2013). A diferença entre os dois períodos, deve-se quase exclusivamente à maior rotação na nomeação de Diretores Clínicos, no período Pós CReSAP.

Quanto à formação avançada e profissional, apresentada pelos nomeados, antes e após a intervenção da CReSAP, só cerca de 40% apresentam formação avançada na área da saúde, sendo que são os vogais executivos os que exibem a maior percentagem e os diretores clínicos a menor percentagem. Na fase pós CReSAP há maior percentagem de nomeados com cursos de Formação Profissional.

Em suma, a formação avançada e profissional, antes e pós CReSAP, não é exibida pela maioria dos nomeados e não é transversal a todos os cargos. O modelo de recrutamento dá importância a algumas competências que se adquirem com formação específica e com treino, pois é considerado um fator importante na melhoria das práticas de gestão (Bloom, 2010). Aliás, a CReSAP dá particular ênfase a este aspeto, pois 17% dos pareceres, desta Comissão, exibem recomendações de frequência de formação específica, por considerarem que as personalidades avaliadas não apresentam formação pós-licenciatura e aprendizagens ligadas às atividades que vão desempenhar, correndo-se o “risco de apostas no potencial”³⁵

O modelo de avaliação da CReSAP também dá ênfase à experiência profissional. Há consenso sobre algumas das competências que deverão estar presentes nos elementos do CA, pois há evidência de que líderes com experiência e que já passaram por diversas

³⁵ Parecer da CReSAP - Caso 5 (Anexo I)

estruturas de saúde estão em condições de alcançar níveis superiores de desempenho (Lega, 2013). Antes da intervenção da CReSAP, verifica-se que houve mais nomeações que apresentavam experiência anterior em cargos políticos, gestão pública e gestão intermédia.

Já no que diz respeito a experiência anterior em CA e em cargos de gestão privada, nota-se alguma diferença, entre os dois períodos em análise, verificando-se que após a intervenção da CReSAP, há uma maior entrada de pessoas alheias à gestão da saúde, isto é, oriundas da gestão privada e mais nomeados que já tinham pertencido a CA's anteriormente, o que corresponde a renomeações. Naturalmente, os cargos de VCA-DC e VCA-ED, não apresentam experiência em gestão privada, dada a natureza técnica destas posições.

4.4.2. O CONTRIBUTO DA CRESAP PARA A TRANSPARÊNCIA DO PROCESSO DE NOMEAÇÃO

No período pós CReSAP foram analisadas 230 nomeações, não tendo sido possível recolher, a partir do sítio eletrónico da CReSAP, 41 pareceres individuais, o que corresponde a nove hospitais ou centros hospitalares e que representam 18% dos pareceres.

Tal como descrito no gráfico 36, ao longo do tempo a transparência que esteve na génese da CReSAP foi diminuindo, na medida em que a informação disponível, ao público, foi sendo mais reduzida.

Verifica-se a existência de várias tipologias de pareceres, emitidos pela CReSAP (“Adequado”, “Adequado sob condição”, “Adequado com limitações” e “Com reservas”).

Dos pareceres publicados consegue-se aferir que a larga maioria (77%) foram classificados como “Adequados” à designação proposta.

Dos restantes pareceres, quatro deles, foram classificados “com reservas”, sendo que só uma das personalidades avaliada desta forma foi nomeada, pelo Ministro da Saúde, em 2016. As outras três situações ocorreram em 2013, tendo o parecer sido acolhido pelo membro do Governo, pelo que não tiveram como consequência a nomeação.

Por outro lado, nos resultados apresentados relativamente aos pareceres emitidos pela CReSAP que estão disponíveis, não se encontram evidências para definir de

forma clara o que se entende por “Adequado sob condição”, “Adequado com limitações” e “Com reservas”. Desde logo, pela interpretação que tal suscita junto ao membro do Governo, pois os pareceres emitidos sob condição ou com limitações, como não são vinculativos, deram origem a nomeações, por parte do Governo, sendo que nalguns casos³⁶, nomeadamente quando é alegada a inexistência de experiência de gestão, estas nomeações poderão estar em conflito com o Estatuto do Gestor público, Decreto-Lei n.º 8/2012 de 18 de janeiro, que determina a escolha, dos gestores públicos, de entre pessoas com comprovadas idoneidade, mérito profissional, competências e experiência de gestão, bem como sentido de interesse público e habilitadas, no mínimo, com o grau académico de licenciatura.

