

Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa



**AS ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS NA GESTÃO
PRIVADA EM CONTEXTO PÚBLICO:
O CASO DO HOSPITAL FERNANDO DA FONSECA**

Pedro Duarte Dâmaso

Dissertação de Mestrado

Mestrado em Gestão

Orientador:

Prof. Doutor Dias Curto, Prof. Auxiliar, ISCTE Business School, Departamento de
Métodos Quantitativos

Co-orientador:

Mestre Dias da Silva, Assistente Convidado do ISCTE, Departamento de Gestão

Maio 2009

Agradecimentos

Quero expressar o meu mais profundo agradecimento ao Prof. Doutor Dias Curto e ao Prof. Dias da Silva, respectivamente, Orientador e co-orientador desta dissertação, pelo apoio, interesse, ensinamentos, estímulo e disponibilidade manifestada desde o início da realização deste trabalho.

Agradeço ao Prof. Doutor José Neves Adelino, por me ter facultado estudos relevantes para o aperfeiçoamento deste trabalho, bem como ao Prof. Doutor Pedro Pita Barros, pela disponibilidade demonstrada para ajudar nas dúvidas que surgiram.

Agradeço ao Dr. Rui Assoreira Raposo, a simplicidade, a simpatia, a disponibilidade demonstrada e a palavra amiga com que me recebeu, porque sem a sua preciosa ajuda, este trabalho estaria sempre incompleto.

Agradeço ao Dr. Sanches Pires, Presidente do Conselho de Administração do Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco, pela amizade, disponibilidade e partilha de conhecimentos que me foi transmitindo.

Agradeço à Associação Portuguesa de Engenharia e Gestão da Saúde, na pessoa do Eng. Carlos Tomás, pelos convites feitos para assistir a diversas conferências, que se revelaram importantes para entender cada vez melhor o sector da saúde em Portugal.

A todos os meus amigos e à minha família, porque é com felicidade e com um imenso orgulho que assumo que só com a vossa presença, um por um, é que será possível ultrapassar todos os obstáculos.

Um agradecimento especial a dois colegas de Mestrado, ao David Viana e ao Nuno Leite, sem eles, este projecto teria sido, sem dúvida, mais difícil de ser concretizado.

Estou grato aos meus amigos João Ricardo e Sérgio Inácio, pela revisão e tradução do texto, respectivamente.

Agradeço ainda, aos meus amigos José Godinho e Telmo Barreira, que, com amizade e apoio, sempre me receberam de portas abertas constituindo para mim uma segunda família.

Por último, em especial, agradeço aos meus pais e irmão pela paciência, pela confiança, por acreditarem e pela força que sempre me transmitiram em todas as etapas da minha vida.

Resumo

Este estudo nasceu da percepção de que era necessário fazer uma análise independente da gestão praticada por uma Sociedade Privada num Hospital Público Português, nomeadamente ao nível dos recursos humanos, uma vez que aquela gestão constituiu uma experiência pioneira no nosso país.

O facto de o estudo incidir numa experiência precursora, que por diversas razões nunca foi alargada, constitui um verdadeiro desafio. Tem-se referido muitas vezes que o finalizar desta experiência se deveu a questões de ordem ideológica, uma vez que a qualidade dos serviços prestados nunca foi posta em causa.

Este trabalho pretende contribuir para demonstrar que a gestão privada em contexto público não terá sucesso sem a particular capacidade para gerir as pessoas, uma vez que estas são o principal activo de uma organização, e determinam a maior ou menor capacidade para atingir os objectivos.

Deste modo, foram colocadas três hipóteses: a gestão pública não tem nada a aprender com a gestão privada; a gestão pública tem a aprender com a gestão privada; se a gestão pública pode aprender com a gestão privada, onde pode aprender?

Da análise dos estudos disponíveis sobre a gestão por objectivos, concluiu-se que embora o sistema acarrete custos – uma vez que estamos a falar de maior despesa – ele tem um benefício associado e, para além disso, nota-se que a qualidade dos serviços aumenta, bem como a satisfação dos profissionais de saúde.

Todavia, persistem várias dificuldades, tais como, a existência de objectivos pouco claros, a ausência de indicadores e o risco de selecção adversa no tratamento de doentes (com tendência a diminuir devido à implementação do Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester nos Serviço de Urgência).

Contudo, a inquietação manifestada pelos profissionais de saúde do Hospital Fernando da Fonseca relativamente ao anúncio da passagem do Hospital a EPE, não é mais do que a manifestação do receio que existia de poder vir a suceder um retrocesso na gestão do Hospital, ou seja, encontravam-se satisfeitos com a gestão por objectivos que estava a ser praticada (e que continuou a ser).

Assim, verificamos que a terceira hipótese formulada, é aquela que deve ser concretizada. De facto, a gestão pública pode e deve aprender com a gestão que é praticada pelos privados.

Abstract

The present thesis was developed due to the perception of the necessity of an independent analysis of the management that is practiced by a Private Society in a Public Portuguese Hospital, with a focus on human resources because this management is a pioneer experience in our country.

Since this study addresses a pioneer experience, which for various reasons has never been extended, it can be considered a true challenge. It has been referred that this experience was terminated due to questions of ideology, since the quality of the services was never questioned.

The elaboration of this thesis is an attempt to demonstrate that the capacity to lead people should be a strong component within an organization and determines to what extent goals and objectives are achieved.

Thus, three hypotheses have been raised: the public management has nothing to learn from the private management; public management is capable of learning from the private management; if public administration can learn from the private management, in what areas is learning possible?

From the analysis of available studies regarding management by goals, it is possible to extract the following conclusion: although this system implies costs – since costs are superior – there is an associated benefit and, furthermore, there is an obvious increase in the quality of services as well as in satisfaction of health-care providers.

However, several difficulties persist, such as the existence of objectives that remain unclear, the absence of indicators and the risk of adverse selection when treating patients (with a tendency to decrease with the implementation of the Manchester Triage Screening System in emergency department).

Despite this, the concern and apprehension expressed by health-care professionals of Fernando da Fonseca Hospital due to the transition of the hospital to a public enterprise can be understood as a manifestation of the fear that the change will be a throwback in the Hospital's management. This may suggest that professionals were satisfied management by goals that was in practice (and continued to be).

Therefore, it is possible to conclude that the third hypothesis presented here should be put in practice. Indeed, the public administration can and should learn from the management that is practiced by the private management systems.

Índice

Agradecimentos	II
Resumo	III
Abstract	IV
Índice	V
Índice de Figuras.....	VII
Índice de Quadros	VIII
Siglas.....	IX
Introdução	1
1. Enquadramento Teórico - O Sistema de Saúde Português	3
2. O Modelo de Contrato de Gestão	8
3. O Estado regulador	9
4. Gestão Pública e Gestão Privada	10
4.1. Delimitação de conceitos	10
4.2. A gestão pública e a gestão privada	11
5. Hospital EPE (desde Janeiro 2009)	14
6. O caso do Hospital Fernando da Fonseca, vulgo Amadora-Sintra.....	20
6.1. A missão do Hospital Fernando da Fonseca e algumas das dificuldades inerentes à sua prossecução.....	24
6.2. Os princípios e os valores associados ao desempenho da missão no HFF	26
7. Metodologia.....	27
8. Indicadores importantes na gestão de um Hospital	28
8.1. Eficiência.....	28
8.2. Qualidade / Quantidade.....	31
8.3. A Gestão Estratégica das Pessoas – Limites e possibilidades dos incentivos à retribuição com base na performance (produtividade) como factor de uma gestão estratégica de RH	32
8.3.1. O Modelo da relação duplo poder.....	35
8.3.2. Remuneração: Incentivos – Responsabilização: Integração no processo de decisão – Atribuição ou não do prémio	36
8.3.3. Avaliação de desempenho	39
8.3.4. O Sistema de Incentivos	40
9. Análise de resultados	42
9.1. Os novos desafios - HFF	43

O caso do Hospital Fernando da Fonseca

Conclusões	46
Anexos - Gráficos	49
Bibliografia	61
Sites Úteis	65

Índice de Figuras

Figura 1. Evolução do peso dos gastos com a saúde do PIB (%), em Portugal, EU 15 e OCDE, entre 1990 e 2004	49
Figura 2. Evolução do peso dos gastos totais, públicos e privados com a saúde no PIB, em Portugal, UE15, OCDE e países seleccionados, entre 1980 e 2004	49
Figura 3. Evolução dos gastos totais, públicos e privados com a saúde <i>per capita</i> em Portugal, entre 1990 e 2004	50
Figura 4. Evolução dos gastos com a saúde, <i>per capita</i> , em paridade de poderes de compra em Portugal, UE 15 e OCDE, entre 1990 e 2004	50
Figura 5. Fontes de Financiamento dos gastos com a saúde em 2004	51
Figura 6. Evolução das dotações do Orçamento do Estado para o SNS	51
Figura 7. Despesas directas em percentagem das despesas totais em saúde em alguns países europeus (2004 ou ano mais próximo)	52
Figura 8. Evolução das despesas em saúde por decis de rendimento em 1980,1990 e 2000, a preços constantes.....	52
Figura 9. Curvas de Lorenz do rendimento e de concentração das despesas em saúde e da poupança fiscal – 2000	53
Figura 10. Evolução do sistema (tendência histórica).....	53
Figura 11. Evolução natural (tendência dos últimos dois anos).....	54
Figura 12. As medidas do OE 2007	54
Figura 13. Ganhos de eficiência de 5%.....	54
Figura 14. Efeito da generalização da aplicação da avaliação económica	55
Figura 15. Eliminação dos subsistemas públicos do espaço orçamental	55
Figura 16. Efeito de preço diferenciado para elevada utilização	55
Figura 17. Passagem para financiamento por seguro social.....	56
Figura 18. Cenário conjunto	56
Figura 19. Evolução do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde	56
Figura 20. Saúde no contexto da saúde global, da Europa e de Portugal.....	57

Índice de Quadros

Quadro 1.	Impacto do efeito demográfico nas despesas públicas em saúde e em cuidados continuados, em % do PIB, entre 2005 e 2050, de acordo com OCDE	58
Quadro 2.	Aposta na melhoria da eficiência por parte dos portugueses:.....	58
Quadro 3.	Os portugueses e o aumento dos subsistemas:.....	58
Quadro 4.	Cenários e o rácio despesa pública em saúde/PIB	59
Quadro 5.	Saldo orçamental/PIB	59
Quadro 6.	Agenda política e capacidade de governação	60
Quadro 7.	Qualidade em Saúde	60

Siglas

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CRP – Constituição da República Portuguesa

DL – Decreto-lei

EPE – Entidade Pública Empresarial

HAS-SG – Hospital Amadora Sintra – Sociedade Gestora

HFF – Hospital Fernando da Fonseca

HUC – Hospitais da Universidade de Coimbra

IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

INA – Instituto Nacional de Administração

INE – Instituto Nacional de Estatística

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

NHS – National Health Service

OCDE – Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PANH – Programa Nacional de Acreditação de Hospitais

PFI – Private Finance Initiative

PIB – Produto Interno Bruto

PPP – Public-Private Partnership

SA – Sociedade Anónima

SNS – Serviço Nacional de Saúde

O caso do Hospital Fernando da Fonseca

Introdução

Ao longo dos anos, o Estado experimentou diversos modelos de gestão de natureza empresarial e de mobilização do investimento não público no sistema de saúde.

O Hospital Fernando da Fonseca (HFF) constituiu a primeira experiência de parcerias público-privado (PPP) no sector da saúde em Portugal. A sua criação data de 1991 (DL n.º 382/91, de 9 de Outubro) e, no período decorrido de 1995 a 2008, foi a primeira e última experiência de gestão privada de um Hospital Público Português.

Em Concurso Público Internacional (n.º 8/94), um consórcio liderado pela Companhia de Seguros Império, detida então pelo Grupo José de Mello, apresentou uma proposta, que saiu vencedora, para a gestão do HFF (grupo vencedor – Império/ISU-ANF/HLC/GSI – Companhia de Seguros Império; Estabelecimentos de Saúde e Assistência, SA e Associação Nacional de Farmácias; Horácio Luís de Carvalho e Generale Santé).

É atribuída em 1995, após a realização do referido concurso, a gestão do HFF à Sociedade Hospital Amadora Sintra, Sociedade Gestora, SA (HAS-SG). A celebração do contrato ocorreu a 10 de Outubro de 1995, para entrar em vigor no dia 1 de Novembro desse mesmo ano. Assim, e logo após um período de 60 dias para transmissão de poderes da Comissão Instaladora para a Sociedade Gestora, esta iniciou plenamente as suas funções a partir de 1 de Janeiro de 1996.

Existiram dois contratos celebrados entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) e a HAS-SG, um inicial, que vigorou de 1/11/1995 a 31/12/2003, sendo posteriormente objecto de renovação, dando assim origem a um segundo contrato, válido por 5 anos, que vigorou de 1/01/2004 a 31/12/2008.

Num estudo coordenado pelo Doutor Correia de Campos (2008), o qual se reportou a investigação iniciada em 2000, revela-se que a situação da grande maioria dos Hospitais públicos portugueses se caracteriza pela ineficiência, baixa produtividade, reduzida responsabilidade social, excesso, escassez e desajustamento de oferta, procura fortemente induzida, orientada e controlada pelos prestadores, elevado ritmo de crescimento dos encargos anuais em despesa corrente, qualidade nem sempre satisfatória e direcções de qualidade desigual, flutuando ao sabor da conjuntura política. Os Hospitais eram reconhecidos como institutos públicos, dotados de autonomia administrativa e financeira. Todavia, dependiam do Orçamento do Estado em cerca de 90%, o que tornava retórica a sua autonomia. Todo o pessoal mantinha o estatuto de funcionário público, com estabilidade, remuneração fixa, progressão na carreira

independente do mérito e reforma assegurada aos 60 anos de idade e trinta e seis de serviço.

Um estudo levado a cabo por Lopes e Magalhães em 2006, diz-nos que embora a imagem do SNS junto dos cidadãos não seja a melhor, a maioria dos inquiridos manifesta desejo numa evolução dentro do actual SNS assentando a argumentação numa percepção da necessidade de alteração da gestão e não numa modificação radical do modelo presente.

Todavia, foi anunciada pelo Primeiro-Ministro, a 19 de Março de 2008, a passagem do HFF, a Hospital EPE, com efeitos a partir de 1 de Janeiro de 2009, voltando-se assim a dar um passo atrás nas referidas modificações. Na realidade na área de cuidados hospitalares, diversas experiências já foram tentadas, no entanto, estas, não têm o devido acompanhamento, não se extraíndo as respectivas consequências. A ideia de experiência obriga a que se avalie e decida se o ensaio devia ser alargado ou extinto (Barros, 2008). Afirmar que foi uma experiência fracassada é contraditório com a renovação do contrato de exploração, mas, se foi um sucesso, ainda que moderado, resta saber por que não foi tentado o modelo noutras unidades hospitalares.

Acontece que não houve qualquer avaliação da experiência feita por uma entidade independente.

Neste anúncio o Primeiro-Ministro lembrou que "o Estado deve guardar para si a Administração e Gestão dos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde", referindo que o Estado tem de acompanhar e assegurar o cumprimento dos contratos e a plena salvaguarda do interesse público, que no caso do HFF foi difícil", justifica. Refere ainda que "é muito duvidoso que os eventuais ganhos de eficiência compensem os custos administrativos necessários ao controlo público dos contratos de gestão privada".

Podemos hoje dizer que se assiste a reformas nos sistemas europeus de saúde, estas, reflectem em muito, as mudanças estruturais que o Estado e a Administração Pública têm vindo a sofrer nos últimos anos. Expressões como desburocratização, redução e proximidade do cidadão, são frequentemente utilizadas nos mais diversos países (Estorninho, 2008). Portanto, também hoje, assistimos na saúde, ao repensar do papel do Estado e das tarefas administrativas. Experimentam-se novos modos de gestão de serviços públicos, para que seja possível alcançar mais eficiência, eficácia, produtividade e qualidade.

Contudo, muitas das vezes, ao mudar o governo, assiste-se a uma mudança nas orientações estratégicas e estruturais prosseguidas na saúde, como sucedeu no caso em

análise. As diferentes orientações governamentais repercutem-se bastante neste sector. A rotação dos responsáveis políticos é rápida, não permanecendo o tempo suficiente para cumprirem um programa. As reformas tendem a ser permanentemente adiadas.

A pertinência do trabalho que aqui importa evidenciar, é saber, ao fim e ao cabo, qual é a melhor maneira de conseguir alcançar os objectivos, que hoje, tanto uma gestão pública como uma gestão privada de um hospital público deve prosseguir: a satisfação dos cuidados de saúde dos cidadãos da melhor maneira, com eficiência, boa adequação dos recursos disponíveis, eficácia e qualidade. Nas palavras de Vital Moreira, “o SNS será mais forte quanto mais eficiente for, e tanto mais vulnerável quanto mais desperdício alimentar”.

É importante investigar se a gestão pública, praticando regras que aparentemente são de gestão privada, está mais próxima de conseguir atingir estes objectivos. É este o fio condutor que orienta a realização deste trabalho.

1. Enquadramento Teórico - O Sistema de Saúde Português

Os Modelos de Saúde vigentes nos dias de hoje um pouco por toda a Europa nasceram de um de dois Modelos.

O Modelo de Bismarck nasce na Alemanha, e caracteriza-se por retirar aos sindicatos a gestão dos seguros de doença, que lhes permitia cativar o apoio dos associados e criar a autonomia financeira necessária para encetar com êxito, reivindicações políticas e laborais (Simões, 2004). Assim, este país em 1883, optou por obrigar as entidades patronais a contribuir para um seguro de doença em favor dos trabalhadores mais carenciados, alargada num segundo momento a trabalhadores com rendimentos mais elevados. Tratou-se do primeiro modelo de segurança social imposto por um Estado. Hoje, nos países que seguiram este modelo, o financiamento baseia-se em seguros. Na Holanda, o sistema é financiado por uma combinação de seguros sociais e privados; na Bélgica e na Grécia, o financiamento resulta de uma mistura de impostos e de segurança social; na Alemanha, Áustria, França e Luxemburgo o modelo dominante é o de seguro social obrigatório, como refere Simões.

O Modelo de Beveridge nasce em Inglaterra a partir de em relatório elaborado em 1942 a que se dá o nome de “*Social Insurance and Allied Services*”. Com ele, dá-se um salto qualitativo para um sistema distinto do descrito anteriormente. O Estado desempenha um papel importante, em que intervém para encontrar respostas para as mais diversas

situações. É um sistema autónomo, uniforme, que tem uma natureza pública, universal e gratuita, suportado por financiamentos públicos assentes no sistema fiscal em geral.

No final da Segunda Guerra Mundial, nomeadamente em 1948, uma Lei que foi denominada por “*National Health Service*” é implantada no Reino Unido, e põe um ponto final na discussão que começara em 1942. É estabelecido um modelo que tem por base um sistema de saúde em que o Estado é responsável pela prestação dos serviços gerais da saúde, e dispõe um princípio, segundo o qual, o acesso à saúde é igual para todos os cidadãos.

Podemos enumerar oito países da União Europeia onde este modelo ainda vigora com evoluções mínimas, nos sistemas de saúde. A principal fonte de financiamento dos sistemas de saúde nestes países são os impostos, quer a nível central – Espanha, Irlanda, Portugal, Reino Unido – quer a nível local – Dinamarca e Suécia. Podem existir também impostos que são associados ao pagamento de prémios de seguro, como sucede em Itália.

Todavia, para alguns autores, Espanha, Grécia, Itália e Portugal têm um sistema misto uma vez que combinam elementos dos modelos de Beveridge e de Bismarck. (Barros, 2008)

Na realidade estes dois modelos estão a aproximar-se um do outro. Ou seja, o Modelo de Beveridge, que representa o SNS, foi buscar ao Modelo de Bismarck algumas soluções originais, como por exemplo, a preocupação com a eficiência e, começou também a preocupar-se mais com a liberdade de escolha. Inversamente, o modelo bismarckiano foi buscar ao modelo beveridgiano, uma forte preocupação com a universalidade. Assim, com os tempos, a ligação a que se assistiu entre os dois modelos, aconteceu de tal maneira que hoje é necessário um olhar atento para os distinguir. Segundo Simões, as diferenças só se conseguem encontrar com base na captação de recursos.

Foi na sombra destes dois modelos, que se democratizaram os sistemas de segurança social e, em particular, os de saúde. Citando o Professor Doutor Correia de Campos, “ambos assentam na noção reformista de que é necessário um guarda-chuva, uma rede social salvadora para atenuar as grandes tensões sociais geradas pelo crescimento económico e conseqüente alongamento da marcha da sociedade para o seu desenvolvimento”.