Na análise dos 189 pareceres disponíveis, verificou-se a existência de uma prática, por parte da CTP, que não se encontra no regulamento, e que diz respeito à designação, nalguns casos, de dois relatores e de um contraditor. Não se conhece o racional subjacente a esta prática, não sendo transparente a sua utilização, pois 24% dos pareceres só têm 1 relator, 5,2% dos pareceres têm dois relatores e 70,8% apresentam um contraditor.

Da recolha, tratamento e apresentação dos resultados constatámos ainda que há evidência de um esboço de avaliação do desempenho, por parte da CReSAP, na medida em que foi estabelecido um formulário diferente para quem estava a ser avaliado para uma renomeação. Nesse suporte há lugar para uma autoavaliação com base nas atividades desenvolvidas e resultados apresentados, de forma genérica e de acordo com o entendimento do candidato a (re)nomeado. Não há critérios objetivos para avaliar o desempenho. Todos os pareceres que foram emitidos, nas renomeações, foram classificados como “Adequados”, o que parece validar a apreciação dos candidatos e a experiência ou o decorrer do tempo, sem especial atenção a indicadores objetivos de validação do desempenho.

4.4.3. O IMPACTO DA CReSAP NA IMPRENSA

Como indicador do impacto da CReSAP, foi aferida a visibilidade, através da imprensa, examinando 129 notícias, encontradas em 23 suportes (jornal ou blog).

³⁶ Caso 2 (Quadro XV), Casos 6, 8,9,10 e 12 (Anexo I).

Verificou-se que no total dos artigos noticiosos analisados, foram em maior número os que não tiveram intervenção da CReSAP (95), sendo que nas notícias externas à CReSAP, os ângulos negativos prevalecem sobre os positivos. Os artigos noticiosos, sem origem na CReSAP, procuraram colocar em causa o modelo de recrutamento e a sustentabilidade da CReSAP, apesar da grande visibilidade que o então presidente João Bilhim, procurou imprimir, contrapondo com notícias e comunicados que realçam, na esmagadora maioria das vezes (91%) os aspetos positivos do Funcionamento e da Missão da CReSAP.

5. CONCLUSÕES

As conclusões podem ser tiradas em relação ao contributo da CReSAP para aumentar a transparência do processo de nomeação dos membros do CA dos hospitais, e em relação ao perfil dos novos nomeados para os CA dos Hospitais Públicos.

5.1. DESCRIÇÃO DA ABORDAGEM

Da revisão da literatura verificamos que o sucesso da governação dos hospitais passa pela combinação de competências, no conjunto do CA, e pela garantia da presença de competências individuais específicas para o setor da saúde, pelo que a seleção dessas competências e a garantia de que as nomeações, para os hospitais obedecem ao mérito, é um dado fundamental nesta equação.

A CReSAP, quando comparada com Comissões congéneres apresenta algumas semelhanças no que concerne à seleção, através de concurso, de dirigentes superiores da AP, mas que exhibe uma ação muito limitada, comparada com a realidade do Reino Unido e da Holanda, no que concerne à intervenção ao nível dos gestores públicos, pois o seu parecer não é vinculativo e pareceres com limitações ou sob condição dão origem a nomeações sem qualquer restrição.

Para verificar a ação da CReSAP no processo de seleção dos gestores públicos para formarem os CA dos Hospitais Portugueses partimos para a comparação das nomeações, para os mesmos hospitais ou centros hospitalares, antes e após a intervenção da CReSAP. A comparação entre o perfil das individualidades nomeadas para os CA, antes da CReSAP e após a intervenção da CReSAP, não revelou diferenças assinaláveis.

Os dados recolhidos permitem-nos observar que só cerca das 50% das personalidades analisadas são diferentes, na fase pós CReSAP, e que no universo analisado, após a intervenção desta Comissão, não se verificam diferenças significativas no que tange ao género, idade, formação a nível da licenciatura e formação avançada (na área da saúde ou outras). No que diz respeito à formação profissional e experiência, no período Pós CReSAP, as conclusões a tirar são: há mais nomeados com experiência anterior em cargos de CA; há mais nomeados com experiência anterior em gestão privada; há mais nomeados

com formação profissional; há menos nomeados com experiência anterior em cargos políticos; há menos nomeados com experiência anterior em cargos de gestão pública.