Até 1974, o sistema de saúde em Portugal era bastante fragmentado (OPSS, 2001: 13). Do seu corpo, faziam parte, fundamentalmente, as Misericórdias, que são Instituições

centenárias de Solidariedade Social, que ocupavam um lugar de relevo na saúde, uma vez que geriam grande parte das Instituições Hospitalares e outros serviços por todo o país. Os serviços Médico-Sociais, que prestavam cuidados médicos aos beneficiários da Federação da Caixa de Previdência. Os serviços de Saúde Pública, que eram vocacionados essencialmente para a promoção da saúde. Os Hospitais estatais, gerais e especializados que se encontravam localizados sobretudo nos grandes centros urbanos e, para terminar, os serviços privados, que eram dirigidos aos estratos socioeconómicos mais elevados.

Perante este cenário, conclui-se que havia uma insuficiente cobertura do país no que à saúde dizia respeito. Os diversos profissionais do sector, mas mais objectivamente os médicos, numa tentativa de constante adaptação às limitações económicas verificadas neste, aliada à débil situação financeira das instituições públicas, iam acumulando diversas ocupações, com a finalidade de conseguir alcançar um nível de remuneração e de satisfação profissional aceitável.

A partir do início dos anos 70, o Sistema de Saúde em Portugal conheceu uma evolução elucidativa do que viria a ser o seu futuro. Com a publicação do Decreto-Lei n.º 413/71 e Decreto-Lei n.º 414/71, também designados por “Legislação de Gonçalves Ferreira”, que veio a marcar as opções doutrinárias para as décadas seguintes e, posteriormente, com a Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro de 1979 que criou o SNS.

Como refere Barros, o principal objectivo nesta década foi a diminuição das barreiras no acesso aos cuidados médicos, quer no financiamento, quer no acesso físico. Assim, o direito à saúde de todos os cidadãos foi estabelecido pelo primeiro Decreto-Lei supracitado, que incluiu um esboço do que viria a ser o SNS ao estabelecer pela primeira vez a criação de “Centros de Saúde” e foi sendo através do segundo Decreto-Lei citado que se organizou de forma completa, o Ministério da Saúde e de Assistência, passando o estado a ter uma responsabilidade tanto pela política da saúde como pela sua execução.

Com esta “Lei de Gonçalves Ferreira” introduzem-se profundas modificações conceptuais e organizacionais e, assim, o Ministério da Saúde vem a ser reestruturado, quer a nível central, como a nível regional, distrital e local. É em 1971 que, a partir dos distritos, se criaram duas estruturas funcionais distintas, mas que se querem complementares: os Centros de Saúde e os Hospitais. Os primeiros, são instalados junto das comunidades, e os segundos, surgem principalmente, como já se disse, nos grandes centros urbanos.

O caso do Hospital Fernando da Fonseca

Depois da revolução de 1974 e com a criação do SNS consagrado em 1979, não existem rupturas significativas na Reforma do Sistema de Saúde. Este facto advém sobretudo de três factores: o reforço, em 1971, da intervenção do Estado nas políticas de saúde; em segundo lugar, à orientação desse novo papel do Estado no sentido de conferir prioridade à promoção da saúde e à prevenção da doença, que constituíam aspectos inovadores naquele contexto político e que recolheriam o apoio das forças políticas e sociais vencedoras, três anos depois, no 25 de Abril; e em terceiro lugar, ao facto de muitos dos principais obreiros desta política terem mantido o desempenho de funções relevantes depois de 1974. (Relatório para a Sustentabilidade do SNS).

A Constituição da República Portuguesa de 1976, na redacção original, veio a estabelecer no artigo 64.º que os cidadãos tinham direito à protecção da sua saúde. Tal tarefa era da competência do Estado, que garantia esse direito fundamental através do SNS, revestindo este um carácter universal, compreensivo e gratuito.

Em 1979, é aprovada a 28 de Junho a Lei n.º 56/79 que cria o Serviço Nacional de Saúde, e é publicada em Diário da República a 15 de Setembro de 1979, era então Primeira-Ministra, Maria de Lurdes Pintasilgo e Secretário de Estado da Saúde, Correia de Campos, que fez os primeiros decretos regulamentares do SNS. Este SNS passou a estar dependente da Secretaria de Estado da Saúde, do então Ministério dos Assuntos Sociais, criado em 1974.

Mais tarde, a revisão constitucional de 1989 introduz duas alterações ao artigo 64.º da CRP. Na frase que qualificava o SNS como “universal, geral e gratuito”, esta última palavra foi substituída pela expressão “tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”. Na interpretação de António Arnault – considerado o “pai do SNS”, uma vez que em 1978 foi designado Ministro dos Assuntos Sociais, Saúde e Segurança Social pelo Primeiro-Ministro de então, Mário Soares – a alteração é inconstitucional. Justifica: “esta expressão é equívoca e é susceptível de uma interpretação, a meu ver inconstitucional, que pode permitir fixar taxas tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos”.

Segundo Arnault, outro ataque ao SNS foi a Lei n.º 48/90, do Governo de Cavaco Silva, que substituiu a Lei n.º 56/79, instituidora do SNS. “Não a revogou, porque não podia, mas modificou-lhe a filosofia”. Foi designada de Lei de Bases da Saúde, não Lei de Bases do SNS, e introduziu uma profunda alteração política e doutrinária: onde a Constituição e a Lei n.º 56/79 diziam que o direito à protecção da saúde é garantido pelo SNS, a Lei n.º 48/90 passou a dizer que é garantido pelo Sistema de Saúde. Ora, isto

veio a permitir acordos com entidades privadas e a gestão empresarial dos Hospitais públicos.

Contudo, o SNS demorou cerca de 10 anos a ser implementado, devido a lutas internas que se registavam entre o Estado e o associativismo ou corporativismo médico. Mais, como o orçamento geral do Estado servia de cobertura a todas as despesas do SNS, foi inevitável o surgimento de debilidades na construção do SNS, quer devido à frágil base financeira, quer à ausência de inovação nos modelos de organização e gestão do SNS. Gerou-se também uma falta de transparência entre os interesses públicos e privados, da qual resultou uma dificuldade de acesso e uma baixa eficiência dos serviços públicos de saúde (OPSS, 2001).

Mesmo com a criação do SNS, nos anos 80 assistiu-se a um maior crescimento do sector privado, e à evolução de mecanismos de seguro, dos quais os denominados subsistemas são exemplos. Nos anos 90, primeiro com a publicação do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde em 1993, e a sua alteração em 1998 (Decreto-Lei 401/98), o financiamento do SNS é revisto. Abre caminho para uma nova forma de contratualizar a relação do segurador com os prestadores, a função pagamento, mas não fica por aqui. Permite agora que exista substituição entre seguro público e seguro privado, mas somente em condições casuísticas.

Em 2002, o então Ministro da Saúde Luís Filipe Pereira, altera a Lei de Bases da Saúde e aprova o Regime Jurídico da Gestão Hospitalar, seguido da publicação dos Decretos-Lei que transformaram 34 Hospitais em 31 Sociedades Anónimas de capitais exclusivamente públicos e os respectivos estatutos. Transforma assim, o estatuto jurídico de Hospitais do Sector Público Administrativo do Estado, cujo estatuto jurídico era de Instituição Pública com autonomia administrativa e financeira, em Sociedades Anónimas de capitais exclusivamente públicos. Este modelo do SNS procurava promover a eficiência do sistema através da criação de um quase-mercado esbatendo as fronteiras entre o sector público e privado.

A ideia de quase-mercado é utilizada quer para retratar a utilização de mecanismos de tipo de mercado como os preços, quer para se procurar tornar os serviços públicos mais idênticos aos do sector privado, nomeadamente, no que se refere à eficiência, escolha, responsabilização e qualidade (Ferlie, Pettigrew, Ashburner e Fitzgerald, 1996). Segundo Appleby (1998), são as considerações de ordem económica, em particular a crença no poder dos mecanismos de mercado, que proporcionam o conjunto de incentivos que conduzem à procura da eficiência.

É possível apontar diversas vantagens associadas com o rumo tomado em Portugal. Em primeiro lugar, é extremamente importante no contexto nacional, o facto de serem 31 os Hospitais abrangidos pela mudança. Significa que a atenção mediática sobre a experiência se dilui por várias entidades. A pressão pública não se encontrava concentrada num único ponto, como sucedia no HFF, em que a concessão de gestão de um Hospital público a um grupo privado era fonte constante de mediatismo. A pressão, por vezes ideológica, sobre a Administração do Hospital e sobre o Ministério da Saúde, com este último a ser acusado repetidas vezes de estar a «privatizar a saúde», levou ao dispêndio de recursos e energias, a rebater acusações, bem como é provável que essa mesma pressão tenha limitado a vontade do poder político em expandir a experiência.

Antes da criação dos hospitais SA, a rede do SNS era constituída por 91 hospitais (19 Centrais; 39 - Distritais; 21 - de Nível Um; 3 - Universitários; e 9 - Psiquiátricos).

Todavia, as críticas e desconfianças de profissionais de vários sectores da saúde marcaram *ad initio* a implementação deste modelo. Assim, em 2005, o novo Ministro da Saúde, Correio da Campos, extinguiu oficialmente a 31 de Dezembro estes Hospitais, passando-os a Entidades Públicas Empresariais. Esta política vem sendo até hoje (2009) prosseguida pela (agora) Ministra Ana Jorge.

2. O Modelo de Contrato de Gestão

Existem diversas modalidades de parceria que podem surgir entre o sector público e o sector privado, sendo que na área da saúde, as que mais se destacam são a concessão, o arrendamento de serviços públicos, o contrato de gestão (HFF) e os contratos de cooperação.

O contrato de gestão constitui um instrumento de natureza concessória que tem por referencial um estabelecimento de saúde prestador (HFF), podendo através dele o Estado associar privados na prossecução do serviço público de saúde com transferência e partilha de riscos e recurso a financiamento de outras entidades. O parceiro privado por suportar o risco acaba por ser muito mais eficiente do que seria o sector público. Contudo, a partilha do risco, com alguma transferência deste, só faz sentido para uma entidade privada se esta tiver, através da sua actividade de gestão, capacidade de influenciar os resultados do Hospital (Barros, 2008). O contrato pode também ter por objecto a concepção, construção, financiamento, conservação e exploração do estabelecimento.

A remuneração do gestor é fixada no contrato, ficando a cargo da entidade pública cedente, podendo variar em função do número de intervenções realizadas. O contrato de gestão reveste assim, a natureza de verdadeiro contrato de concessão de serviço público, embora a sua designação pretenda clarificar que, no âmbito da Saúde, o Estado mantém em maior grau a responsabilidade, designadamente porque é necessário que todos os cidadãos, sem excepção, tenham o acesso a cuidados de saúde através de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) que observe as características de generalidade e universalidade, plasmadas na Constituição, ainda que com o concurso de outras entidades na sua gestão. O contrato de gestão constitui, por isso, a matriz dos instrumentos contratuais para o estabelecimento das parcerias, pelo que os restantes meios de as concretizar o têm por modelo.

3. O Estado regulador

Assumindo o contrato de gestão a natureza de uma técnica concessória, torna-se evidente que o seu regime jurídico esteja ajustado aos traços comuns das concessões de serviço público. O estabelecimento de parcerias com carácter sistemático, impõe numa fase futura uma actividade reguladora que se reveste da maior importância numa área de tão grande sensibilidade como é a saúde, onde se pretende que sejam alcançadas melhores prestações de saúde com menores custos. Assim, à entidade pública concedente cabe regulamentar e fiscalizar a gestão, para assegurar a regularidade, continuidade e qualidade das prestações de saúde como a comodidade e segurança dos utentes.

É unânime, que hoje o Estado não tem de ser obrigatoriamente um prestador directo de serviços públicos, contudo tem de ser um garante da prestação destes, e um regulador das respectivas actividades (Marques e Moreira, 1999).

Ao verificarmos que tarefas públicas são cada vez mais executadas por entidades privadas, não quer obrigatoriamente dizer, que se assista a uma verdadeira retirada do estado, mas antes a uma escolha de uma outra forma de prossecução de tarefas públicas. O que na realidade sucede, é que o Estado permanece “responsável”, mas a tarefa pode ser prosseguida e executada com mais efectividade, eficiência e economicidade se se adoptarem novos padrões de organização. Podemos mesmo dizer, que os papéis e funções desempenhadas pelo Estado sofreram enormes modificações nas últimas três décadas, pois assistimos a uma cada vez maior preferência do Estado por esquemas

reguladores, impondo assim regras públicas sobre actividades privadas de especial sensibilidade comunitária.

A década de oitenta pode ser considerada a década da privatização, e a década de noventa a da regulação, ou seja, existe controlo das escolhas que são feitas por entidades privadas por imposição de regras públicas, precisamente em áreas das quais o Estado se havia retirado.

No entanto, hoje, mais que nunca, é importante realçar que, por muito bom que seja o contrato, ele nunca conseguirá substituir o papel importantíssimo de supervisão que cabe ao Estado Português. Como bem escreve Mónica Oliveira, qualquer melhoria do sistema depende da capacidade reguladora do governo para acompanhar e supervisionar cada conversão e para instituir métodos de cooperação e coordenação e, finalmente, para aperfeiçoar as formas de distribuição de recursos dentro do sector hospitalar (Oliveira, 2003).

4. Gestão Pública e Gestão Privada

4.1. Delimitação de conceitos

Quando se fala de gestão pública, esta abrange toda a actividade da coisa pública. Ou seja, envolve quer pessoas colectivas de direito público, quer pessoas colectivas de direito privado, ou mesmo até pessoas singulares que se encontrem em determinadas situações em relação ao que é público.

Portanto, e quanto às pessoas colectivas de direito público, inclui-se na designação “gestão pública”, tanto a actividade administrativa desenvolvida no exercício de poderes públicos, como a actividade destas entidades regidas pelo direito privado, embora aqui com limitações jurídico-públicas.

Assim, e como bem sublinha José Tavares, “a actividade de gestão pública será uma actividade de administração, de natureza administrativa, financeira e patrimonial, podendo abranger ou não o exercício de poderes de autoridade e podendo ser desenvolvida por pessoas colectivas de direito público ou de direito privado”.

Daqui resulta que todo e qualquer contrato celebrado pela Administração Pública, é considerado contrato público.

Pegando nas palavras de Diogo Freitas do Amaral, “é o regime que resulta da natureza e não o inverso”. Ou seja, não é o regime jurídico que é aplicado ao contrato, que irá determinar a natureza da gestão como pública ou como privada.

4.2.A gestão pública e a gestão privada

Em princípio, qualquer actividade de gestão pública deve prosseguir a satisfação dos interesses públicos, regendo-se por critérios de conformidade com a ordem jurídica, como a boa gestão (eficácia; eficiência). Se a sua natureza da gestão for empresarial, terá fins lucrativos, se a sua natureza for não empresarial, a sua finalidade não será o lucro.

Já a gestão privada, por regra, para prosseguir a sua actividade, tem liberdade quanto aos modelos de gestão.

Mais recentemente, assiste-se com bastante frequência a posições que defendem que é necessário importar para o sector público o modelo de gestão privada, uma vez que este é mais ágil, flexível e racional, justifica-se.

Tal facto parece que tem vindo a suceder no sector da saúde em Portugal, apesar dos sucessivos avanços e recuos a que se tem assistido. Acresce ainda que, “através de variados sinais, a Sociedade tem vindo a revelar crescentes exigências na melhoria dos padrões de gestão, com obediência a princípios de ética de serviço público e de boa governação. Trata-se de uma crescente consciencialização dos cidadãos relativamente ao seu direito de exigir maior transparência, rigor, eficácia e responsabilidade na gestão de recursos públicos” (Tavares, 2005). Já o modelo de gestão pública é frequentemente definido como um exemplo da ineficácia, da ineficiência e da burocracia.

Importa salientar o facto de, tanto no sector público, como no sector privado, existirem bons e maus exemplos de gestão.

No âmbito do sector público, nomeadamente o sector público empresarial, há muito que foram importados modelos de gestão empresarial dos privados. No entanto, temos de reconhecer que até hoje, não existe em Portugal nenhum estudo comparativo global sobre o sector público e o sector privado.

Todavia, seja qual for o âmbito de intervenção do Estado, maior ou menor, nenhuma razão existe para que a gestão pública não seja, como o é já em certos casos, um exemplo de boa gestão.

Em suma, gestão pública não é, à partida, sinónimo de má gestão, assim como gestão privada não o é de boa gestão.

Por força do ordenamento jurídico, a gestão pública, tem obrigatoriamente de pautar-se pelos princípios da boa administração, da economia, da eficácia e da eficiência. Mas,

importa não esquecer que, devido a limitações que são inerentes à sua natureza pública, em que a prossecução do interesse público deve estar sempre presente, há, em comparação com o sector privado, muitas outras exigências especiais que têm de ser observadas, nomeadamente no que diz respeito a procedimentos, ao nível financeiro e no que respeita ao próprio modo de satisfação das necessidades colectivas.

Para rematar, a gestão pública, tem, em comparação com a gestão privada, especiais exigências que a tornam mais complexa, quer nos procedimentos a adoptar como na ponderação de interesses que lhe estão subjacentes. A obrigatoriedade destes procedimentos torna fulcral que exista um rigoroso planeamento da gestão.

A opção de por termo à gestão privada do Hospital Fernando da Fonseca vem contrariar, em absoluto, as declarações do anterior responsável pela área da saúde, o Professor Doutor Correia de Campos, que caracterizou a experiência da gestão privada como claramente positiva, ao ter afirmado na Assembleia da República que “o HFF tem muita qualidade, muito bom serviço, apesar de estar inserido num ambiente social adverso. Porventura, o Hospital mais sujeito a escrutínio a nível nacional, o que é bom. É talvez dos Hospitais que melhor desempenho tem entre nós a nível qualitativo e quantitativo”.

As populações dos Municípios da Amadora e de Sintra parecem ser alvo de uma tomada de decisão que é aparentemente baseada em questões de ordem ideológica e política.

Se tal corresponder à realidade, os seus interesses podem estar a ser relegados para um segundo plano, pois a justificação para a denúncia do contrato não refere desvantagens financeiras ou falta na qualidade do serviço, justifica-se antes que é muito duvidoso que os eventuais ganhos de eficiência compensem os custos administrativos necessários ao controlo público dos contratos de gestão privada.

Numa área da maior importância para o bem-estar dos cidadãos como é a saúde, é necessário que o estabelecimento de parcerias seja feito articuladamente e com uma perspectiva sistemática. Na verdade, não é desejável que a prossecução do serviço público de saúde com recurso a parcerias com outras entidades, em regime de gestão e financiamento privados, seja feita sem que se estabeleçam os princípios gerais a que essas actividades devem estar sujeitas. O sistema de saúde constitui um todo articulado de meios que exige um acompanhamento permanente e uma actividade global de monitorização que permita que a política de parcerias com recurso a gestão e financiamento privados seja correctamente executada.

O caso do Hospital Fernando da Fonseca

O Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto que define o regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamentos privados, refere que “constitui uma das prioridades do Governo (de então) o aprofundamento das experiências inovadoras de gestão de natureza empresarial e de mobilização do investimento não público no sistema de saúde, fazendo participar crescentemente os sectores privado e social nos diferentes modelos e formas contratuais, com vista a obter uma progressiva racionalização das funções financiamento e contratação e da função prestação de cuidados de saúde. Por outro lado, assume particular destaque para a reforma da saúde o estabelecimento, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, de parcerias público-privado através da concessão da gestão de unidades prestadoras de cuidados a entidades privadas ou de natureza social ou pelo investimento conjunto entre estas entidades e o Estado, segundo princípios de eficiência, responsabilização, contratualização e de demonstração de benefícios para o serviço público de saúde”.

As parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados visam, fundamentalmente, obter melhores serviços com partilha de riscos e benefícios mútuos entre as entidades públicas que têm a responsabilidade pelos serviços públicos e outras entidades que se lhe associam com carácter duradouro.

Este Decreto-Lei de 2002 defende uma política de saúde completamente diferente da defendida em 2008 pelo executivo em funções. Podemos facilmente observar as diferenças ideológicas vigentes em 2002, em que exercia funções um governo do PSD e, em 2008, em que exercia funções um governo do PS.

É importante que as decisões sejam tomadas não pelas ideologias defendidas por quem se encontra no poder em certa altura governativa, mas antes, e, principalmente na saúde, por questões onde se salvaguarde os superiores interesses dos cidadãos.