Nos resultados apresentados, apesar de algumas diferenças no perfil (formação, conhecimento, competências e experiência) dos membros dos CA, essas diferenças não são estatisticamente significativas. Por conseguinte, não se deteta uma evidência suficientemente expressiva da interferência da CReSAP, nos perfis das personalidades nomeadas como elementos dos CA dos Hospitais Portugueses, ou seja, a CReSAP teve um impacto pouco significativo na meritocracia.

No que toca aos dados relacionados com o parecer da CReSAP, podemos concluir, com base na informação disponível, que os pareceres que não foram classificados com “Adequado”, são minoritários (23%) e foram assim classificados essencialmente por inexistência de experiência de gestão adequada às funções e pela ausência de cursos de formação complementar na área da administração hospitalar.

Assim, com base nestes factos podemos intuir que a CReSAP pode ter condicionado as propostas de nomeação remetidas pelo governo, na área da saúde, relativamente à apresentação de personalidades com experiência anterior na área da saúde e na gestão privada e com formação profissional específica para a área de gestão na saúde. No entanto, não podemos afirmar, com base nas evidências recolhidas e como era desejo da CReSAP que há um novo perfil nos membros dos CA dos hospitais.

Em suma, com o estudo efetuado, podemos concluir que não foi possível alcançar a visão, definida pela CReSAP, para um horizonte temporal de 5 anos. A CReSAP almejava que todos os cargos de gestores públicos seriam preenchidos em função exclusivamente do mérito dos seus titulares e que esse mérito seria visível, através dos resultados, pelos cidadãos, pois a CReSAP não teve autonomia para desenvolver a vertente da avaliação.

5.2. LIMITAÇÕES DO TRABALHO EMPÍRICO

Há interesse em aprofundar este tema, pois este estudo apresenta limitações ao nível da informação recolhida, que se cingiu à informação publicada, ou seja, as características exploratórias, assumidas neste trabalho, condicionaram a quantidade e a qualidade da informação recolhida.

Por um lado, verificou-se a impossibilidade de acesso a todos os pareceres emitidos pela CReSAP, isto é, não foi possível consultar 18% dos pareceres emitidos.

Por outro lado, as notas curriculares, publicadas em DR, não obedecem a nenhum modelo pelo que nem sempre é possível recolher os mesmos dados em todos os currículos.

5.2. CONTRIBUTOS DESTA INVESTIGAÇÃO

Com este estudo foi possível sistematizar a informação que permite avaliar a forma como Portugal respondeu às recomendações do Memorando de Entendimento e do Tribunal de Contas sobre o recrutamento de gestores públicos para os hospitais e sobre a forma como se desenvolve a seleção e nomeação dos membros dos CA em Portugal e noutros países.

Permitiu, ainda, a recolha e a avaliação da informação disponível, quer a nível de DR quer a nível de pareceres da CReSAP, sobre as nomeações dos CA dos hospitais públicos que integram o SNS, assim como a recolha de artigos noticiosos sobre a CReSAP no período de dezembro de 2011 a maio de 2017.

5.3. INVESTIGAÇÃO FUTURA

Este trabalho poderá ser um ponto de partida para estudos mais desenvolvidos neste campo, bem como constituir um auxiliar, para os decisores, na definição de ações estratégicas, face aos resultados obtidos.

Este estudo não estabeleceu qualquer relação entre as nomeações efetuadas e os resultados dos hospitais, em termos de desempenho e eficiência, considerando o novo processo de seleção protagonizado pela CReSAP e o perfil dos membros dos CA's.

A avaliação do desempenho dos gestores pode ser um ponto a explorar, sendo que o EGP, obriga à celebração de um contrato de gestão que prevê, precisamente, essa avaliação, mas que não é conhecida nem dela se tiram consequências.

Por outro lado, na amostra analisada, situada temporalmente entre 2009 e 2016, na vigência de quatro Governos, a saber, XVIII, XIX, XX e XXI³⁷, não foi estudado o impacto da mudança ocasionada pelo ciclo político. Esta poderá ser uma área a estudar, na medida

³⁷ O XX Governo (30/10/2015 a 26/11/2015) governou apenas 27 dias.

em que esta ideia está subjacente a muitos raciocínios, nomeadamente, o do antigo Ministro da Saúde, Correia de Campos, quando afirma que se pratica uma elevada rotação de responsáveis hospitalares, por vezes sem cobrir a totalidade do ciclo político o que ocasiona a perda de energias e da riqueza de muitas experiências positivas (Simões, 2000).

ANEXO I

Resumo das propostas apresentadas, pela CReSAP, e das alterações plasmadas na Lei 128/2015 de 3/9

Nº	Propostas de alteração da CReSAP	Alterações concretizadas na Lei 128/2015 de 3/9	
1	Atribuição de competência aos júris na definição de perfis com base na proposta do Governo.	nº 4, art. 18	A Comissão, na posse da informação referida no número anterior, elabora uma proposta de perfil de competências.
2	Equilibrar o peso dos papéis do Governo e do Júri do Concurso na definição dos perfis.	Não contemplada	
3	Prazo limite (45 dias) dado ao Governo para designar um de entre os três candidatos.	nº 12, art. 19	"Os cargos de direção superior são providos por despacho do membro do Governo competente, no prazo máximo de 45 dias, a contar da data do recebimento das propostas de designação..."
4	Repensar o uso do recurso à designação em regime de substituição.	(parcialmente) nº 4 do art. 27º	"... a substituição cessa imperativamente se, no prazo de 45 dias após a entrega pelo júri da proposta de designação referida no n.º 8 do artigo 19.º, o membro do Governo (...) não tiver procedido à designação."
5	Aumento de um para dois o número de vogais não permanentes suplentes.	alínea c) nº 1, art. 5º dos Estatutos da CReSAP	Um vogal não permanente por cada ministério, e respetivos suplentes, em número de dois, e em exercício de funções em órgão ou serviço não coincidente com o do vogal, mas integrado na orgânica do mesmo ministério
6	Garantia do carácter sigiloso da identidade dos candidatos até à decisão final do júri.	nº 2, art. 15º	"O dever de sigilo comporta, designadamente, a obrigação de não divulgação pública dos factos, circunstâncias e critérios do júri, bem como da identidade dos candidatos até à decisão final de designação"
7	Clarificação da cooperação da CReSAP com a administração regional e a administração local.	Não contemplada	
8	Clarificação da relação da CReSAP com o recrutamento de dirigentes intermédios.	Não contemplada	
9	Atribuição de competências de acreditação à CReSAP no âmbito dos cargos de direção na administração pública.	Não contemplada	
10	Clarificação do procedimento a adotar quando há desistência de um ou dois candidatos integrantes da proposta de designação, antes da decisão do Governo.	nº 10, art. 19º	"Nos casos em que, nos 20 dias seguintes à apresentação, ao membro do Governo competente para o provimento, da proposta de designação, se verifique a desistência de candidatos nela constantes, pode aquele solicitar ao júri a indicação de outros candidatos que tenha por adequados para colmatar essa desistência."
11	Previsão de necessidade de parecer prévio da CReSAP, semelhante à do gestor público, nos casos em que o procedimento tenha ficado deserto.	nº 10, art. 19º	"... verificando -se o mesmo resultado, pode o membro do Governo competente para o provimento proceder a recrutamento por escolha, de entre indivíduos que reúnam o perfil definido pelo aviso de abertura, os quais são sujeitos a avaliação, não vinculativa, de currículo e de adequação de competências ao cargo, realizada pela Comissão."
12	Necessidade de avaliação dos resultados obtidos durante o mandato antes de se proceder à renomeação de um titular.	Não contemplada	
13	Aumento do período de exercício de funções por parte dos peritos por um período idêntico ao dos vogais não permanentes (3 anos).	nº 2, art. 6º	"Os vogais não permanentes e os respetivos suplentes, bem como os peritos que integram a bolsa de peritos, são designados (...) por um período de três anos"
14	Reposicionamento da CReSAP como entidade pública independente na dependência da AR, dispondo de mapa de pessoal próprio e possibilidade de prestação de serviços.	Não contemplada	
15	Clarificação da obrigatoriedade de parecer da CReSAP em todos os casos em que seja atribuída, pelo exercício de funções, a qualidade de gestor público.	Nº 3, art. 1º (anexo A)	A Comissão tem ainda por missão a avaliação, nos termos previstos no Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto Lei n.º 71/2007, de 27 de março, dos currículos e da adequação das competências das personalidades indigitadas para exercer cargos de gestor público ou cargos a estes equiparados a qualquer título.
16	Possibilidade de a CReSAP poder vir a solicitar o acompanhamento da sua atividade por um painel de peritos internacionais.	Não contemplada	
17	Clarificação da entidade competente para dirimir litígios de interpretação da lei quanto à obrigatoriedade de procedimentos concursais	Não contemplada	