O HFF é hoje considerado um exemplo no que diz respeito a requisitos de qualidade. Foi o primeiro Hospital Português a ser certificado pelo prestigiado King's Fund Health Quality Service (1999), sendo também o primeiro Hospital a ser reacreditado por esta mesma entidade. Para além disto, obteve a primeira acreditação no âmbito do Programa Nacional de Acreditação de Hospitais (PNAH) em 2002, obtendo a segunda acreditação em 2005 e prevê-se que venha a obter uma terceira acreditação durante o ano de 2009.

Com a extinção do contrato de gestão, por caducidade decorrente da sua denúncia para o termo do prazo, foi retomada a 1 de Janeiro de 2009 a gestão pública do estabelecimento hospitalar correspondente ao HFF, justificando-se assim que a pessoa colectiva criada pelo Decreto-lei n.º 382/91, de 9 de Outubro, seja transformada em

entidade pública empresarial (EPE) de acordo com as opções quanto ao modelo de gestão dos hospitais públicos.

5. Hospital EPE (desde Janeiro 2009)

Importa abrir uns parênteses para evidenciar algumas das características que definem um Hospital EPE, uma vez que são estas que vão caracterizar o HFF a partir de 2009.

A constituição de um Hospital EPE é feita por Decreto-Lei, sendo a titularidade pública e o capital estatutário o elemento patrimonial predominante. Em princípio, o regime jurídico aplicado é de direito privado, segundo o art. 7.º n.º1 do Regime do Sector Empresarial do Estado. Segundo este regime, a tutela é governamental, tanto economicamente como financeiramente, aplicando-se as regras de tipo tutelar do Regime Jurídico da Gestão Hospitalar (Lei n.º 27/2002 de 8 de Novembro).

Aplica-se ao gestor do Hospital o estatuto dos titulares de órgãos de gestão nomeados pelo Estado e, portanto, o gestor é um gestor público.

Relativamente ao regime de contratação existe uma sujeição inequívoca ao Decreto-Lei n.º 59/99 (empreitadas e concessões de obras públicas) e, existe também, uma sujeição controvertida ao Decreto-Lei n.º 197/99.

O controlo financeiro da entidade implica uma fiscalização sucessiva e concomitante (Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas e Lei n.º 14/96) e o regime financeiro aplicado, é idêntico ao aplicado às empresas privadas. Ao regime de pessoal, é aplicado o direito privado, mas com a possibilidade de mobilidade de funcionários e agentes, de, e para a empresa.

Para finalizar, neste género de entidades existe uma sujeição ao regime tributário em vigor para as empresas privadas e, estas, não estão sujeitas ao regime geral do art. 2.º 2 alínea a) do Código da Insolvência, por outras palavras, existe uma impossibilidade legal de insolvência nos Hospitais EPE, mas que era teoricamente possível nos Hospitais SA's.

No dia 13 de Fevereiro de 2008, o Ministério da Saúde publicou o despacho n.º 3596/2008 que criou um grupo de missão para definir um modelo de avaliação dos gestores dos Hospitais EPE e, de seguida, a 19 de Março de 2008, o Primeiro-Ministro José Sócrates num debate na Assembleia da República, anunciava então o fim da gestão privada nos hospitais públicos.

Aparentemente desligadas, estas duas decisões têm muito em comum. Como refere Manuel Delgado, reputado Administrador Hospitalar, “revelam, desde logo, a firme

vontade política de valorizar a gestão pública dos hospitais, torná-la prestigiada e exigente, mas também revelam a confiança num modelo de gestão que tem mostrado virtualidades e margem de progressão face ao anterior modelo público (Hospitais SA's), ineficiente e burocrático”.

Parece óbvio, que a avaliação dos gestores hospitalares tem já sido feita implicitamente, quer pelo percurso que os Hospitais que gerem vêm fazendo, quer pelo papel desses profissionais nos seus sucessos ou insucessos.

No entanto, é verdade que por vezes as aparências iludem e se utilizam critérios de apreciação pouco técnicos, muitas vezes redutores e alheios aos meios excepcionais que pessoas em situações privilegiadas propiciam, ou, estrategicamente, recusam.

Em declarações no dia 29 de Janeiro de 2009, a Ministra da Saúde considerava mesmo que o principal problema do sector tem a ver com o modo como ele está organizado e, acredita que a principal causa de muitos dos problemas existentes nos Hospitais se deve “aos administradores e aos directores de serviço dos Hospitais” porque, justifica, “são estes os grandes responsáveis pelo funcionamento do serviço hospitalar e por envolver os seus profissionais”. Ana Jorge afirmou ainda que para combater este problema é necessário um maior envolvimento e mais criatividade das Administrações e dos Directores dos Hospitais.

Sem prejuízo da concordância com as afirmações feitas, entende-se que é necessário ir mais fundo. Podendo não ser politicamente correcto, importa reconhecer que o problema é mais grave. Os critérios de confiança político-partidária parecem sobrepor-se a critérios de racionalidade gestonária. Aliás, destaca-se a afirmação proferida pela Comissão para a Avaliação dos Hospitais SA, quando esta refere que é uma ameaça “ a politização excessiva das Administrações, pois gera uma instabilidade na execução de projectos a médio/longo prazo”.

Assim, o sistema de avaliação dos Conselhos de Administração não avançou mais cedo, boicotado por muitos dos visados. Tal facto, não sucede no sector privado, uma vez que um Administrador tem, preferencialmente, de cumprir os objectivos que todos os anos são fixados pelos accionistas e, portanto, pelo grupo, sob pena de poder vir a ser afastado. Caso um gestor privado cumpra os resultados, os accionistas, se assim entenderem, podem premiar e valorizar da maneira que quiserem. Ou seja, podem reconhecer que o trabalho foi bem feito, depois o que fazem é da decisão de cada um. Se o contrário suceder, ou seja, o gestor não apresenta resultados, está sujeito a ser

dispensado ou demitido. Sabemos todos que na função pública são outros os procedimentos.

Portanto, quando Hospitais Públicos exigiam as mesmas condições que tinha o Hospital Fernando da Fonseca, que era gerido pela Sociedade Privada, tinham de exigir condições idênticas, gerais e totais, colocando o desafio exactamente no ponto certo, porque parece ser esta a questão: Quando uma empresa pública dá prejuízo, quem é que suporta o prejuízo? São os contribuintes. Quando uma empresa privada dá prejuízo, quem é que o suporta? Os accionistas. Este facto parece constituir uma diferença fulcral. Para além destas circunstâncias e dos critérios de oportunidade política ou social que podem condicionar significativamente a gestão de um Hospital, serão sempre bem recebidas medidas que visam criar um conjunto de critérios objectivos de avaliação para os gestores de topo dos Hospitais.

Todavia, é absolutamente necessário ter em atenção a necessidade de se utilizar escrutínio proporcionalmente semelhante para a avaliação das Direcções de Serviço, de Departamento ou de Centro de Responsabilidade.

Numa hierarquia de responsabilidade, a ausência de um sistema de avaliação para estes, torna aleatória a avaliação daqueles. Parece unânime que o modelo EPE – relativamente ao modelo SA – tornou mais flexível e responsabilizante o papel das estruturas intermédias de gestão, mas essa “cultura de resultados” ainda não se verifica na grande maioria dos serviços dos Hospitais.

Assim, é de sobejá importância alargar a todos os profissionais de saúde, médicos, enfermeiros, técnicos, administrativos e auxiliares, operacionais ou dirigentes, um modelo de avaliação que identifique o mérito e retire daí as devidas consequências (remuneratórias, de progressão e até de emprego).

Se, sem qualquer facto explicativo, o executivo optasse por considerar alguns dos gestores incompetentes, tal procedimento poderia permitir uma de duas soluções: a privatização dos serviços (propriedade e prestação) ou a contratação de entidades gestoras para organizarem e gerirem directamente a prestação em nome do Estado. Este Governo prefere agora o modelo das iniciativas financeiras privadas (PFI) na área da saúde, iniciado no Reino Unido, nos finais da década de 90.

Optou assim pela iniciativa privada no financiamento da construção de novos hospitais, mantendo pública a gestão de todos os componentes da prestação clínica. Assim, torna-se óbvio que o caminho que o actual governo quer percorrer nos Hospitais Públicos

portugueses é o do fortalecimento e prestígio dos gestores públicos, dando-lhes mais autonomia, competências adequadas e tornando exigente e transparente a sua avaliação. Não parece que o que esteja em causa com esta medida seja a qualidade e o bom desempenho de anteriores experiências de gestão privada de Hospitais Públicos, nem tão pouco a legitimidade e até a necessidade de existirem Hospitais Privados bem dimensionados, diferenciados e autónomos, porque estes, devem ter o seu espaço e o seu mercado, podendo ainda estabelecer acordos com o SNS para prestar cuidados aos seus beneficiários.

Quem, distorcendo a realidade, vê, ou a gestão privada do sector da saúde como a solução para todos os males, ou a gestão pública como o único garante de um SNS universal e equitativo, encara geralmente este tipo de decisões como uma derrota ou uma vitória. A realidade é menos dicotómica e o interesse público continua a necessitar do contributo de ambos os sectores.

Contudo, entende-se que ambos os sectores têm muito que aprender um com o outro, e o sector privado deveria não só ser complementar do sector público, como concorrencial deste (sistema de natureza mista), porque só assim se premeia a excelência na gestão e nos resultados. Só deste modo o dinheiro dos contribuintes será aplicado de uma forma mais rigorosa. Assim, para se atingir os níveis da desejada competitividade potenciadora de melhores cuidados de saúde, será necessário, em primeiro lugar, que os privados sejam efectivamente considerados, pelo Estado, como parceiros, em toda a amplitude da palavra, para que possam ser de forma equitativa, objecto da livre escolha do cidadão. Esta liberdade de escolha que o doente gozará, é a base de um sistema de saúde optimizado, eficiente, de qualidade fraterno e humanizado.

Dever-se-ia, portanto, promover a complementaridade de instituições públicas e privadas existentes, a sua organização, funcionamento e forma de financiamento, bem como reflectir sobre a forma de ser e estar dos profissionais de saúde, no contexto das organizações, e acima de tudo, dar conhecimento às populações e proporcionar-lhes condições de forma a poderem ser enquadrados numa política de saúde, orientada para leis de mercado, onde a qualidade da oferta, a qualidade dos serviços, a qualidade dos profissionais possa ser escolhida pelas populações, com ganhos tanto para o Estado como para a Saúde de todos.

A Constituição da República Portuguesa, refere no seu art. 64.º que incumbe prioritariamente ao Estado disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da saúde, articulando-as com o Serviço Nacional de Saúde, para desta forma assegurar,

quer nas instituições públicas quer privadas de saúde, que são praticados padrões de eficiência e de qualidade adequados. Daqui pode retirar-se a ideia de que o sector privado em Portugal, não é, nada mais, nada menos, do que complementar do sector público. No entanto, hoje, até o National Health Service (NHS), de Inglaterra, tido como o paradigma de um Serviço Nacional de Saúde e que está na base do modelo adoptado por Portugal, realiza, à semelhança do que aconteceu noutros países, profundas alterações com um só rumo: a liberalização da escolha do prestador dos serviços de saúde. Desde 2006, os doentes podem escolher entre 4 unidades de saúde públicas ou privadas e, a partir de 2008, a liberdade de escolha é total, incluindo mesmo a escolha do clínico geral.

Na Alemanha, país considerado o motor da economia Europeia, o sector privado é responsável por cerca de 30% da prestação de cuidados de saúde, e aponta-se para que em 2015, caberá aos privados 50% deste sector. Neste país, a separação entre prestador e financiador já é histórica e, justifica-se, que só assim se consegue assegurar a sustentabilidade económico-financeira do sistema, até porque o objectivo é fazer com que até 2010, 80% dos Hospitais actuem em rede.

Em França, já se vai mais longe. No Sistema de Saúde Francês, considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como o melhor do mundo, o Estado exerce um papel central, ao controlar as relações entre as diversas instituições financeiras, os médicos e os pacientes. A partir 1996, o Parlamento Francês decide sobre o montante de verbas a ser destinado às seguradoras públicas de saúde, às quais estão ligados mais de 60% dos Franceses. O restante da população possui planos de saúde especiais, com diferentes tabelas de custos e coberturas.

São contextos onde há liberdade total de escolha para o paciente. Deste modo, quem fica doente, pode decidir se procura um clínico geral ou se vai directamente a um especialista. Alguns gastos por parte do assegurado, como o pagamento adicional pelos medicamentos, são muito altos: em muitos casos, o paciente poderá ter de suportar até 70% destes custos. Por outro lado, as contribuições para o plano público de saúde são pagas praticamente pelo empregador. Os empregados são obrigados a destinar apenas 0,75% de seus salários às seguradoras.

Como o presente trabalho não versa sobre o estudo dos diferentes sistemas de saúde, ao descrever brevemente o melhor sistema de saúde do mundo, apenas se pretende esclarecer a seguinte problemática: se a acessibilidade aos cuidados de saúde pudesse ser feita em Portugal, em pé de igualdade, entre o sector público e o sector privado,

como sucede em França, possivelmente, devido ao facto de ser introduzida concorrência entre os sectores, o SNS só teria a ganhar. Defende-se isto porque os Hospitais para se manterem abertos, necessitariam de captar utentes e, portanto, ambos os sectores, teriam de ser bastante mais eficientes, eficazes e produtivos do que são actualmente.

O conceito de produtividade “fazer mais com menos” remonta dos tempos da administração científica de Taylor (1911), onde o estudo dos tempos e movimentos de tarefas simples tinha por objectivo estabelecer critérios de avaliação da produção em termos de número de peças produzidas por hora.

Reconhece-se que esta opção poderia levar a uma questão muito complexa. Eventualmente, poderiam fechar alguns Hospitais Públicos – o que não quer dizer que não pudessem fechar Hospitais Privados pelo facto dos Hospitais Públicos passarem a ser mais eficientes que estes – no entanto, certamente que se criaria um ambiente novo, que premiaria a excelência na gestão e os resultados. Todavia, por outro lado, a acessibilidade a cuidados de saúde, aumentava consideravelmente.

Sinais evidentes que os cidadãos procuram, de facto, alternativas ao SNS, traduzem-se no assinalável crescimento dos seguros de saúde privados, que cobrem já cerca de 20% da população portuguesa, bem como na forte valorização que os beneficiários dos diversos subsistemas de saúde (que representam cerca de outros 20%) lhes atribuem. Em ambos os casos, significam pagamentos adicionais aos impostos para o financiamento dos seus cuidados de saúde, o que é bem revelador da insatisfação com o SNS, ou do reconhecimento de falhas no SNS.

Pela matriz de base da constituição do Serviço Nacional de Saúde, como já se afirmou, o Estado assume a prestação dos cuidados de saúde e os privados são complementares. Mudar isso é, como refere Artur Vaz, Administrador Hospitalar, em primeiro lugar, uma questão ideológica e, em segundo, uma questão operacional. Refere que “ainda não se alterou porque falta capacidade ao Estado para fiscalizar uma série de factores”. Parece que na realidade, neste momento o Estado quer controlar o consumo de recursos com saúde e “assusta-se” quando lhe sugerem, por exemplo, dar liberdade de escolha ao doente (poder ir ao público ou ao privado e pagar o mesmo).

Em Portugal, na verdade, sucede que já se gasta mais de 10% do nosso PIB com a Saúde. Pode justificar-se que este facto deve-se ao PIB português ser pequeno. Contudo, o PIB dinamarquês ou luxemburguês também são pequenos, todavia, não chegam a este valor, portanto, este argumento não parece suficiente.

Importa fazer três comentários. Primeiro, este facto pode suceder porque nós enquanto comunidade, podemos definir a saúde como a prioridade sobre todas as outras prioridades, assumindo que se irá canalizar mais recursos para esta área em detrimento de outras. Segundo, tem de se ter a noção que quando comparamos Portugal com outros países, quer em relação à despesa, em geral, quer em relação à despesa pública e dos privados, tem de existir a consciência que se gasta mais do que a média da União Europeia. Portanto, em terceiro lugar, torna-se necessário dizer de forma clara aquilo que o SNS pode dar e o que não pode dar. Sendo estes valores de referência, parece evidente que em Portugal se gasta muito dinheiro, para os resultados que são obtidos. Portanto, parece que alguma coisa terá necessariamente de mudar. Como refere e bem Vital Moreira, “os piores adversários do SNS não são os liberais que preconizam o mercado e a liberdade de escolha na prestação de cuidados de saúde. O que mais mina a sustentabilidade política e ideológica do sistema público de saúde é a ineficiência e o desperdício, sobretudo quando comparados com o sector privado”. Quando Hospitais do SNS não conseguem competir com os privados no fornecimento de cuidados de saúde aos "subsistemas", ou existe deficiente alocação contabilística de custos ou existe ineficiência e défice de produtividade.

6. O caso do Hospital Fernando da Fonseca, vulgo Amadora-Sintra

Realizado o Concurso Público Internacional e a atribuição da gestão do HFF a uma entidade privada, a HAS-SG, foi celebrado o contrato entre a ARSLVT e a HAS-SG no dia 10 de Outubro de 1995, para entrar em vigor no dia 1 de Novembro desse ano.

Contudo, efectivamente, só no dia 1 de Janeiro de 1996 a Sociedade Gestora assumiu plenamente a gestão do Hospital.

O contrato era válido por um ano e renovável por iguais períodos, no entanto, não podia ser denunciado nos primeiros 5 anos, excepto se houvesse justa causa. O contrato era também bastante minucioso, uma vez que dispunha de 50 cláusulas, e enumerava os diversos tipos de compromissos assumidos pela Sociedade Gestora com a tutela.

Uma vez que este Hospital era parte integrante do SNS, criado e gerido pelo Estado, como já fizemos referência anteriormente, este contrato estabelecia, entre muitas outras coisas, os resultados esperados, os meios financeiros, e as regras que condicionariam a administração a certas formas de organização e de procedimentos.

A retribuição ao concessionário era praticada por unidade de produção, ou doentes tratados em internamento, com acesso às consultas ou assistidos na urgência, sob a

forma de duodécimos; o investimento inicial foi totalmente financiado pelo Estado, mas não foi previsto qualquer mecanismo de renovação; após uma hesitação inicial, foi criado um quadro de pessoal privativo do Hospital concessionado a fim de garantir estabilidade de emprego aos profissionais; a retribuição ao pessoal é baseada nos escalões da função pública, mas pode ultrapassá-los e admite prémios anuais; a hierarquia empresarial foi clarificada e está bem definida; pratica-se verdadeira gestão por objectivos e metas, incluindo a área clínica; foi aberta a possibilidade de contratação interna de MCDT a empresas de profissionais de saúde, independentes da concessionária, mas por ela participadas; as aquisições de bens de consumo fazem-se por regras de direito privado (Portugal. INA, 1999).

Portanto, embora este modelo de gestão privada plasmasse alguma flexibilidade, ela parece não ter os níveis de autonomia que caracterizavam a gestão privada.

Este contrato de gestão na área hospitalar foi sem sombra para quaisquer dúvidas uma inovação, e apareceu no fim da linha de um Governo – o do PSD – mas iniciado no início de outro ciclo – o do PS – e, portanto, o ambiente social e político que rodeou o aparecimento da gestão privada no HFF não foi preparado de forma a traduzir da melhor forma um benefício e uma inovação para a sociedade.

A Ministra de Saúde de então, Maria de Belém Roseira, não considerava este modelo oportuno não só por razões ideológicas, como por razões que foram por muitos enumeradas, como a dificuldade do acompanhamento que era efectuado através das estruturas tradicionais da administração pública, nomeadamente pelo Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF), pessoa colectiva de direito público dotada de autonomia administrativa e financeira sob a tutela do Ministério da Saúde. Este Instituto é o serviço personalizado do Ministério da Saúde, responsável, a nível central, pelo estudo, orientação, avaliação e execução dos Sistemas de Informação e pela gestão dos recursos financeiros do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Na altura chegou-se à conclusão de que não faria qualquer sentido recuar, suprimindo um modelo inovador, mas antes aproveitar a experiência, para artilhar a administração pública da saúde com novos e melhores meios de regulação e controlo do sistema.

A Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto), logo no primeiro artigo, estabelece que é um direito dos indivíduos e da comunidade a protecção da sua Saúde e, que esta se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado. Mais, na base III deste diploma, o Estado caracteriza a legislação sobre saúde de interesse e ordem públicos, e na base IV refere que o Estado actua através de serviços

próprios, celebrando acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados, e apoia e fiscaliza as restantes actividades privadas nas áreas da saúde, para a efectivação do direito à protecção da saúde, sendo que na Base XII atribui ao SNS a responsabilidade global pela protecção dos direitos dos cidadãos que estão constitucionalmente garantidos.

Em 1997, o Grupo de Trabalho sobre o Estatuto Jurídico do Hospital, coordenado por Vasco Pinto dos Reis, concluiu a sua análise, propondo que «[...] qualquer novo modelo de estatuto a ensaiar nos Hospitais do SNS, mantendo-os na propriedade pública, os deverá afastar de modelos do tipo do burocrático-administrativo que predomina na actividade do Estado [...] Em termos estatutários, o Hospital deverá aproximar-se da figura de instituto público com natureza empresarial e com adequada autonomia de gestão, com possibilidade de, em diferentes domínios, se regular por normas de direito privado e ser fortemente responsabilizada» (Portugal. Ministério da Saúde. DEPS, 1997); (Campos, 2000)

O Decreto-Lei n.º 185/2002 de 20 de Agosto, define o regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamentos privados, e veio revogar os artigos 28.º, 29.º, 30.º e 31.º da Estatuto do SNS. Este decreto vem para além de regular, permitir a gestão de estabelecimentos do SNS através de contratos de gestão.

O contrato de gestão do Hospital Amadora Sintra constituiu a primeira aplicação dos artigos 28 e 29 do Estatuto do SNS, e foi um caso de uma parceria público-privado. Salvador de Mello, Presidente do Conselho de Administração da José de Mello Saúde (JMS) referiu em tempos, que “este modelo de gestão é uma verdadeira parceria com as autoridades públicas de saúde, em que existem objectivos comuns, obrigações recíprocas a cumprir rigorosamente e cujo relacionamento se deve pautar, sempre por um clima de confiança mútua”. Podemos dizer que, muito deste caminho foi percorrido ao longo dos 12 anos em que a Sociedade Gestora esteve à frente do Hospital, mas muito ficou por percorrer, até porque surgiram diversos diferendos com a ARSLVT que levaram a que existisse bastante “sofrimento mútuo”.

O Estado, ao contratar desta forma com a Sociedade Gestora, desenvolveu uma perspectiva muito reformuladora e inovadora, de promoção de uma estrutura organizacional descentralizada, utilizando para isso um Hospital novo, onde fosse exequível ensaiar o novo modelo de gestão de um Hospital Público, nas melhores condições de adesão possíveis dos colaboradores.

O caso do Hospital Fernando da Fonseca

Elemento base e fulcral de todo este contrato era a existência de um tecto orçamental para o funcionamento do Hospital. Assim, a Sociedade Gestora, recebia um financiamento que se designa de “envelope fechado” ou, se se preferir, pagamento prospectivo, que é estabelecido de acordo com a produção esperada. – mais adiante, abordaremos a questão do financiamento mais aprofundadamente, até porque inerente a ele vieram diversos problemas, uma vez que a população aumentava anualmente, o que fazia com que as previsões de financiamento não fossem correctas, fazendo com que a Sociedade Gestora acumulasse sucessivos déficit’s – Inicialmente o Hospital teria sido pensado para servir aproximadamente 300 mil habitantes e, hoje, na realidade, serve mais do dobro.

Assim, o montante global, representava o volume orçamental que estava disponibilizado para o ano em curso, porém acautela-se a possibilidade de compensação financeira, para o caso da produção efectiva que foi realizada pelo Hospital, superar a prevista.

Por isto, todos os anos a Sociedade Gestora, tinha de fazer à ARSLVT uma proposta que consistia numa revisão dos actos a contratar, em função da nova procura esperada, justificando coerentemente o porquê, para depois ser negociada pelas partes. Foi, este processo a que se faz referência, e que se pode designar de processo de revisão, que ao longo dos diversos anos da vida do Hospital sob gestão privada, gerou um foco de constantes divergências entre as partes. Estas dificuldades estenderam-se também ao nível da supervisão e do controlo, daí resultarem constantes discrepâncias entre os avaliadores e os gestores.

Para garantir que tais factos não se repitam, parece ser necessário que estes contratos que per si são complexos, comecem agora a ser também mais específicos e completos. A Saúde é uma área com muitíssimas especificações e em evolução constante, por isso, nem todas as situações podem ser tipificadas num contrato, daí haver sempre pequenos (por vezes vêm a revelar-se enormes) hiatos nos contratos. Para evitar situações ambíguas, estes contratos devem procurar ser tanto quanto possível, completos.

É interessante fazer uma pequena reflexão quanto ao modelo de financiamento.

Quando uma equipa de gestão tem de gerir uma grande organização, como é um Hospital, certamente das mais complexas que pode existir, e o tem de fazer por meio de “envelope fechado”, isto faz com que automaticamente exista a obrigação de gerar ganhos de eficiência, contenção de gastos, e que sejam praticadas aquisições a melhor preço, ou seja, que existam melhores resultados. Parece impensável num modelo destes, o contrato ser de “envelope aberto” ou, se se preferir, pagamento por reembolso, como

sucedem habitualmente nos Hospitais Públicos, em que só depois de gasto o montante orçamentado se endossa os acréscimos à tutela.

A principal forma de financiamento dos Hospitais em Portugal é feita através de um orçamento prospectivo, ou seja, um orçamento que é baseado nas actividades ou funções do Hospital. Então uma questão parece colocar-se: não seria positivo se o orçamento dos Hospitais Públicos fosse em “envelope fechado”, uma vez que haveria pressão para a apresentação de resultados, para uma melhoria cada vez maior e para a prestação de cuidados de saúde de topo?

A melhor resposta parece ser a defesa de um sistema de pagamento intermédio. Como Barros bem afirma, este sistema apresenta pelo menos dois argumentos a seu favor. Se por um lado, deve existir um balanço entre a introdução de incerteza financeira no Hospital e incentivos à eficiência, por outro, salvaguarda-se a natureza da relação existente entre o decisor básico, o médico, face aos interesses do Hospital e do doente. É por tudo isto, que é importante verificar se a gestão pública tem ou não tem nada a aprender com a gestão privada e, se tem, onde?

6.1.A missão do Hospital Fernando da Fonseca e algumas das dificuldades inerentes à sua prossecução

Para a Sociedade Gestora, a missão do HFF era “promover a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, de qualidade distintiva, proporcionando às pessoas que necessitam dos serviços do Hospital a satisfação necessária para essas mesmas necessidades”. Pretendia-se a satisfação das necessidades, encontrando soluções de maneira satisfatória, aliás, com elevado grau de satisfação. Mas a missão não se esgotava aqui. Era necessário encontrar um ambiente em que os profissionais que trabalham no Hospital se sentissem realizados com o trabalho que desempenhavam em condições muito particulares. Isto idealmente deve suceder não só no HFF como em qualquer outro hospital.

Num Hospital lida-se com a vida e com a morte todos os dias, está-se em condições limite permanentemente, ou seja, o estado emocional da equipa é directamente proporcional ao estado emocional das pessoas que o procuram. Assim, o doente está numa situação fragilizada, a família do doente que está no Hospital em situação altamente fragilizada também se encontra numa situação emocionalmente muito instável, porque é um seu ente querido que se encontra doente.

O caso do Hospital Fernando da Fonseca

Os profissionais, na prática da sua profissão, procuram restabelecer o bem-estar do doente, muitas vezes procurando salvar a vida do utente. Tudo isto gera situações a nível do stress na organização, muito elevado. Estão assim os profissionais com níveis elevados de stress, e as pessoas do outro lado, psicologicamente instáveis, porque estão fragilizados, estão doentes, situação que não é a mais agradável da vida, pelo contrário. A fragilidade da situação leva a que tenha de existir grande cuidado na relação, e na gestão da componente do pessoal. Acresce a isto o facto de serem quadros altamente diferenciados.

É raro haver uma empresa que possua tão elevado número de licenciados, mestrados e doutorados, nas mais diversas áreas, não só na área médica. Hoje, porque o número de licenciados cresceu exponencialmente, a diferenciação nada tem a ver com o que se passava há alguns anos.

É a particular capacidade para gerir estes activos, as pessoas, que determinam a maior ou menor capacidade para atingir os objectivos.

A questão não é a dos gestores privados serem melhores ou piores que os do sector público. É unânime que o ambiente em que se gere o sector público é um ambiente mais difícil que o que se gere em sector privado, uma vez que faltam ferramentas para se poder gerir com eficiência, com qualidade, e para se poderem tomar decisões em tempo útil.

É fulcral responsabilizar efectivamente as pessoas premiando quem tem bom desempenho, e, pelo contrário, assinalando devidamente quem não cumpre com os objectivos. É esta dificuldade em criar um ambiente em que as pessoas que se diferenciam pela positiva se sintam remunerados, incentivados a seguir esse caminho e, pelo contrário, quem, por que razão for, não cumprir o caminho, então deve ser penalizado, que ajuda a “minar” de certa forma as organizações públicas.

Um Hospital parece ser das empresas com maior complexidade e, portanto, difícil de gerir.

Uma breve caracterização da zona de influência do HFF ajuda a entender isto mesmo. As características demográficas da população que é abrangida pelo Hospital mudaram bastante. Assistiu-se a um aumento da população residente. População essa que por agrupar indivíduos de origens étnicas distintas ainda aumenta mais a complexidade do assunto, associado aos problemas sociais graves que são a realidade de algumas das áreas de influência do Hospital, a que se soma a ausência de censos recentes. A Tx de Natalidade registada nos Concelhos de Amadora e de Sintra, por ser superior à média

nacional, também pressiona o aumento da procura do HFF, para além do facto da área de actuação do Hospital ser um destino de imigração, porque o que sucede frequentemente, é que por já lá estarem indivíduos da mesma nacionalidade, os que chegam, porque vêm para um país estrangeiro, procuram juntar-se aos seus. Para finalizar este assunto no que à complexidade de gestão que este Hospital acarreta, tem de se somar uma característica única e complexa, uma vez que os documentos emitidos pelo Hospital aos utentes podem ser produzidos em três línguas completamente distintas, como são o Crioulo, o Português e o Ucraniano. Esta dificuldade foi minimizada pela criação de uma equipa de apoio, que tinha como finalidade interpretar estas línguas. Mais, culturas diferentes, pressupõem naturalmente costumes diferentes, o que obrigou a correcções de alguns procedimentos médicos.

6.2.Os princípios e os valores associados ao desempenho da missão no HFF

Defende-se que o valor fundamental que tem de existir num Hospital é o respeito pela vida humana. Tem que existir um respeito pela pessoa e pelo indivíduo. E eram estes valores que a HAS-SG procurava que fosse sentido, porque diz-se, e com razão, que os Hospitais, a maior parte das vezes, são organizações muito impessoais, ou seja, há uma falta de humanidade no tratamento das pessoas.

Os próprios profissionais ao lidar no dia-a-dia com situações muitas das vezes de sofrimento têm de encontrar mecanismos de defesa, para não estarem permanentemente envolvidos, criando uma máscara, um mecanismo de auto-defesa, mesmo que involuntário. Se tal não suceder, o profissional está permanentemente envolvido em situações, algumas delas dramáticas.

Deve tentar-se assim encontrar um equilíbrio, em que o tratamento dado às pessoas seja um tratamento caloroso, humano, que não passa só por excelentes condições técnicas, porque isso, todos os profissionais – ou a grande maioria deles – são excelentes profissionais. Muitas vezes o que falta é aquela palavra, aquele contacto humano, o carinho que faz a diferença, que faz com que a pessoa se sinta humana, alvo de uma atenção.

A **visão** da HAS-SG para o HFF era fazer deste o Hospital Público de referência do SNS, sendo que para atingir tal patamar, foram delineadas 3 fases:

1ª Fase: Projecto Mudança (2005-2006) – Consistia no aumento do trabalho, da actividade do Hospital, visando o aumento da produção. Mas também se propunha a aumentar a satisfação dos utentes e dos colaboradores.

2ª Fase: Projecto Eficiência (2007-2008) – Actividade mas a que custo. Introduzir medidas de eficiência sem por em causa todos os ganhos feitos até então, nem diminuir a actividade. Ou seja, era a noção de custo, mais do que a noção de tempo. Incluía também o reforço da eficácia, da qualidade e o contínuo aumento da satisfação de utentes e colaboradores.

3ª Fase: Projecto Excelência (2009-2010) – A actividade continuava a ser importante, tal como os critérios de eficiência, eficácia e qualidade. Ou seja, a excelência como diferenciação em termos dos melhores processos, dos melhores circuitos operacionais, dos melhores benchmark, das melhores práticas internacionais. E, como sempre, o aumento da satisfação de utentes e colaboradores.

Este último Projecto pretendia alcançar a qualidade a tal ponto, que distinguisse este Hospital de todos os outros.

7. Metodologia

O propósito deste trabalho situa-se na problemática da gestão pública e da gestão privada, nomeadamente, se aquela pode aprender com esta.

A metodologia empregue neste trabalho foi a do estudo do caso. Ela é particularmente apropriada para pesquisadores individuais, pois dá a oportunidade para que um aspecto de um problema seja estudado em profundidade dentro de um período de tempo limitado. (Bell, 1989).

Tem-se por objectivo estudar como é que a problemática atrás referida se verificou neste projecto pioneiro na gestão da saúde em Portugal, para além de mostrar os exemplos e os instrumentos criados para a aplicação deste modelo.

No entanto, e porque nunca foi feita uma avaliação objectiva desta experiência (o único trabalho conhecido traduz-se num trabalho de consultoria), foi também imprescindível a recolha bibliográfica sobre temas que recaiam sobre o âmbito da gestão de um Hospital.

A recolha de dados foi desde a leitura de obras de referência, que nos fornecem o enquadramento teórico necessário, ainda que o trabalho prático o possa vir a contradizer, até à análise documental de grupos de trabalho que, criados para avaliar experiências nesta área, se revelaram fundamentais, bem como entrevistas semi-

estruturadas que foram feitas ao vértice estratégico da organização, uma vez que só conhece realmente a realidade quem trabalha neste sector.

Contudo, este método apresenta vantagens, mas também inconvenientes. Da análise da documentação e dos arquivos, logramos exactidão, estabilidade e abrangência. Nas entrevistas, podemos focar-nos directamente no estudo do que pretendemos, e da observação directa e participativa, obtemos actualidade e contextualização. Mas as fontes também têm desvantagens. Quando são documentos e arquivos, geralmente são de difícil acesso e o relatório é influenciado pelos preconceitos do(s) autor(es). Nas entrevistas, questões mal elaboradas, respostas parciais ou influenciadas, inadequações (erros de memória) ou respostas dadas por parte do entrevistado, só para agradar ao investigador, podem também constituir desvantagens do método, bem como a observação directa e a participativa, porque consomem muito tempo, são selectivas, influenciáveis e, na segunda, poderá existir uma manipulação por parte do investigador. O julgamento a respeito de um método numa determinada pesquisa depende de dois factores: o relacionamento entre a teoria e o método; e como o pesquisador lida com as potenciais deficiências do método. (Hartley, 1994).

8. Indicadores importantes na gestão de um Hospital

8.1. Eficiência

Quando se fala de eficiência, utiliza-se um conceito que apresenta diversas leituras, sendo usual a utilização de pelo menos três. Por ordem de abrangência, apresentam-se a eficiência tecnológica, a eficiência técnica e a eficiência económica.

A primeira refere que para atingir um determinado resultado, existem diferentes combinações possíveis de utilização de recursos produtivos. Ou seja, para a prossecução dos resultados que pretendemos, vários caminhos podem ser delineados.

Assim, a concretização desta eficiência realiza-se quando o Hospital produz o máximo que pode para um determinado número de factores de produção. Ou, se se preferir, “quando para se atingir um determinado nível de produção que se pretenda alcançar se usam apenas os factores produtivos indispensáveis”, ou seja, é evitado, por inerência, o desperdício de recursos. (Barros, 2008). Quando frequentemente se ouve falar em aumento da eficiência do sistema, parece ser esta a designação utilizada.

A eficiência técnica tem em conta os custos. Aqui, a combinação na utilização dos recursos produtivos disponíveis será considerada eficiente se, para atingir a meta traçada ao preço dos factores produtivos, o custo final for o menor possível.

Ora, para tal suceder, é necessária uma conjugação, porque, para se ser tecnicamente eficiente, também se tem de ser tecnologicamente eficiente. Contudo, este conceito para que seja importante, ou seja, para que as suas implicações sejam diferentes das implicações que pressupõe a eficiência tecnológica, anteriormente tem de se verificar uma substituíbilidade entre factores produtivos para a obtenção de combinações tecnologicamente eficientes.

Por último, a eficiência económica diz-nos que uma afectação de recursos é economicamente eficiente se não for possível encontrar uma reafectação de recursos que aumente o bem-estar/satisfação de um dos agentes sem prejudicar o de nenhum outro. Para que esta eficiência seja obtida, é obrigatório que se verifique uma eficiência técnica e, portanto, uma eficiência tecnológica. Assim, ela é obtida quando pela produção de mais uma unidade, o benefício que é obtido (benefício marginal), for igual ao custo de produção dessa mesma unidade adicional (custo marginal), sendo a diferença entre benefício marginal e custo marginal positivo para níveis de produção inferiores.

Ao estudar um Hospital, sabemos da enorme complexidade de tarefas que este realiza e da complexidade que estas acarretam. Por isto, existe um conceito fundamental que deve ser retido: economia de escala.

Uma organização como um Hospital deve procurar praticá-la obrigatoriamente, embora nem sempre isto aconteça. Sucintamente, podemos dizer que estamos perante economias de escala sempre que o custo médio de longo prazo seja decrescente relativamente à quantidade produzida.

Por outras palavras, ela ocorre quando o Hospital ao aumentar a sua capacidade de produção provoca um aumento na quantidade que está a produzir, mas sem que se verifique um aumento proporcional no custo de produção. Resultado: o custo médio da produção tende a ser menor com o aumento da produção.

A qualidade dos cuidados de saúde prestados num Hospital, é também um indicador importante da imagem que a organização transparece para o seu público.

Para começar, devemos ter noção dos diferentes entendimentos que se têm quando falamos de qualidade em saúde, uma vez que existem várias definições possíveis e usadas.

O Institute of Medicine, em 1990, referia a qualidade em saúde como “o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejáveis e são consistentes com a prática profissional corrente.”

O Ministério da Saúde em 1998, no Sistema Português de Qualidade em Saúde, referia que qualidade na saúde “é satisfazer e diminuir as necessidades e não responder à procura, oferecendo mais; é ser proactivo para prevenir e dar resposta e não para a procura de novas oportunidades de mercado; é reunir integradamente como atributo a efectividade, eficiência, aceitabilidade e a equidade e não a exigência única da aceitabilidade.”

Já Diana Sale, também em 1998 no seu livro sobre a Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde, referia a qualidade como o requisito que “assegura aos doentes a existência de um nível aceitável de cuidados”.

Ao ler estas definições podemos dizer que existe uma diversidade de conceitos e, segundo Barros, das várias definições de qualidade evidenciam-se dois aspectos distintos: por um lado, qualidade centrada na organização interna da entidade prestadora, por outro, a qualidade centrada na satisfação do utilizador.

Para este autor, a qualidade centrada na organização interna da entidade prestadora, significa “uma identificação de qualidade como processo produtivo, que é condicional ao serviço ou bem que se pretende fornecer, e que implica a melhor utilização possível dos recursos disponíveis”.

Já a qualidade centrada na satisfação do utilizador pode ser vista, como os “atributos dos cuidados médicos prestados que aumentam o valor, subjectivo ou objectivo, desses cuidados para o utilizador”. Assim sendo, a qualidade para o utilizador “é a medida em que os atributos/características dos cuidados médicos prestados satisfazem as suas necessidades”.

Estas noções de qualidade são distintas uma vez que um Hospital pode satisfazer plenamente os seus utentes, ou seja, evidencia qualidade externa. Contudo, pode fazê-lo sem que a qualidade interna esteja garantida. Por outras palavras, continua a existir desperdício. Contrariamente, um Hospital pode não evidenciar nenhum desperdício de recursos na sua actividade e, ainda assim, não satisfazer os seus utentes.

De uma maneira bastante vaga, qualidade em saúde, acaba por ser fazer o melhor, ao menor custo possível e, no caso da saúde, interessa que as pessoas sejam melhores tratadas, com mais qualidade e com menores custos.

Quando referimos a eficiência e a qualidade, é levantada muitas vezes a questão se é possível que elas co-existam quando se presta os cuidados de saúde num Hospital.

Quando existe falta de qualidade interna é porque existe uma utilização superior de recursos, uma vez que com menos recursos, poderíamos estar perfeitamente a fazer o mesmo. Assim, podemos constatar que esta definição corresponde à eficiência tecnológica que referimos anteriormente.