ANEXO II

Análise de pareceres classificados como “Adequados com limitações e sob condição”

Casos	Análise geral CREsAP - perfil	Análise geral CREsAP - experiência	Análise geral CREsAP - formação
Caso 5	A avaliação que lhe foi atribuída é de 6 mais; 5 mais/menos; e 1 menos (*) Estes 6 mais são atribuídos numa perspetiva de aposta na sua potencialidade (...) Recomenda-se que o CA, no seu todo, expresse a sua capacidade de liderança através da forma como acolhe e ajuda a desenvolver os seus novos membros.	A personalidade em causa apresenta um percurso coerente de uma carreira de gestão intermédia curta. Trata-se agora de dar um salto para outra natureza da gestão – a gestão de topo.	Recomenda-se ao MS a criação de uma valência capacitada para acompanhar o desenvolvimento dos seus gestores, reduzindo-se, assim, o risco de apostas no potencial.
Caso 6	Perfil de excelentes competências técnicas e pessoais, com provas dadas na região e conhecimento do (...) por força de participação em estudo (...) sobre o mesmo	Sem experiência de gestão ou outra, quer na instituição quer no sector da saúde.	
Caso 7	Capacidade para fazer equipas e gerir conflitos	Experiência clínica com exercício de cargos de gestão	ausência de formação complementar de gestão. Condição: frequentar cursos de gestão de serviços de saúde proporcionados pelo MS
Caso 8	Está-se perante um perfil de natureza clínica, orientado para a consecução de atividades de natureza técnica, conforme é exigido no conteúdo desta função.	Não demonstra, contudo, experiência mínima de 5 anos em áreas de gestão ou no exercício de cargos dirigentes e/ou de coordenação técnica, sendo, pelo menos, 3 anos na gestão/direção de estabelecimentos ou na direção/coordenação/chefia de serviços prestadores de cuidados de saúde, no sentido do solicitado pela tutela.	Destaca-se a formação complementar em gestão, e a presença de competências de liderança e colaboração, indicadas pela atividade desenvolvida na presidência da organização europeia de jovens médicos.
Caso 9	Perfil alicerçado na prática clínica, como médica especialista (...)	Não há qualquer evidência de ter exercido cargos de gestão, mesmo de unidades clínicas.	Não frequentou ações de formação estruturante (pós-graduações ou mestrados) no domínio da gestão, especialmente orientadas para a gestão de topo com incidência ou não na saúde. Assim, apesar da personalidade em causa o ter referido na entrevista, realça-se a necessidade de frequentar ações de formação complementar de carácter estruturante no domínio da gestão.
Caso 10	Sólida credibilidade técnica como técnica de saúde	Não exerceu cargos de direção em que tivesse de pôr à prova os 30% de competências de gestão requeridas para o exercício deste cargo	Não possui formação profissional ou académica na área da gestão
Caso 11	Trata-se de um perfil técnico.	Com alguma experiência de gestão intermédia (...) marcada fundamentalmente por preocupações de natureza processual e operacional. (...) Ausência de uma experiência efetiva em gestão de topo.	Com formação complementar na área da administração hospitalar
Caso 12	Formação académica relevante e uma significativa experiência profissional no (...) sendo orientado para resultados o que poderá constituir uma vantagem.	Não detém qualquer experiência em cargos de direção ou chefia, ainda que intermédia.	

LISTA DAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A European Personnel Selection Office - http://europa.eu/epso/index_en.htm

Alves, A. D. (2011). Responsabilidade e governação na moderna gestão hospitalar. Tese de Doutoramento. Universidade de Aveiro

APSC. Australian Public Service Commission Current Publications <http://www.apsc.gov.au/publications-and-media/current-publications/merit-and-transparency>

Armstrong, E. (2005). Integrity, transparency and accountability in public administration: Recent trends, regional and international developments and emerging issues. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 1-10.

Barnett, P., Tenbenschel, T., Cumming, J., Clayden, C., Ashton, T., Pledger, M., Burnette, M. (2009). Implementing new modes of governance in the New Zealand health system: an empirical study. Health policy, 93(2), 118-127.