Ora, podemos dizer então que a eficiência na utilização de recursos, pressupõe que anteriormente se verifique eficiência tecnológica. Conclui-se assim, que para que se verifique esta eficiência é necessária a existência de “qualidade interna à organização”.

Para rematar, podemos dizer então que é uma mera fábula, dizer-se que a eficiência e qualidade são obrigatoriamente contraditórias. Mais, para se obter uma, não se tem necessariamente de se sacrificar a outra, porque qualidade interna é eficiência.

Quando falamos de qualidade externa, ou seja, para o utilizador, a análise é diferente. Aqui, o nível de qualidade externa adequado, só é assegurado se existir uma situação de eficiência económica. Economicamente, podemos referir que “esse nível adequado é definido como sendo o nível de qualidade para o qual o benefício, para a sociedade, de aumentar ligeiramente essa qualidade é igual ao custo dos recursos utilizados para proceder a esse aumento de qualidade” (Barros, 2008).

Poderá aqui existir um choque entre qualidade e eficiência económica, no entanto, ele existe em todos os sectores empresariais em geral, e não só neste em particular. A decisão economicamente eficiente será apenas aquela em que quem decide o nível de qualidade tenha presente que os benefícios e os custos que resultam para a sociedade estão equiparados.

8.2. Qualidade / Quantidade

Muitas vezes questiona-se se é a qualidade ou a quantidade que fará de um Hospital um exemplo de performance. A resposta parece não ser linear.

Segundo Halm (2000), ambas são importantes. É evidente que teoricamente qualquer Hospital pretende realizar um número elevadíssimo de serviços prestados, com a maior qualidade que é possível alcançar.

Ao ser feita uma comparação entre Hospitais Privados (que actuam num ambiente de concorrência) e Hospitais Públicos (que funcionam de acordo com a dotação orçamental atribuída) é periodicamente questionada a qualidade que ambos apresentam.

Regra geral, justifica-se que existe uma menor qualidade nos serviços praticados pelos privados, uma vez que a actuação destes se baseia na procura do lucro, o que terá como consequência uma qualidade inferior. Este argumento é bastante genérico.

Barros, exemplifica mesmo que ele pode ser incorrecto em condições que são relativamente simples, uma vez que se a procura que é dirigida a um Hospital é tal, que uma maior qualidade nos serviços prestados permite receber um preço maior, mas que para este tratar mais doentes tem que aceitar um preço unitário menor, então um Hospital que receba por orçamento que cobre os custos, poderá optar por praticar uma maior ou menor qualidade do que um Hospital Privado, uma vez que este actua em ambiente de mercado.

Fundamenta que tal sucede sempre que a qualidade for um instrumento mais eficiente para atrair procura do que a apresentação de um preço inferior, e remata, justificando que não é possível garantir sempre que um ambiente de mercado origina uma menor qualidade do que um Hospital Público, mesmo sem se considerar o papel dos incentivos a uma produção mais eficiente.

Um gestor de um Hospital Privado, sabe que ao optar pela qualidade, esta irá gerar receitas adicionais uma vez que as pessoas estão dispostas a pagar mais, no entanto, também sabe que ao aumentar o número de doentes a tratar também isso se irá repercutir numa maior receita.

É pela sensibilidade da procura que está associada a cada um dos elementos que se irá decretar em concorrência se tem mais ou menos qualidade do que com dotação orçamental, mantendo constante o objectivo do decisor do Hospital.

Barros, demonstra que dependendo da importância da qualidade na valorização de cuidados médicos por parte dos consumidores, e para um mesmo volume de recursos gasto, um Hospital Privado pode escolher maior ou menor qualidade que um Hospital Público.

8.3.A Gestão Estratégica das Pessoas – Limites e possibilidades dos incentivos à retribuição com base na performance (produtividade) como factor de uma gestão estratégica de RH

Geralmente são enumerados três objectivos principais para a introdução de sistemas de incentivos: a motivação dos profissionais para uma gestão mais rigorosa dos recursos; a

promoção da qualidade na prestação dos cuidados, mas também dos resultados em saúde; e a contribuição para um maior nível de satisfação profissional.

Os profissionais de saúde reconhecem que o trabalho no sector público lhes garante elevada estabilidade, mas lamentam a escassa motivação profissional que caracteriza o seu desempenho, uma vez passada a fase inicial de ingresso na organização. Assim, os incentivos revestem uma estratégia para aumentar a motivação destes profissionais.

Um estudo recentemente elaborado (2008) por Alexandre Tomás e Paulo K. Moreira da ENSP, junto de profissionais portugueses deste sector, refere que os profissionais relacionam a introdução deste sistema fundamentalmente com a produtividade.

O mesmo estudo salienta que a existência de um incentivo com base numa percentagem sobre a base do sistema remuneratório é o melhor caminho, ou seja, um sistema com uma componente financeira (existem sistemas de incentivos baseados em componentes não financeiras, das quais são exemplo: aspectos relacionados com o regime de trabalho; com o horário; as possibilidades e formas de progressão na carreira; a carga e tipo de serviço; a possibilidade de desenvolver investigação científica ou formação, entre outras). Conclui que embora o sistema acarrete custos, uma vez que estamos a falar de maior despesa, ele tem um benefício associado e, para além disso, nota-se que a qualidade dos serviços aumenta.

Um sistema destes pela complexidade que representa tem de ser um sistema bem monitorizado para ser um sistema justo. Assim, é fundamental que exista um sistema de informação integrado nos vários serviços do Hospital.

Para concluir, os autores enumeram alguns pontos importantes e bastante interessantes: a metodologia de incentivos ainda não se encontra disseminada nas organizações prestadoras de cuidados de saúde; as metodologias de incentivos alteram a prática clínica (para melhor); o pagamento misto (porque as formas de pagamento podem ser essencialmente de três tipos: o salário, a capitalização e o pagamento por serviço ou acto; no pagamento misto, estas surgem combinadas de vários modos possíveis) permite o controlo de custos e promove a qualidade (Eggleston, 2004); o incentivo baseado na performance pode provocar selecção adversa (Peterson, 2006); e no SNS, os incentivos económicos têm menor impacto do que têm no sector privado, podendo mesmo gerar conflitos. Para finalizar as metodologias de incentivos exigem uma definição clara do objectivo do incentivo (sistema de pagamento justo, aumentar resultados, eficiência, qualidade) (Safavi, 2006); um Sistema de Informação robusto (Doran, 2006); e a

implementação de programas de acompanhamento/monitorização (Garber, 2005; Peterson, 2006).

Parece ser assim unânime a opinião segundo a qual, com a introdução da metodologia de incentivos se assistiu a uma melhoria da qualidade dos serviços prestados nas instituições onde o estudo foi desenvolvido.

Todavia, persistem várias dificuldades como a existência de objectivos pouco claros, ausência de indicadores e risco de selecção adversa no tratamento de doentes (diminuiu com a aplicação do Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester nos Serviço de Urgência).

A ideia da adopção deste sistema parece recolher força pelas recomendações feitas pela Comissão para Avaliação dos Hospitais Sociedade Anónimas, uma vez que o relatório elaborado defende a “promoção de uma mudança cultural através de uma prática diária assente num conjunto de valores e princípios estruturais que enquadrem na actividade do Hospital: gestão por objectivos – de responsabilização descentralizada – níveis de qualidade de serviço e por resultados económico-financeiros”.

Recomenda também a existência de incentivos diferenciados para cargos com papel decisivo na actividade do Hospital e com base nos diferentes níveis de desempenho, porque o desenvolvimento nos Hospitais de uma prática de rigor, de transparência e de responsabilização na gestão das instituições, cria condições favoráveis a uma maior eficácia das formas de gestão com maior autonomia, mas também com crescente responsabilização.

Contudo, é necessário ter em atenção os três critérios de eficácia propostos por Estelle Morin: identidade; legitimidade e intercooperação. Destes, o mais relevante para o nosso estudo é o da identidade.

Importa salientar que a remuneração é uma medida adequada para a integração e envolvimento dos colaboradores nos objectivos e estratégias que a empresa define, no entanto, defende-se que não se deve ficar por aqui uma vez que a eficácia depende da identidade, e a identidade depende da remuneração, mas também da mobilização do pessoal, da moral do pessoal e do desenvolvimento do pessoal.

Entende-se como mobilização do pessoal o grau de interesse que os trabalhadores manifestam pelo seu trabalho e pela organização, e o esforço que desenvolvem para alcançar os objectivos. Já a moral do pessoal é o grau pelo qual o exercício da actividade do profissional é avaliada positivamente pelo trabalhador, por último, o

desenvolvimento do pessoal é o grau em que as competências aumentam para os membros da organização.

8.3.1. O Modelo da relação duplo poder

Um Hospital é uma organização que no seu todo deve promover o mesmo objectivo. Para tal, torna-se necessário promover uma cultura global. Isto passa pelo esforço de tentar que gestores e profissionais falem a mesma língua.

Um Hospital na sua estrutura interna é uma organização bastante complexa. Nela existem simultâneamente estruturas hierárquicas médicas e uma estrutura administrativa. Deste modo, a relação de poder existente num Hospital, é muito diferente da que encontramos na generalidade das organizações.

Cabendo aos médicos a decisão de utilização dos recursos do Hospital, logicamente parece que estas decisões são mais exequíveis se a Administração for liderada por um médico, uma vez que também os administradores podem deter um forte poder dentro da organização.

Se couber a um administrador os poderes de controlo, podemos ver que este maximiza a sua utilidade quando opta por determinada afectação de recursos dentro do Hospital. Geralmente, diz-se que o administrador retira a utilidade da quantidade e qualidade da produção, sujeito a uma restrição que pode ser ou orçamental, ou tecnológico-productiva. Por isto, Harris apresenta em 1977 o que viria a ser designado pelo Modelo do duplo poder.

Segundo este, num Hospital existem duas forças assumidamente distintas, os Administradores Hospitalares e os Médicos, existindo entre elas uma luta de poderes. Segundo Barros, os administradores agem como fornecedores de factores produtivos que são procurados pelos médicos e, as decisões resultam da interacção entre estas duas classes. Uma vez que o serviço de um Hospital é sempre único e prestado à medida de cada utente, o médico actua como agente daquele na procura de bens e serviços necessários e o administrador é quem fornece esses serviços.

É por isto que normalmente se retiram três conclusões deste modelo: sabendo que os médicos têm um papel preponderante, a tecnologia escolhida deve respeitar as suas preferências; medidas que regulem a actividade dos administradores como forma de melhorar o Hospital produzirão poucos efeitos. Deste modo, deve dizer-se que para implementar medidas que controlem os custos hospitalares, é necessária a estipulação de incentivos, mas também de restrições, quer ao comportamento dos administradores,

como ao comportamento dos médicos; e a reorganização do Hospital pode levar a que se assista a uma nova organização mais efectiva, integrando tanto mais o médico, como todos os outros profissionais de saúde no processo de decisão. (Barros, 2008)

8.3.2. Remuneração: Incentivos – Responsabilização: Integração no processo de decisão – Atribuição ou não do prémio

Ao ter consciência de todas as vantagens demonstradas anteriormente, a Administração do HFF optou por uma estratégia completamente inovadora na gestão de um Hospital, ao optar pela delegação de serviços. Este foi um desafio assumido para encontrar o registo certo e a maneira certa para motivar as pessoas e para envolver as pessoas no projecto.

Como referem Pettigrew e Whipp (1991), a eficácia da mudança nas organizações passa pela construção de um clima receptivo à mudança, justificando a razão pela qual é necessária a mudança, pela construção da capacidade de mudar e pelo estabelecimento de uma agenda que estabeleça a direcção para onde se pretende caminhar, com uma visão e valores implícitos.

Neste, como em todos os outros Hospitais, a responsabilidade da gestão cabe à Administração. Contudo, neste Hospital, as funções executivas eram delegadas a uma Comissão Executiva, a qual era composta por 4 elementos, que definiam algumas das responsabilidades numa estrutura interna assente em Departamentos Médicos e nos respectivos serviços.

No ano de 1999, o HFF organiza os seus serviços médicos em Departamentos. Estes eram constituídos por 3 elementos. Inicialmente, composto por um Director de Departamento Médico e por um Enfermeiro Supervisor, sendo alargada posteriormente pela inclusão de um Gestor de Departamento, com funções executivas, que exercia em simultâneo um papel de Adjunto da Direcção de Produção no Departamento.

Dos departamentos dependiam directamente os serviços médicos, adoptando-se assim uma estrutura semelhante à das áreas que já vigoravam em outras instituições como os HUC.

Portanto, a organização descentralizada da produção do Hospital, corresponde aos departamentos, e os órgãos de gestão são concebidos para funcionar como verdadeiras mini-comissões executivas, onde a comissão executiva do Hospital delega as responsabilidades de gestão operacional.

O caso do Hospital Fernando da Fonseca

Os departamentos respondem, directamente, a três direcções que, juntamente com eles, constituem a organização nuclear do Hospital: a Direcção Clínica, a Direcção de Enfermagem e a Direcção de Produção. As duas primeiras direcções recebem o reporte directo dos Directores de Departamentos Médicos e dos Enfermeiros Supervisores, beneficiando também da assessoria de um Conselho Médico e do apoio de comissões diversas no caso da Direcção Clínica e de um Conselho de Enfermagem no caso da Direcção de Enfermagem. Já a Direcção de Produção, espelha a importância que reveste a contratualização da produção entre a Sociedade Gestora e o SNS e constitui um elemento distintivo da gestão praticada no HFF. Aqui, são agregados os Gestores dos Departamentos, sendo que a principal responsabilidade é assegurar os objectivos de produção, apoiando e monitorizando a actividade dos Departamentos e assessorando a Comissão Executiva.

Existiam, no entanto, mais direcções que desempenhavam funções que estão democratizadas nas estruturas Hospitalares como: a gestão de recursos humanos, a gestão financeira, a gestão de sistemas ou a gestão logística. Mas, embora todas as direcções desempenhassem funções essenciais, havia duas que eram especialmente importantes: a Direcção de Planeamento e Controlo e a Direcção de Qualidade.

Assim, eram fixados objectivos anuais que dependiam do equilíbrio de diversos factores.

Em primeiro lugar, devido à situação geográfica do Hospital, o crescimento verificado pela procura de serviços de saúde, mesmo na ausência de incentivo financeiro, levava à existência de um aumento crescente de produção, sob pena de crescimento das listas de espera e deterioração de outros indicadores de acessibilidade que o Hospital acompanha e com base nos quais era avaliado. Em segundo lugar, a importância que revestia a evolução do índice de preços específico da Saúde e respectivos desvios face à variação de custos suportados pelos serviços efectivamente prestados pelo Hospital. Para terminar, em terceiro lugar, era necessário ter-se em conta os impactos que os crescimentos de produção tinham para a sociedade gestora, tanto na margem como na criação de valor para esta, uma vez que estes têm que ser enquadrados ou na revisão das quantidades contratadas ou na ultrapassagem dos valores contratados.

De seguida, o HFF procedia à fixação dos objectivos. Começando pela preparação de uma estimativa de resultados que o Hospital conseguiria atingir no ano seguinte. Conjugando esta estimativa, com o histórico dos resultados e com os desafios que eram comunicados pelo planeamento, dava-se início a aproximadamente 1 mês de trabalho

exaustivo, em que a Direcção Clínica, a Direcção de Enfermagem e a Direcção de Produção, sob a orientação da Comissão Executiva, chegavam à estimativa final da actividade do ano seguinte e estipulavam-se os recursos que eram necessários para fazer face a esta nova estimativa. Isto tudo porque a eficácia que a gestão de produção poderia apresentar no ano seguinte dependia, em muito, do trabalho suado e agregado, proporcionador de permutas de informação, entendimentos e obrigações partilhadas.

Então, no HFF existia a Direcção Clínica, a Direcção de Enfermagem e a Direcção de Produção. Em cada serviço e em cada área do Hospital, existia permanentemente uma equipa de representantes destas três competências. Estes, em equipa, responsabilizam-se pelo completo funcionamento daquela área, ou seja, aquilo que se tinha de fazer, era não verticalizar o Hospital.

Tradicionalmente encontra-se bastante a verticalização nos Hospitais, uma vez que é normal ver as questões médicas a serem geridas independentemente das outras áreas. O que a administração achou como melhor resposta foi colocar a organização a praticar o oposto, a transversalizar.

Em todos os departamentos existia uma co-responsabilização, quer da parte clínica, quer da parte de enfermagem e, seguramente, também da parte da produção. Os três responsabilizam-se por um orçamento para aquela área. E este orçamento fazia com que as pessoas soubessem quanto tinham para gastar em cada uma das áreas, sabendo assim quanto é que tinham de produzir, e qual é a sua contribuição para a formação do resultado global.

Existiam departamentos do Hospital que por razões que parecem normais eram permanentemente deficitárias. A optimização não quer dizer que se defenda que a todo o custo o objectivo seja transformar áreas deficitárias em áreas excedentárias, que dêem lucro.

Existem áreas que são deficitárias pela natureza do serviço, tendo-se também noção que são situações que têm de existir inevitavelmente, e que concorrem para o bom funcionamento do Hospital e para a prestação compreensiva de cuidados de saúde, embora se saiba que aquela área só por si é uma área deficitária.

Posto isto. Um Hospital poderá elimina-la? A resposta correcta parece ser negativa. Essa área se é necessária tem inevitavelmente de continuar a existir.

Contudo, parece ser consensual que essa área não é pelo facto de ser deficitária, que o será a qualquer custo. Ela deve gerar exactamente um resultado que seja previsto para

ela. Bem organizada e bem gerida, se porventura for uma área deficitária, ela faz parte do todo do Hospital, tanto no HFF como em qualquer outro.

Um Hospital tem que ser visto na sua globalidade. A urgência é por regra uma área deficitária. Não é por isso que se irá acabar com as urgências. Têm é de ser geridas para que os meios adstritos, afectos à urgência, sejam exactamente os meios que tinham de estar e não mais, pois assim o déficit ainda seria muito maior.

8.3.3. Avaliação de desempenho

Em 2005, quando se introduziu um novo sistema de avaliação de desempenho no HFF decidiu-se que ela deveria resultar do processo de monitorização da execução orçamental face aos objectivos de produção, custos e qualidade inicialmente estabelecidos, isto porque era necessário por cobro a uma das expressões que se ouve frequentemente aos vários profissionais nos “corredores das instituições” – “... tanto ganha quem produz cem como quem produz mil...”.

Assim, a classificação dos serviços médicos, incluindo o Director, era efectuada sob responsabilidade da Direcção Clínica e a classificação dos serviços poderia resultar na atribuição de 1 de 4 níveis (A, B, C, D).

Também o pessoal médico é avaliado, sendo que para cada efectivo são estabelecidos objectivos de produção, qualidade e actividade científica e, a classificação de desempenho é feita dentro de cada agrupamento de profissionais e é da competência do Director do Serviço. Este mesmo modelo era aplicado, com as necessárias alterações, a todos os profissionais de saúde do Hospital. Os restantes funcionários e pessoal estavam sujeitos também eles a avaliação de desempenho.

Naturalmente, que este processo de avaliação de desempenho era acompanhado pela Direcção dos Recursos Humanos, uma vez que era ela quem tinha a responsabilidade de garantir que eram aplicadas as políticas definidas pela Comissão Executiva, bem como o assegurar que os registos existentes permitiam a auditoria dos processos.

Para terminar, é de salientar que no que versa sobre quadros superiores, onde evidentemente se encontram os médicos, as avaliações eram sujeitas a um processo de uniformização ao nível da *Holding*, uma vez que desta maneira se assegurava a comparabilidade horizontal de critérios em toda a organização do accionista privado (existia no HFF uma uniformização departamental, e na JMS existe uma uniformização inter-hospitais).

Em último caso, e porque em gestão, seja numa grande ou numa pequena empresa, o exemplo é fundamental, quando se chegava à conclusão que aquela pessoa não era um bom profissional, então tinha de se tomar a decisão de dispensar essa pessoa.

8.3.4. O Sistema de Incentivos

Para fazer com que houvesse uma adesão ao projecto proposto pela Administração, chegou-se à conclusão de que era necessária a introdução de um sistema deste tipo.

A partir de 2005, e para por termo ao período de turbulência que por diversas razões assombravam o Hospital, decidiu-se indexar parte da remuneração dos profissionais ao seu desempenho.

A Sociedade Gestora pagava em média, 20% acima do salário base aos médicos e 15% aos enfermeiros. Assim, num acordo de empresa negociado com os sindicatos e pela Administração liderada pelo Dr. Rui Raposo, estipulou-se que o pessoal médico teria dois prémios anuais.