Barros, P. P., Gomes, J. P. (2002). Os sistemas nacionais de saúde da União Europeia, principais modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema hospitalar português. Lisboa: Gabinete de Análise Económica. Faculdade de Economia. Universidade Nova de Lisboa.

Bilhim, J. (2013). Papel dos gestores na mudança cultural da administração central. Passagens. Revista Internacional de História Política e Cultura Jurídica, 5, 205-227.

Bilhim, J. (2017). Nova governação pública e meritocracia. Sociologia, Problemas e Práticas, (84), 9-25.

Bismark, M. M., Studdert, D. M. (2014). Governance of quality of care: a qualitative study of health service boards in Victoria, Australia. BMJ Qual Saf, 23(6), 474-482.

Blank, J. L., van Hulst, B. L. (2011). Governance and performance: the performance of Dutch hospitals explained by governance characteristics. *Journal of medical systems*, 35(5), 991-999.

Bloom, N., Homkes, R., Sadun, R., Van Reenen, J., Dorgan, S., Layton, D. (2010). *Management in Healthcare: Why good Practice really matters*. London: McKinsey and Co. and LSE (CEP).

Bryndová, L., Pavlokova, K., Roubal, T., Rokosova, M., Gaskins, M. (2009). Czech Republic. Health system review. *Health systems in transition*, 11(1).

Cadbury, A. (1999). *Corporate governance: A framework for implementation*. Private Sector Development, Knowledge Management Unit, World Bank, Washington, DC.

Cardinaels, E. (2009). Governance in non-for-profit hospitals: Effects of board members' remuneration and expertise on CEO compensation. *Health policy*, 93(1), 64-75.

Center for Healthcare Governance (2014) *National Health Care Governance Survey Report*. The American Hospital Association's.

Constitutional Reform and Governance Act 2010, Chapter 25, statutory basis for management of the civil service.

CRoSAP. Comissão de recrutamento e seleção para a administração pública (CRoSAP) www.CRoSAP.pt

CSC. Civil Service Commission -
<http://civilservicecommission.independent.gov.uk/>

Department of Health (2012a) Building board capability - A strategic framework to enable the effectiveness of boards of Victorian health services. Melbourne, State of Victoria, Victorian Government.

Department of Health (2012b) The Victorian health services governance handbook. Melbourne, State of Victoria, Victorian Government.

Department of Health, Victoria, Austrálie
www.health.vic.gov.au/governance/index.htm

Ditzel, E., Štrach, P., & Pirozek, P. (2006). An inquiry into good hospital governance: A New Zealand-Czech comparison. *Health Research Policy and Systems*, 4(1), 2.

Drucker, P. F. (1989) *The New Realities: In Government and Politics, in Economics and Business, in Society and World View*, New York, Harper & Row.

Durán, A. & Dubois, H. F. W. (Eds.) *Governing Public Hospitals - Reform strategies and the movement towards institutional autonomy*. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies, 217-240.

Edwards, N., Wyatt, S. & McKee, M. (2004) *Configuring the hospital for the 21st century*. World Health Organization.

European Personnel Selection Office - http://europa.eu/epso/index_en.htm

Evans, P. (2002, October). Hybridity as an administrative strategy: combining bureaucratic capacity with market signals and deliberative democracy. In *International Congress of Clad on State Reform and Administrative Development (Vol. 7)*.

Frenk, J., Moon, S. (2013). Governance challenges in global health. *New England Journal of Medicine*, 368(10), 936-942.

Fukuyama, F. (2004) *State-building: governance and world order in the twenty-first century*, London, Profile Books.

Gaál, P., Szigeti, S., Csere, M., Gaskins, M., Panteli, D. (2010). Hungary health system review. *Health Systems in Transition*, 13(5), 1-266.

GIC. Governor in Council Appointments, Canadá - www.appointments-nominations.gc.ca

Glouberman, S. & Mintzberg, H. (2001a) Managing the care of health and the cure of disease - Part I: Differentiation. *Health Care Management Review*, 26, 56-69.

Glouberman, S. & Mintzberg, H. (2001b) Managing the care of health and the cure of disease - Part II: Integration. *Health Care Management Review*, 26, 70-84.

Golden, B. (2006) Transforming Healthcare Organizations. *Healthcare Quarterly*, 10, 10-19.