Deste modo, para além do prémio fixo existente, que corresponde a mais um mês de vencimento, a Sociedade Gestora decidiu atribuir – ou não – um prémio que é variável e que resulta da avaliação individual descrita anteriormente, quando o resultado líquido da empresa tiver sido positivo.

Os outros profissionais também estão abrangidos pelos prémios de desempenho e, para o pessoal superior, existe como se disse antes, uma compatibilização de remunerações na *Holding*. Para terminar, o envelope financeiro do prémio, teria de ser aprovado pela Comissão Executiva por proposta formulada pela Direcção dos Recursos Humanos.

Porque o HFF tinha vivido um período de instabilidade laboral que deu origem a uma greve, houve a necessidade da Administração se sentar à mesa com os parceiros sociais. Houve a já referida melhoria das condições salariais significativas e, pela primeira vez negociou-se um acordo para 3 anos.

Nestas reuniões, a equipa liderada por Rui Raposo impôs a condição que o acordo fosse válido por 3 anos, argumentando que “tinha de haver estabilidade, capacidade e tempo para a oportunidade de se concretizar um projecto e, por isso, queria negociar um acordo até à vigência do seu mandato”.

Mas, nas suas palavras, gerir um acordo de empresa, é uma ferramenta necessária, mas não suficiente. É necessário para ter estabilidade, mas o que é suficiente é gerir bem, encontrar condições para que depois o Hospital preste o seu serviço. Para haver um

acordo é necessário que ambas as partes se disponibilizem, mas também que se comprometam com esse objectivo.

A dificuldade que existia no HFF em criar incentivos à produção, diferenciar pela qualidade, estimular ao desempenho, estimular à produtividade, estimular à adesão a um projecto, encontrar meios para cativar e reter os melhores dentro da organização, foi combatida pela introdução destes incentivos, uma vez que estipulou-se que não podia existir, o pagamento a todos por igual, independentemente de fazer bem ou fazer mal, porque se isso sucedesse, existiria um sério problema.

Para averiguar as vantagens que este sistema trouxe, uma companhia de consultoria externa desenvolveu uma avaliação, e as suas conclusões foram contundentes. Concluiu-se que no HFF se assistiu a uma elevada motivação dos profissionais, desenvolveu-se o espírito de grupo e, verificou-se um alinhamento dos interesses individuais com os objectivos da gestão, para além disso, os aumentos tanto da produtividade como da qualidade do serviço foram notórios.

Contudo, a existência destes incentivos também se pode fazer sentir de uma maneira contrária, ou seja, quando existe retenção pelo Hospital de uma parte da remuneração do profissional. Embora no HFF estas situações fossem apenas pontuais, este instrumento quando adequado é fulcral que seja executado, uma vez que só assim se consegue manter a credibilidade do sistema de incentivos.

Mas existem outros aspectos muito importantes. É fundamental que se tenha a noção que a avaliação interpares para ser levada a cabo, tem de ser feita com independência. José Miguel Boquinhas, antigo Secretário de Estado da Saúde e Administrador Hospitalar de um grupo privado, refere mesmo que esta avaliação interpares na realidade não existe, uma vez que não acredita que existam Directores de Serviço que tenham a capacidade ou a coragem de fazer a avaliação dos médicos sem colocar em causa as suas relações pessoais. É este instinto de protecção de classe profissional que poderá minar o identificar de situações de menor qualidade.

Portanto, a melhor solução, parece ser a de tentar que os profissionais vistam, sintam e transpirem a camisola. Promovendo iniciativas em que eles reconhecem e aderem às medidas que são delineadas para garantir a eficiência da organização. Para isto suceder, o projecto da administração tem de ser um projecto estimulante e motivador.

Muitas vezes se levanta a questão da conciliação de princípios de gestão privada, que visam a eficiência e o resultado, com os valores éticos subjacentes à prestação de

cuidados de saúde, contudo, deve entender-se que a questão do lucro não é nada mais, nada menos do que uma falsa questão.

É consensual, que os incentivos existem para através deles se tentar a obtenção de melhores resultados, contudo, isso é feito sem descuidar a qualidade dos serviços prestados. Mais, os contratos estabelecidos entre as Sociedades Gestoras e o Estado, penalizam os Hospitais se estes não cumprirem os parâmetros de qualidade e performance estabelecidos.

O lucro é essencial para o desenvolvimento de qualquer actividade. No sector da saúde, sem resultados não seria possível sustentar investimentos (sobretudo na melhoria tecnológica) necessários para a melhoria dos cuidados, dos medicamentos e dos processos. Por isso, o lucro é fundamental para que se consiga investir no futuro do sector, não só na actividade da gestão Hospitalar.

9. Análise de resultados

Apresentado o estudo, cabe agora fazer uma análise retrospectiva do trabalho desenvolvido e apresentar os principais resultados.

Hoje, não só na saúde, os cidadãos exigem que o estado proceda cada vez mais a uma melhor alocação dos recursos disponíveis. No entanto, quando se fala em gestão pública, ela vem normalmente associada a desperdício e burocracia, em contraponto com a gestão privada, a que geralmente associamos a eficiência, a qualidade e a produtividade.

É unânime a existência de sucessivos deficit's na área da saúde, com a existência frequente de orçamentos rectificativos (embora tal facto não tenha sucedido nos últimos 4 anos).

Quando isto sucede, parece que os contribuintes estão a suportar um gasto, ou porque foi praticada uma má gestão, ou porque existiu uma projecção errada dos gastos do Hospital.

Já no sector privado, se tal vier a suceder, será a Sociedade Privada e, por conseguinte, os seus accionistas que terão que suportar o prejuízo registado.

Pelo exposto, chegamos à conclusão que existem estratégias de gestão utilizadas por entidades privadas, que podem ser perfeitamente utilizadas na esfera da gestão pública, com vista ao aperfeiçoamento, aprendizagem e melhoria desta.

Deste modo, não deve o Estado salvaguardar só para si a gestão dos Hospitais Públicos. Bem sabemos todos que este sector é fundamental, e que tal como a Educação, Justiça

ou Solidariedade, quando é alvo de uma reforma se assiste ao levantamento de nuvens e marés. Contudo, estas reformas têm de ser feitas, sob pena de Portugal ficar para trás com estes sucessivos adiamentos.

Defender esta posição não é defender que o Estado ofereça algo aos grupos privados, como não é defender que o Estado se demita de nenhuma das suas tarefas, uma vez que não se propõe a entrega da gestão de todos os Hospitais Públicos a Sociedades Privadas, até porque é tarefa do Estado monitorizar e acompanhar a gestão praticada.

A aprendizagem da gestão pública, não só mas também, pela observação da gestão privada, deve ser levada a efeito, e é tanto fundamental como necessária.

Deve procurar-se então uma aprendizagem recíproca, com a transferência do que existe de melhor no sector privado para o sector público e vice-versa.

Basta ter a noção que a pessoa indicada para Presidente do Conselho Administrativo do Hospital EPE, é de facto uma pessoa que bem conhece a casa, mas também uma pessoa que mais recentemente exercia funções num grupo privado nesta área, podendo transferir conhecimentos do que melhor se faz.

9.1.Os novos desafios - HFF

De modo a garantir a estabilidade, sem rupturas dos abastecimentos de bens e serviços essenciais ao normal funcionamento do Hospital, foi assinado um contrato de transmissão entre a Sociedade Gestora (HAS-SG), a ARSLVT e o Hospital Fernando da Fonseca EPE. O contrato garantiu a cessão da posição contratual da HAS-SG no HFF EPE.

Com este procedimento, assegurou-se que o processo correria exemplarmente bem, por parte da sociedade gestora e da ARSLVT (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo) e ambas defendem que foram alcançados todos os pontos de encontro possíveis numa situação que era naturalmente complexa.

Mas, mudar a gestão de privada para pública gerou nos profissionais um clima de intranquilidade quanto ao futuro da política de remunerações. Isto acontece porque o grupo privado pagava em média, - como já se disse - 20% acima do salário base aos médicos e 15% aos enfermeiros.

Esta estratégia da Administração serviu para atrair na altura bons profissionais para a gestão privada. Para Rui Raposo, tal facto constituiu na altura uma espécie de incentivo.

O caso do Hospital Fernando da Fonseca

Adicionalmente, existia um sistema de prémios por objectivos que podia chegar a um valor equivalente a 50% do salário do colaborador.

Parece ter existido aqui uma boa resposta por parte da nova administração ao ter optado por manter a política de remunerações com a mesma lógica, até porque os Hospitais EPE têm liberdade contratual e, por isso, podem existir muitas outras situações de médicos que ganham acima dos vencimentos do HFF.

O problema parece ter sido assim minimizado pela nova Administração.

O contrato de trabalho transmitiu-se da Sociedade Gestora para o Hospital EPE e mantiveram-se nos mesmos termos, respeitando os acordos de empresa que foram assinados. Foram, porém, feitos pequenos ajustamentos que decorreram do facto de existir uma passagem do Hospital para Empresa Pública.

Os principais ajustamentos são sobretudo por força da lei, uma vez que existem trabalhadores que são reformados da Administração Pública e que tinham contratos individuais de trabalho com a Sociedade Gestora, que por lei, não possam ser transferidos. Mais uma vez aqui se tentou minimizar o problema, através de um pedido ao Primeiro-Ministro de um despacho que autoriza-se a contratação destas pessoas, tendo em vista evitar o despedimento destes funcionários.

Como a gestão por objectivos, bem como a introdução da lógica de apresentação de resultados, constituem importantes instrumentos indutores de eficiência, isto foi mantido. Na prática, os Hospitais EPE passam de uma cultura de orçamento anual baseado em custos históricos, para uma cultura de performance baseada na optimização da gestão. Existirá, como já acontecia anteriormente, uma gestão descentralizada em que é mais fácil impor rigor, eficácia e melhoria de resultados.

Porém, outros problemas se levantam, como é o caso da já mencionada saturação do Hospital. Este Hospital é, nas palavras do Presidente do Conselho de Administração do HFF EPE, em movimento o terceiro ou quarto maior Hospital do país e é, seguramente, o maior em termos de área de influência directa. O Administrador foca que o HFF "está a rebentar pelas costuras", pois foi criado para dar resposta a 300 mil utentes e agora serve mais de 700 mil.

Isto já era do conhecimento público, e a HAS-SG, advertiu várias vezes que este é um Hospital perfeitamente sustentável, mas a necessitar um apoio, e de um enquadramento com uma outra unidade.

Defendia-se a urgência para a existência desta articulação, não através de um segundo Hospital em Sintra, mas antes através de um Hospital necessariamente complementar

O caso do Hospital Fernando da Fonseca

daquele, porque então, justificavam, estava-se a duplicar investimentos e recursos, sabendo que estes são cada vez mais escassos.

Defendia-se a existência de medicina de proximidade em Sintra, com capacidade de ter meios complementares de diagnóstico e urgência básica para fazer o rastreio e atender as primeiras necessidades, para que sempre que as situações sejam mais exigentes e necessitem de mais recursos, exista a referenciação para o HFF.

Na teoria, isto faria com que ao existir mais capacidade de resposta no sítio certo, as pessoas não necessitem de recorrer ao Hospital com a mesma frequência.

Por isto, junto com o convite a Artur Vaz para liderar o Hospital Fernando Fonseca (HFF EPE) veio a promessa de que iria ser construída, em Sintra, uma nova Unidade Hospitalar.

Entretanto, aliviar o Hospital no internamento e na urgência é uma prioridade da Administração do HFF EPE, caso contrário a sua gestão torna-se "muito complicada".

Assim, o objectivo é lançar o concurso para a construção no início de 2010 e ter a unidade a funcionar em finais de 2012, fazendo também parte do plano criar uma Unidade Local de Saúde que vai aglomerar o HFF, os centros de saúde (são nove) e o novo Hospital.

Uma interrogação fica no ar: Sabendo que estas dificuldades existiam há imenso tempo, porque é que a existência desta unidade não foi assegurada ao HAS-SG?

O HFF EPE tem como metas principais para alcançar a partir de 2009, a diminuição dos gastos em internamento e, pretende reforçar tudo o que seja ambulatorio, sobretudo a cirurgia. Para Artur Vaz, é importante também aumentar o número de primeiras consultas.

Conclusões

Tudo indica que, ao analisar as opções estratégicas elaboradas pela Sociedade Gestora, se devia ter optado por replicar a experiência e não recuar, embora não se defenda, nem isso faria qualquer sentido, que sejam todos os Hospitais Públicos geridos por grupos privados.

Todavia, o sector privado ao estar presente pode, e ajuda, os Hospitais Públicos geridos na esfera pública, a serem mais eficazes, eficientes e produtivos, ficando, em suma, ambos a ganhar. Esta competição só poderia ser saudável.

O privado deve assim, ser pensado como um verdadeiro parceiro na saúde.

A diferença entre o empreendedorismo público e o privado, é que o sector público cria bem-estar e o privado cria riqueza, a fórmula ideal é unir o bem-estar com a riqueza.

Independentemente do sucesso – ou falta dele – as experiências levadas a cabo na gestão da saúde em Portugal acabam por se ir eternizando, sem que haja uma das duas sequências lógicas a breve prazo: terminar a experiência se foi um fracasso, generalizá-la se constituiu um sucesso (Barros, 2008). Ou se multiplica a experiência, ou se acaba com ela.

Era importante também que tivesse sido feita uma avaliação da experiência. Este Hospital foi pioneiro em muita coisa, servindo assim de exemplo e alavanca para que muitas outras experiências surgissem.

Ele teve um papel fundamental na reforma dos sistemas de saúde em Portugal.

A discussão que levou à passagem dos Hospitais SA à criação dos Hospitais EPE teve como progenitor este Hospital. Mais, os outros Hospitais Públicos e as Parcerias Público-Privado (PPP) beneficiariam se fosse conhecido o bom e o mau desta experiência.

Não se deve acabar com uma experiência que parece ser, em geral, bastante positiva, com justificações, por um lado ideológicas e, por outro lado, pela argumentação de suposições, porque justifica-se que os eventuais ganhos de eficiência a existirem, em princípio não compensam os custos administrativos necessários ao controlo público dos contratos de gestão privada.

É verdade que o Estado, pela ARSLVT, tinha uma relação com alguns atritos com a Sociedade Gestora, mas tal facto parece não justificar a decisão tomada. Acabar com a experiência, parece não ter sido uma atitude gratuita, mas não andou muito longe disso, ao remeter os fundamentos da decisão para argumentos puramente ideológicos.

O caso do Hospital Fernando da Fonseca

A principal fraqueza deste Hospital aparenta ser o resultado desta relação difícil, uma vez que ela poderia ter sido utilizada para obter sinergias, tendo sido afinal, geradora de bastantes entropias, pois levou ao gasto de energias que se poderiam ter aplicado noutros aspectos fundamentais da vida do Hospital.

Pode suceder que a avaliação desta experiência não tenha sido levada a cabo porque existe dificuldade da máquina pública, em fazer com isenção, com objectividade uma avaliação. Não acreditamos que existam demasiados preconceitos ideológicos e organizacionais que não permitam a avaliação serena e objectiva.

Não se defende que depois desta experiência, que parece ter sido claramente positiva, se conclua que todos os Hospitais têm de ser assim. Isso seria um exagero e, portanto, não é defendido que assim seja, contudo, não existe a mínima dúvida em afirmar-se que a gestão privada no HFF introduziu valor e, se for possível criar as mesmas condições para se gerir outros Hospitais desta forma, quer a gestores públicos, quer a gestores privados era positivo.

A pressão da opinião pública também se revelou enorme nesta experiência. Por ser única, foi durante 12 anos avaliada (pela opinião pública) individualmente, enquanto outras experiências foram avaliadas globalmente.

Portugal tem na saúde, como em muitas outras áreas, que aprender com as experiências internacionais. Às vezes por complicarmos de mais, criamos modelos pesados, que com o tempo se tornam pouco práticos e inexecutáveis.

Acredito que este Hospital pode continuar a traçar um caminho de sucesso.

Como refere Rui Raposo, o projecto é património da equipa, e a grande maioria da equipa permaneceu neste Hospital, portanto, ela tem todas as condições para dar continuidade ao projecto.

Cabe aos profissionais continuar este caminho de excelência, de rigor, de atenção ao doente, de critério de utilização dos recursos que são disponibilizados, ou seja, cabe à equipa manter o nível de diferenciação, e se possível até melhorá-la.

Se este Hospital produz muito é porque as pessoas trabalham muito. O talento ganha jogos, mas só a inteligência e o trabalho de equipa ganham campeonatos.

Não se pretende que este trabalho seja visto como uma crítica generalizada ao SNS. Agora, parece que o SNS tem muito que aprender com esta experiência, quer pela capacidade de adaptação e de resposta à alteração das circunstâncias a que a gestão conseguiu – com as dificuldades que se foram atravessando – responder ao longo destes últimos 12 anos, quer pelos cuidados que sempre foram prestados, de qualidade nunca

inferior – para não dizer superior – à praticada em Hospitais Públicos geridos pela esfera pública. Para além disto, os custos de exploração deste Hospital foram mais baixos neste Hospital do que os custos com outros Hospitais Públicos de dimensão idêntica.

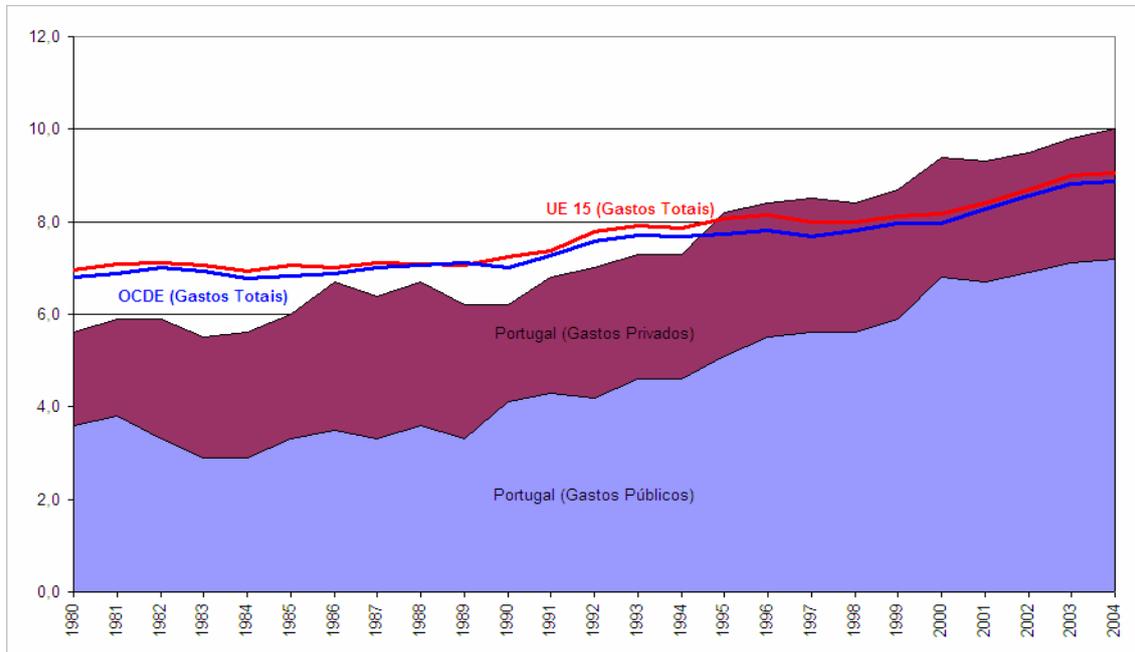
Apesar de ter sido posto um ponto final a esta modalidade de gestão de um Hospital Público, esta contrariedade não tem de ser encarada como uma má experiência. Tem antes que ser vista como uma etapa na curva de aprendizagem, para que a prestação de cuidados de saúde em Portugal, seja cada vez mais, quanto possível, melhor.

A gestão de um Hospital em Portugal parece ter que assentar em 3 pontos cruciais: a racionalidade económica, a gestão por objectivos e os indicadores de desempenho. Parece-nos que no futuro, se deverá procurar combinar o aumento da confiança no mercado e a gestão descentralizada, para desta forma garantir maior escolha, melhor comunicação e a melhoria da eficiência do SNS.

Um trabalho neste âmbito nunca está completo. Muito fica por dizer, até porque o tema é um sem fim de questões fascinantes, no entanto, seria importante, assistir a um estudo que analise o que de melhor se faz no sector público da saúde em Portugal e, ao contrário, constatar o que o sector privado tem a aprender com o sector público. Por outro lado, seria também importante acompanhar o HFF depois de concluído o novo Hospital de Sintra, para constatar o que este trouxe, ou não, na melhoria da prestação dos cuidados de saúde no HFF.