Guo, K. L. (2003). A Study of the Skills and Roles of Senior-Level Health Care Managers. *The health care manager*, 22(2), 152-158.

Harding, A. & Preker, A. (2001) *Innovations in health care delivery: organizational reforms within the public sector*. Washington DC, World Bank.

Harding, A. & Preker, A. (Eds.) (2003) *Innovations in health service delivery: the corporatization of public hospitals*, Washington DC, World Bank.

Health Research & Educational Trust. (2014, April). *Building a leadership team for the health care organization of the future*. Chicago, IL: Health Research & Educational Trust.

Health.Vic. Victorian healthcare sector <http://www.health.vic.gov.au>

Healthcare Governance & Transparency Association (2014) Principles and Guidelines for Governance in Hospitals. Healthcare Governance & Transparency Association (HeGTA), Center for International Private Enterprise (CIPE), U.S. Agency for International Development (USAID).

<http://publicappointmentscommissioner.independent.gov.uk>.

<http://www.health.vic.gov.au/governance/downloads/governance-review03.pdf>.

IPCG. Instituto Português de Corporate Governance <http://cgov.pt>

Joffe, M., MacKenzie-Davey, K. (2012). The problem of identity in hybrid managers: who are medical directors?. *International Journal of Leadership in Public Services*, 8(3), 161-174.

Jones, J. (2001). NHS trusts appointments to be appointed by independent commission. *BMJ: British Medical Journal*, 322(7278), 70.

Karamitri, I., Talias, M. A. & Bellali, T. (2015) Knowledge management practices in healthcare settings: a systematic review. *Int J Health Plann Manage*.

Kettl, F. "Donald (2000) The Global Public Management Revolution. A report on the Transformation of Governance."

Kuperus, H., Rode, A. (2008). Top public managers in Europe: Management and working conditions of the senior civil servants in the European Union member states. Study commissioned by the French EU presidency. Maastricht: EIPA.

Lega, F., Prenestini, A., Spurgeon, P. (2013). Is management essential to improving the performance and sustainability of health care systems and organizations? A systematic review and a roadmap for future studies. *Value in Health*, 16(1), S46-S51.

Leite, L. Q. (2016). Reflexões teóricas sobre modelos de Gestão Pública: o paradigma weberiano, a New Public Management e o Estado Neo-Weberiano. *RP3-Revista de Pesquisa em Políticas Públicas*.

Lynn, L. (2008). What is a neo-Weberian state? Reflections on a concept and its implications. *The NISPAcee Journal of public administration and policy*, 1(2), 17-30.

Madureira, C., Rodrigues, M. (2009). The evolution of civil servants' and managers' recruitment and performance evaluation processes in Portuguese public administration.

Manifesto eleitoral CDS-PP 2011

Manning, N. (2001) The legacy of the New Public Management in developing countries. *International Review of Administrative Sciences*, 67, 297-312.

McKee, M. & Healy, J. (Eds.) (2002) *Hospitals in a changing Europe*, Buckingham UK, Open University Press.

Ministério da Saúde (2011) *Relatório Final do Grupo Técnico Para a Reforma Hospitalar - Os cidadãos no centro do sistema. Os profissionais no centro da mudança*.

Mintzberg, H. (1989). The structuring of organizations. In *Readings in Strategic Management* (pp. 322-352). Macmillan Education UK.

Mintzberg, H., Brooker, A., Caetano, A. (1999). *Estrutura e dinâmica das organizações*.

Molinari, C., Morlock, L., Alexander, J., Lyles, C. A. (1993). Hospital board effectiveness: relationships between governing board composition and hospital financial viability. *Health Services Research*, 28(3), 358.

National Integrity System (NIS) – www.transparency.org

Neuendorf, K. A. (2012). *The content analysis guidebook*. Thousand Oaks, Calif: SAGE.

New Zealand-Czech comparison. *Health Research Policy and Systems*, 4(1), 2.

NHS Confederation <http://www.nhsconfed.org>

NHS Improvement. Improvement Hub <http://www.ntda.nhs.uk/public-appointments>

NHS Leadership Academy <https://www.leadershipacademy.nhs.uk>

OECD (2003) *Public sector modernisation*. OECD Observer - Policy Brief.

Osborne, D. & Gaebler, T. (1993) *Reinventing government: how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*, New York, Penguin Books.

Osborne, D. & Hutchinson, p. (2004) *The price of government*, New York, Basic Books.

Osborne, D. & Plastrik, p. (1998) *Banishing bureaucracy: the five strategies for reinventing government*, New York, Penguin.

Osborne, S. P., Radnor, Z., Nasi, G. (2013). A new theory for public service management? Toward a (public) service-dominant approach. *The American Review of Public Administration*, 43(2), 135-158.

Pêcego, L. M. (2010). O modelo de governação dos hospitais EPE: estudo de caso comparado (Doctoral dissertation, Instituto Superior de Economia e Gestão).

Pollitt, C. (2004) From there to here, from now till then: buying and borrowing public management reforms. IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Madrid, España.

Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2004). *Public management reform: A comparative analysis*. Oxford University Press, USA.

Porter, M. (2010). What is value in health care?. *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477-2481.

Productivity Commission (2009), *Public and Private Hospitals*, Research Report, Canberra

Programa eleitoral Partido Social Democrata (PSD) 2011

Raposo, V. & Harfouche, A. (2011) *Governing Public Hospitals - Portugal*. IN Saltman, R. B., Durán, A. & Dubois, H. F. W. (Eds.) *Governing Public Hospitals - Reform strategies and the movement towards institutional autonomy*. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies, 217-240.

Raposo, V. (2007). *Governação hospitalar: uma proposta conceptual e metodológica para o caso português*. Tese de doutoramento. Universidade de Coimbra

Robinson, M. (2015). From Old Public Administration to the New Public Service Implications for Public Sector Reform in Developing Countries. United Nations Development Programme, Global Centre for Public Service Excellence: Singapore.

Saltman, R. B., Durán, A. & Dubois, H. F. W. (Eds.) (2011) Governing Public Hospitals - Reform strategies and the movement towards institutional autonomy, Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies.

Shaw, C. (2003). How can hospital performance be measured and monitored, Health Evidence Network (HEN). World Health Organization, Geneva.

Shaw, R. P. (2004) New Trends in Public Sector Management in Health Applications In Developed and Developing Countries. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper

Simões J. (Coord). (2010). 30 anos do Serviço Nacional de Saúde: Um Percorso Comentado. Coimbra, Almedina; 658

Simões J., Augusto G.F., Fronteira I., Hernández-Quevedo C. (2017) Portugal: Health system review. Health Systems in Transition; 19(2):1–184.

Skander, Magdi; Chamlou, Naderah. 2000. Corporate governance : a framework for implementation (English). Washington, D.C. : World Bank Group.

Stefl, M. E., Bontempo, C. A. (2008). Common competencies for all healthcare managers: the healthcare leadership alliance model. Journal of Healthcare Management, 53(6), 360.

Thomson, S., Osborn, R., Squires, D., Jun, M. (2013). International profiles of health care systems, 2013 (Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Italy, Japan,

the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States). New York: Commonwealth Fund.

Tribunal de contas (2011) Auditoria ao Sistema Remuneratório dos Gestores Hospitalares e aos Princípios e Boas Práticas de Governação dos Hospitais EPE. Actos do tribunal: Relatório nº 17/2011-2ª S. Lisboa, Tribunal de Contas.

Tyler, J. L., Biggs, E. L. (2001). Board selection and composition--a shared responsibility. *Healthcare executive*, 17(3), 14-18.

UK. NHS LEADERSHIP CENTER - NHS leadership Qualities Framework. <http://www.NHSleadershipqualities.nhs.uk>.

UNPAN. United Nations Public Administration Network - www.unpan.org/

Van Thiel, S. (2009). Political influence on public appointments in the Netherlands: the X-factor?. <http://hdl.handle.net/1765/26563>

Victorian Public Hospital Governance Reform Panel (2003). Victoria. Department of Human Services. Final Report

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

Wasserman, N., Nohria, N., Anand, B. N. (2001). When does leadership matter? The contingent opportunities view of CEO leadership. Harvard Business School Working Paper, No. 01-063, January 2001. (Later published as Ch. 2 in *The Handbook of Leadership Theory and Practice*, 2010.).

Wegmiller, D. C., Alexander, J., Altman, H. (2007). Building an Exceptional Board: Effective Practices for Healthcare Governance. Center for Healthcare Governance, 1-71.

Weisbach, M. S. (1988). Outside directors and CEO turnover. *Journal of financial Economics*, 20, 431-460.