Anexos - Gráficos

Figura 1. Evolução do peso dos gastos com a saúde do PIB (%), em Portugal, EU 15 e OCDE, entre 1990 e 2004



Fonte: OCDE Health Data, 2006

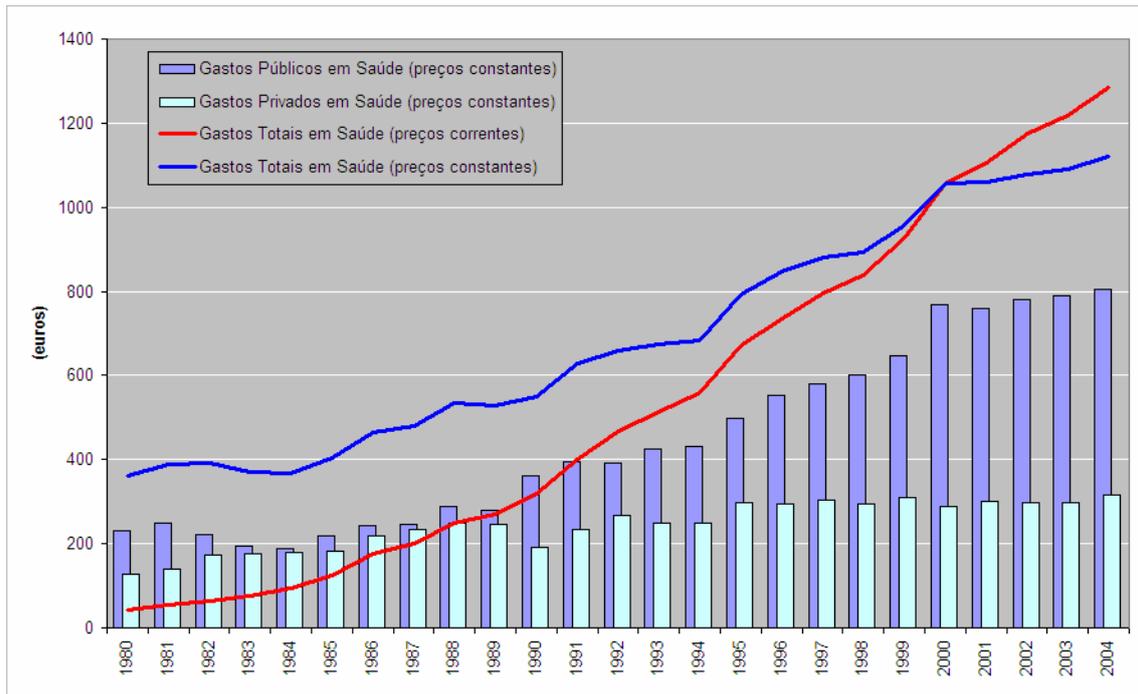
Figura 2. Evolução do peso dos gastos totais, públicos e privados com a saúde no PIB, em Portugal, UE15, OCDE e países seleccionados, entre 1980 e 2004

	Gastos/Investimentos em Saúde					Gastos/Investimentos em Saúde					Gastos/Investimentos em Saúde							
	1980	1985	1990	1995	2000	2004	1980	1985	1990	1995	2000	2004	1980	1985	1990	1995	2000	2004
Alemanha (a)	8,7	9,0	8,9	10,3	10,4	10,9	6,8	7,0	6,9	8,3	8,2	8,9	1,9	2,0	2,0	2,0	2,2	2,4
Austria	7,5	8,5	7,0	9,7	9,4	9,6	5,1	4,9	5,1	6,7	6,6	6,8	2,3	1,5	1,8	3,0	2,8	2,8
Bélgica (a)	6,3	7,0	7,2	8,2	8,6	10,1	0,0	0,0	0,0	6,4	6,9	7,2	0,0	0,0	0,0	1,8	2,1	2,9
Dinamarca (b)	8,9	8,6	8,3	8,1	8,3	8,9	7,9	7,3	6,9	6,7	6,0	7,1	1,1	1,2	1,4	1,4	1,5	1,4
Espanha	5,3	5,4	5,5	7,4	7,2	8,1	4,2	4,3	5,1	5,4	5,2	5,7	1,1	1,0	1,1	2,1	2,0	2,4
Estónia	6,3	7,1	7,0	7,4	6,7	7,5	5,0	5,6	6,3	5,6	5,0	5,7	1,3	1,5	1,5	1,8	1,7	1,8
Frância	7,0	7,9	8,4	9,4	9,2	10,5	5,6	6,2	6,4	7,2	7,0	8,3	1,4	1,7	2,0	2,2	2,2	2,3
Grécia	5,5	6,0	7,4	9,6	9,0	10,0	3,7	4,0	4,0	5,0	5,2	5,3	2,0	0,0	3,4	4,5	4,7	4,7
Holanda	7,2	7,1	7,7	8,1	7,0	9,2	5,0	5,0	5,2	5,7	5,0	5,7	2,2	2,1	2,5	2,3	2,9	3,5
Irlanda	6,3	7,5	6,1	6,7	6,3	7,1	6,8	6,7	4,4	4,8	4,6	5,7	1,5	1,8	1,7	1,9	1,7	1,5
Itália	6,0	6,0	7,7	7,1	7,9	8,4	0,0	0,0	6,1	5,1	5,8	6,4	0,0	1,5	1,5	2,0	2,1	2,0
Jamaica	5,2	5,2	5,4	5,6	5,8	6,0	4,8	4,5	5,0	5,1	5,2	7,3	0,4	0,5	0,4	0,4	0,5	0,8
Portugal	3,6	5,0	6,2	6,2	6,4	10,0	3,6	5,1	4,1	5,1	6,0	7,2	2,0	2,7	2,1	3,1	2,6	2,8
Reino Unido	5,8	5,9	8,0	7,0	7,3	8,3	5,0	5,0	5,0	5,8	5,9	7,1	0,5	0,8	1,0	1,1	1,4	1,2
Suécia	9,0	8,6	8,3	8,1	8,4	9,1	8,3	7,8	7,5	7,0	7,1	7,7	0,7	0,8	0,8	1,1	1,3	1,4
Austria (a)	6,8	7,2	7,5	8,0	8,8	9,2	4,3	5,1	5,1	5,3	6,0	6,2	2,5	2,1	2,5	2,7	2,7	3,0
Canadá	7,1	8,2	9,0	9,2	8,9	9,9	5,4	6,2	6,7	6,5	6,3	6,9	1,7	2,0	2,3	2,5	2,7	3,0
Estados Unidos	8,8	10,1	11,9	13,3	13,3	15,3	3,6	4,0	4,7	5,0	5,0	6,9	5,2	6,1	6,2	7,3	7,4	8,5
Japão (a)	6,5	6,7	5,9	6,8	7,6	8,0	4,5	4,7	4,5	5,7	6,1	6,5	1,3	2,0	1,3	1,2	1,4	1,5
UE 15 (c)	7,0	7,1	7,2	8,1	8,2	9,0	5,5	5,6	5,5	6,0	6,1	6,0	1,5	1,5	1,7	2,1	2,1	2,3
OCDE (c)	6,8	6,6	7,0	7,7	8,0	8,9	5,1	5,0	5,1	5,5	5,7	6,4	1,7	1,8	1,9	2,2	2,3	2,5

Fonte: OCDE Health Data, 2006

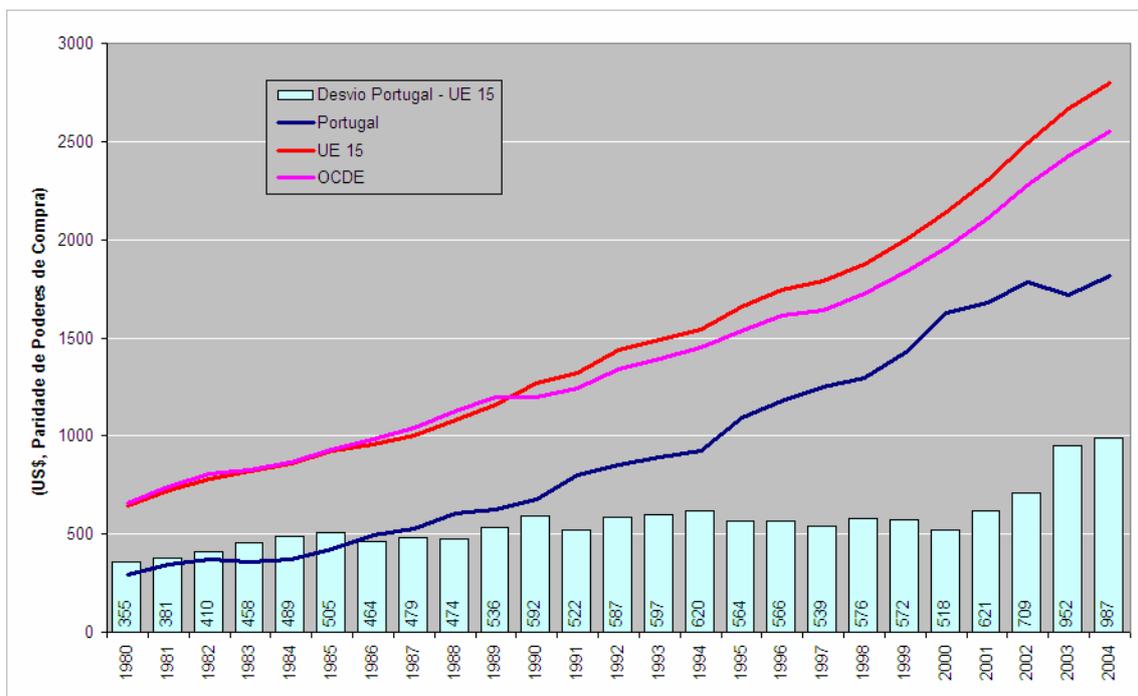
Notas: (a) Valores de 2003; (b) Despesa de Investimento não dividida entre Público e Privado; (c) Média não ponderada dos valores disponíveis

Figura 3. Evolução dos gastos totais, públicos e privados com a saúde *per capita* em Portugal, entre 1990 e 2004



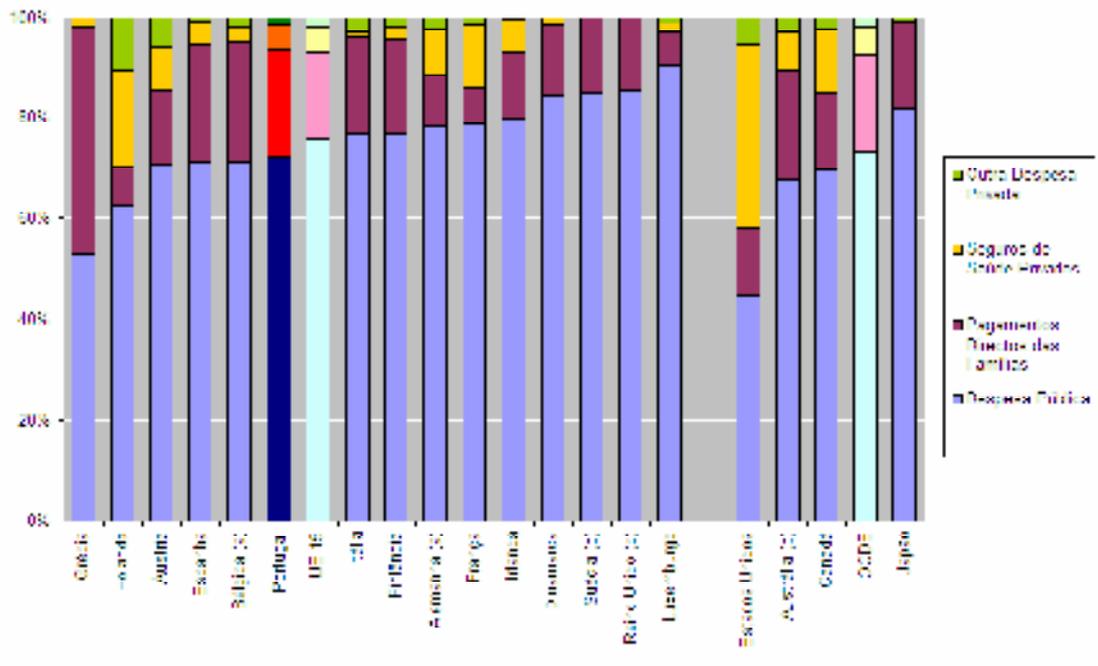
Fonte: OCDE Health Data, 2006

Figura 4. Evolução dos gastos com a saúde, *per capita*, em paridade de poderes de compra em Portugal, UE 15 e OCDE, entre 1990 e 2004



Fonte: OCDE Health Data, 2006

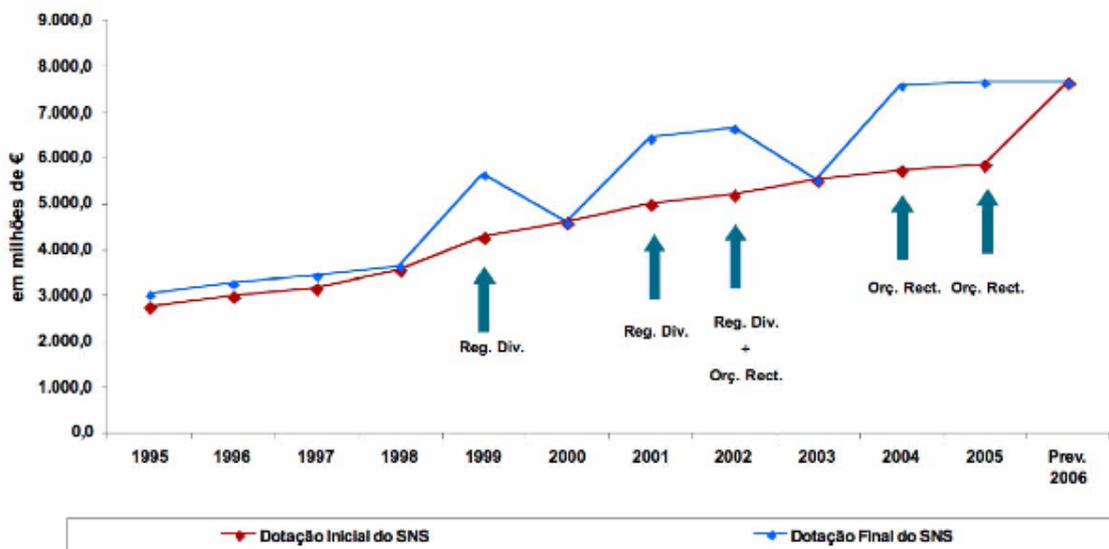
Figura 5. Fontes de Financiamento dos gastos com a saúde em 2004



Fonte: OCDE Health Data, 2006

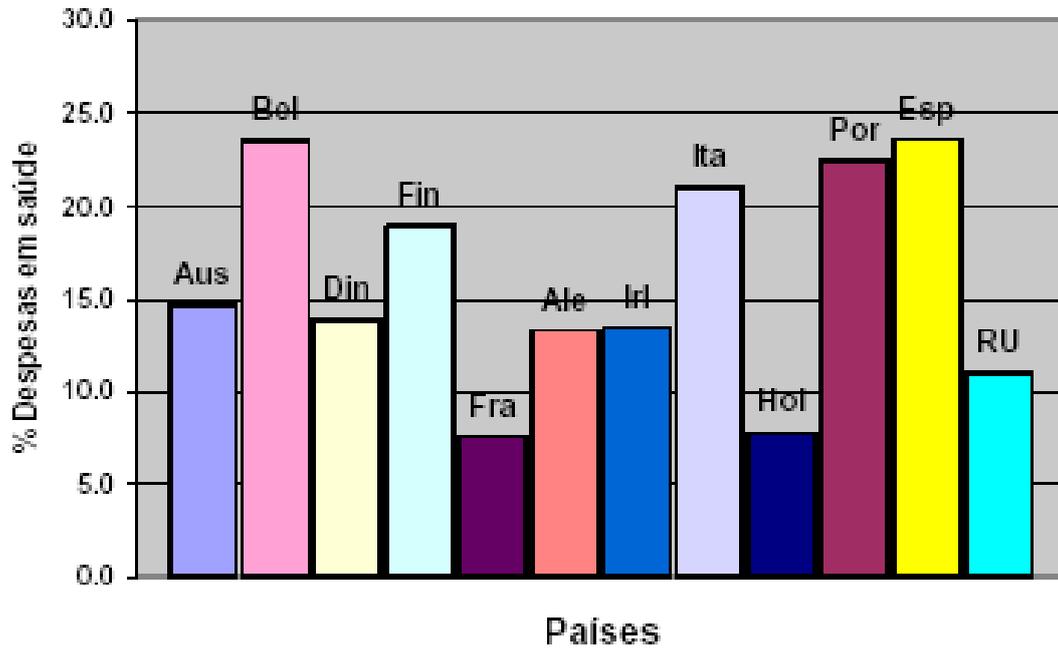
Notas: (a) Valores de 2003; (b) Valores de 2002; (c) Repartição da despesa privada não disponível

Figura 6. Evolução das dotações do Orçamento do Estado para o SNS



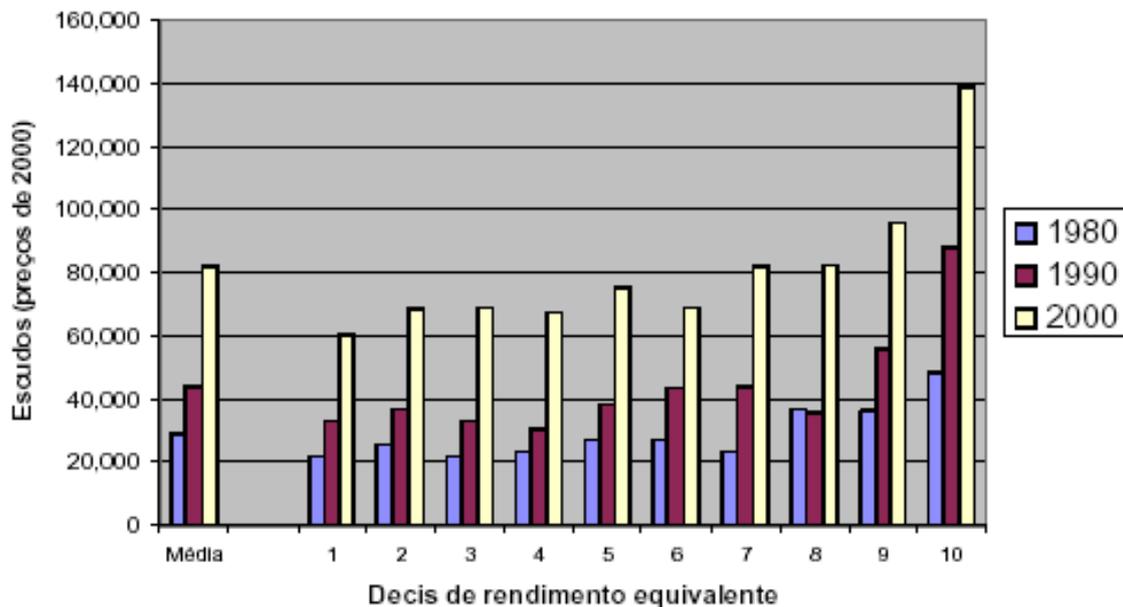
Fonte: IGIF, 2006

Figura 7. Despesas directas em percentagem das despesas totais em saúde em alguns países europeus (2004 ou ano mais próximo)



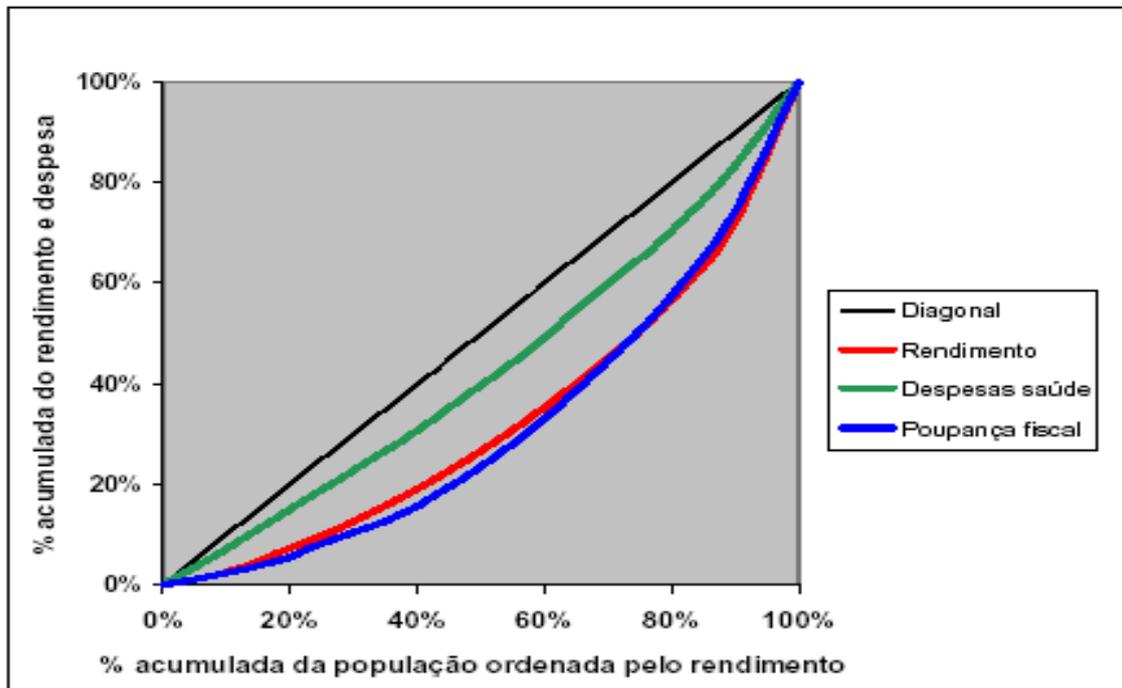
Fontes: OCDE Health Data 2006; INE - Conta Satélite da Saúde, 2006

Figura 8. Evolução das despesas em saúde por decis de rendimento em 1980,1990 e 2000, a preços constantes



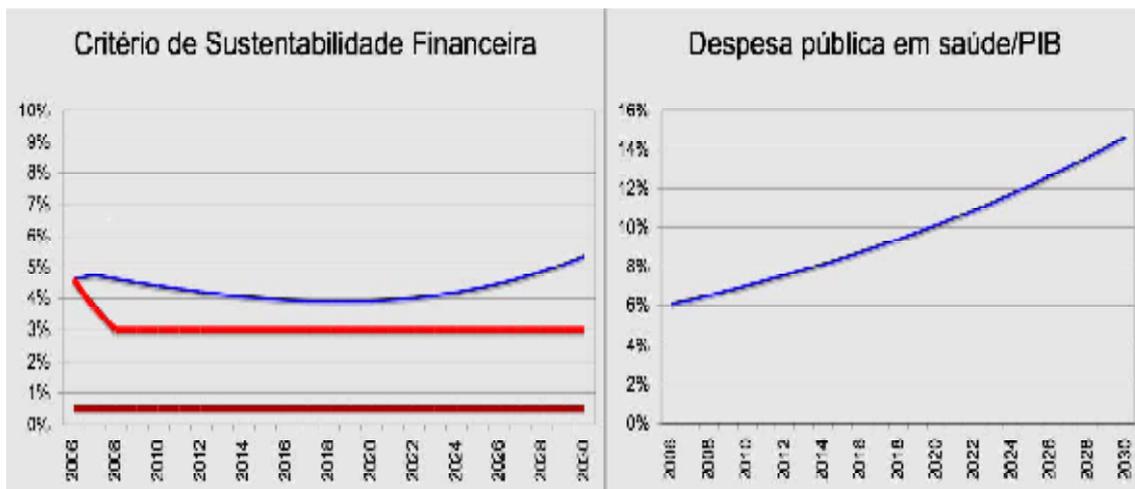
Fonte: Relatório para a sustentabilidade do financiamento da saúde

Figura 9. Curvas de Lorenz do rendimento e de concentração das despesas em saúde e da poupança fiscal – 2000



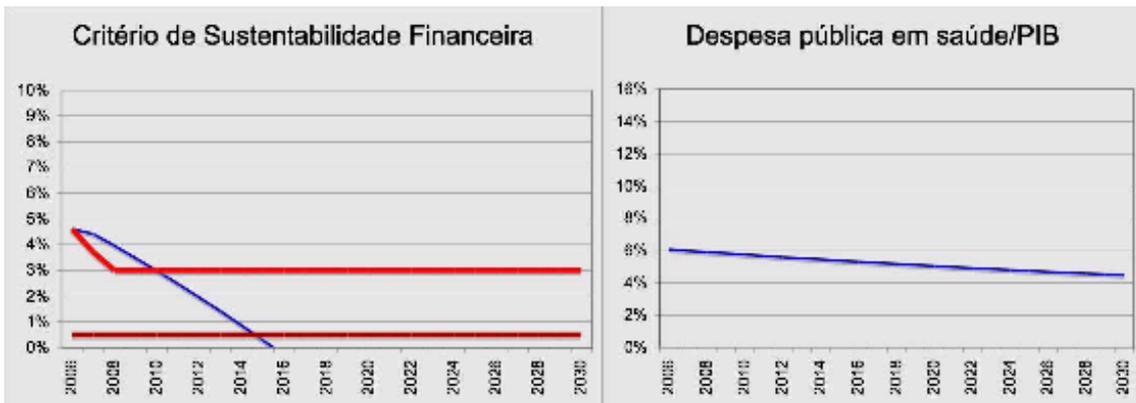
Fonte: Relatório para a sustentabilidade do financiamento da saúde

Figura 10. Evolução do sistema (tendência histórica)



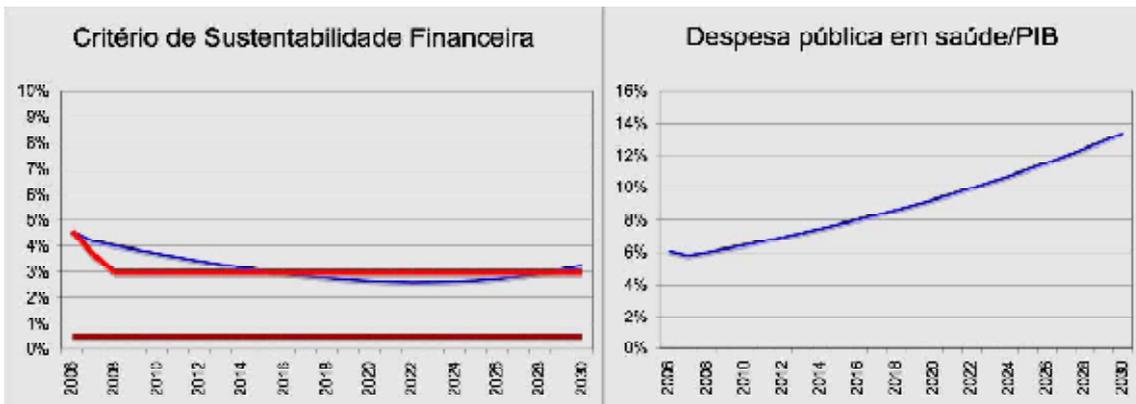
Fonte: Relatório para a sustentabilidade do financiamento da saúde

Figura 11. Evolução natural (tendência dos últimos dois anos)



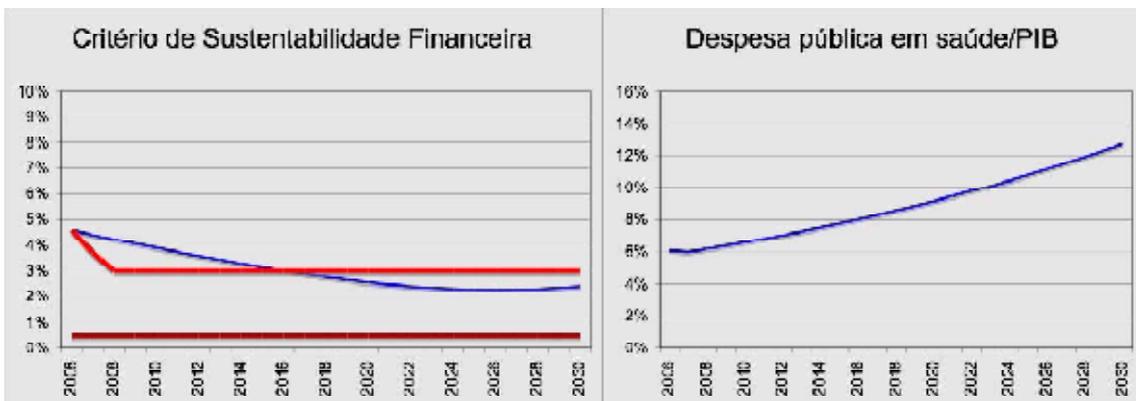
Fonte: Relatório para a sustentabilidade do financiamento da saúde

Figura 12. As medidas do OE 2007



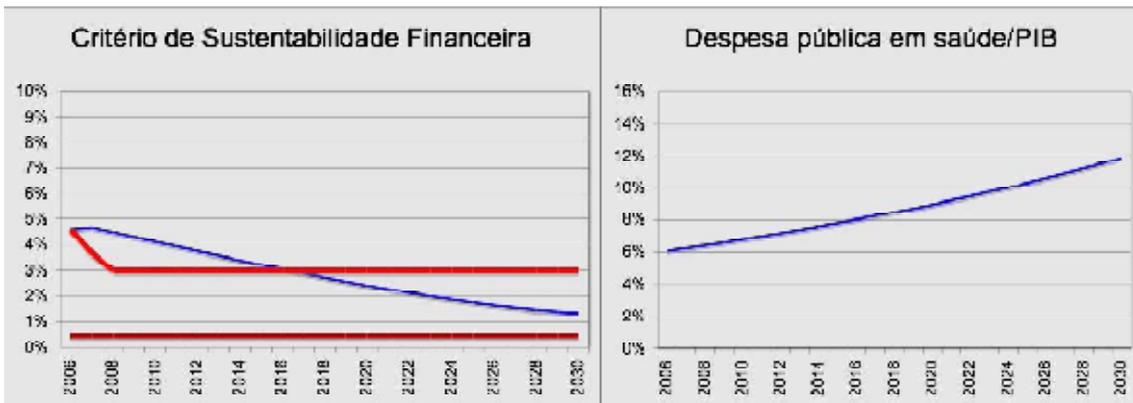
Fonte: Relatório para a sustentabilidade do financiamento da saúde

Figura 13. Ganhos de eficiência de 5%



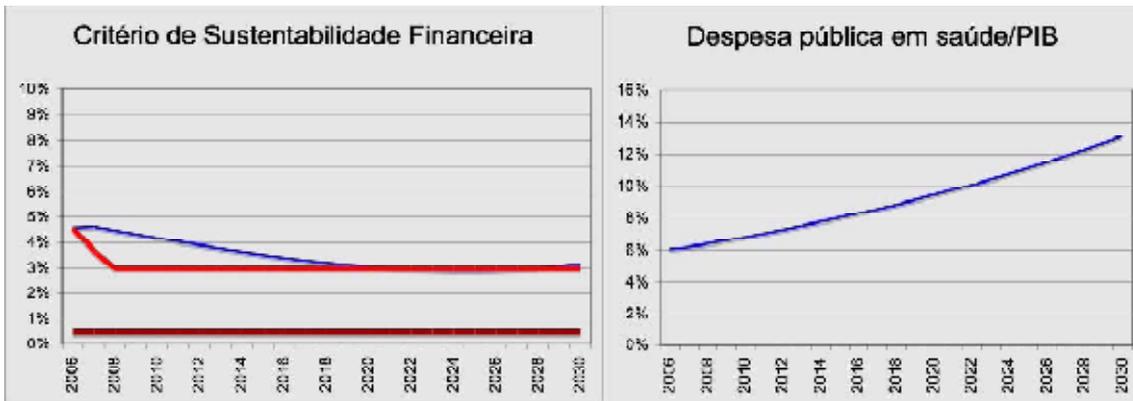
Fonte: Relatório para a sustentabilidade do financiamento da saúde

Figura 14.Efeito da generalização da aplicação da avaliação económica



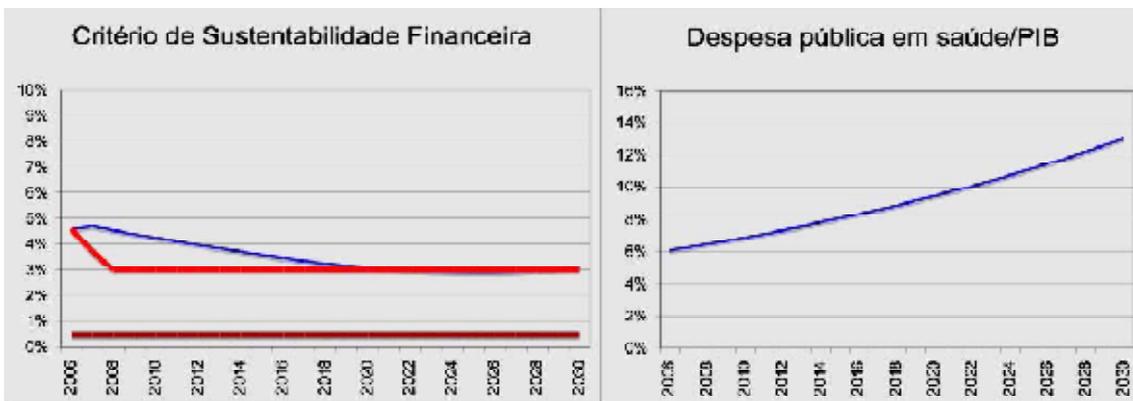
Fonte: Relatório para a sustentabilidade do financiamento da saúde

Figura 15.Eliminação dos subsistemas públicos do espaço orçamental



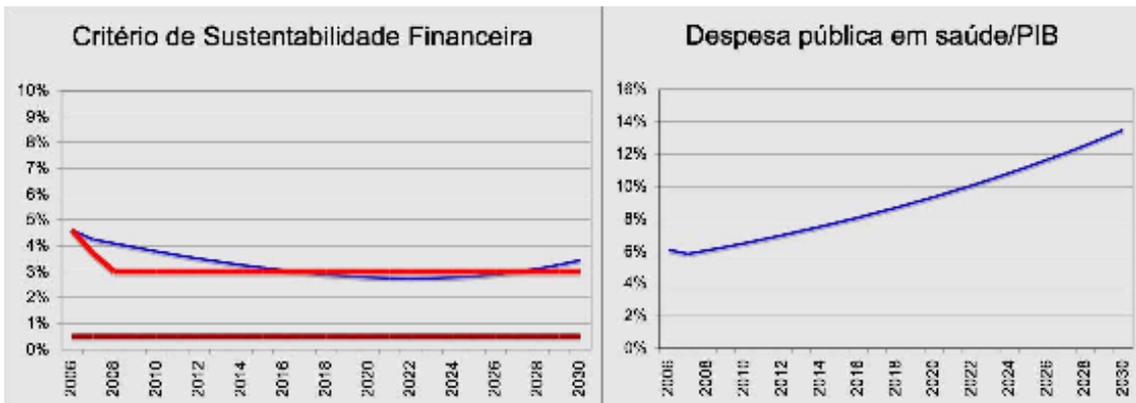
Fonte: Relatório para a sustentabilidade do financiamento da saúde

Figura 16.Efeito de preço diferenciado para elevada utilização



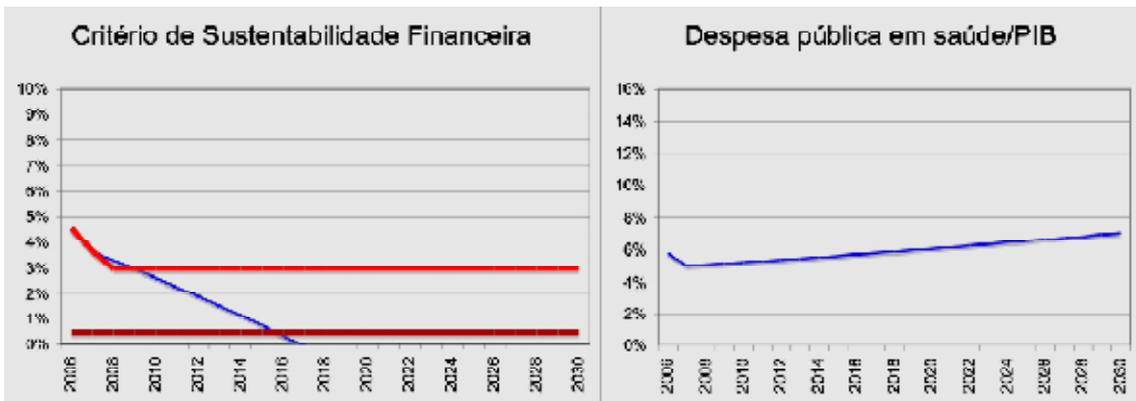
Fonte: Relatório para a sustentabilidade do financiamento da saúde

Figura 17.Passagem para financiamento por seguro social



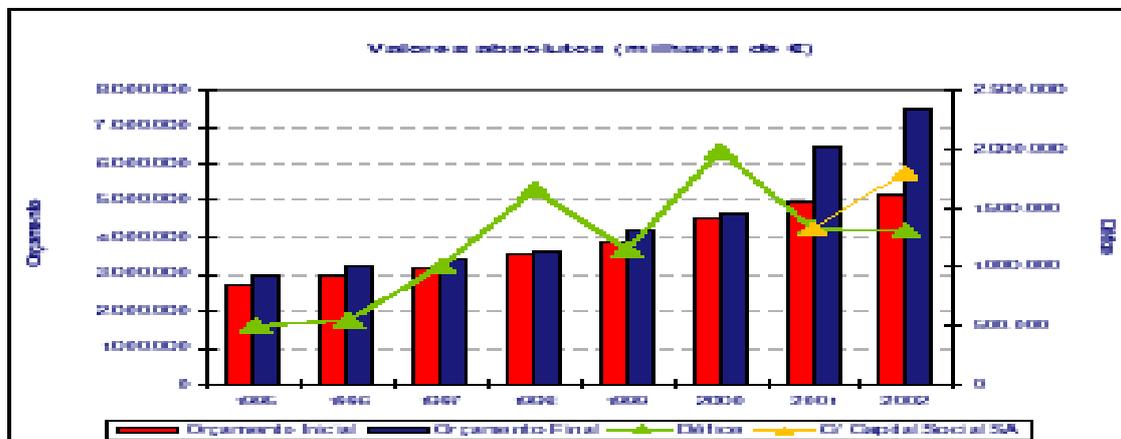
Fonte: Relatório para a sustentabilidade do financiamento da saúde

Figura 18.Cenário conjunto



Fonte: Relatório para a sustentabilidade do financiamento da saúde

Figura 19.Evolução do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde



Fonte: ENSP

Figura 20. Saúde no contexto da saúde global, da Europa e de Portugal



Fonte: ENSP

Quadro 1. Impacto do efeito demográfico nas despesas públicas em saúde e em cuidados continuados, em % do PIB, entre 2005 e 2050, de acordo com OCDE

	Despesa pública com cuidados de saúde (%PIB)			Despesa pública com cuidados continuados (%PIB)				
	2005	2050		2005	2050			
		Efeito demográfico	Cost-pressure		Cost-containment	Efeito demográfico	Cost-pressure	Cost-containment
Portugal	6,7	7,7	10,9	9,1	0,2	1,3	2,2	1,3
OCDE	5,7	6,3	9,6	7,7	1,1	2,3	3,3	2,4

Fonte: OCDE, 2006

Quadro 2. Aposta na melhoria da eficiência por parte dos portugueses:

Oposição	9,06%
Nem a favor nem contra	31,46%
Apoio	59,48%

Fonte: Relatório para a sustentabilidade do financiamento da saúde, com base em Lopes e Magalhães (2006).

Quadro 3. Os portugueses e o aumento dos subsistemas:

Oposição	42,51%
Nem a favor nem contra	39,88%
Apoio	17,69%

Fonte: Relatório para a sustentabilidade do financiamento da saúde, com base em Lopes e Magalhães (2006).

Quadro 4. Cenários e o rácio despesa pública em saúde/PIB

Cenários	Despesa pública em saúde/PIB 2010	Despesa pública em saúde/PIB 2020	Despesa pública em saúde/PIB 2030
1 Evolução natural do sistema de saúde sem ganhos de eficiência	7,02%	10,12%	14,61%
2 Evolução do sistema de saúde com ganhos de eficiência (5%)	6,59%	9,15%	12,71%
3 Maior utilização de mecanismos de avaliação económica	6,78%	8,95%	11,83%
4 Retirada do espaço orçamental dos subsistemas públicos	6,71%	8,86%	11,71%
5 Desenvolvimento de cobertura alternativa (<i>opting-out</i>)	6,71%	9,25%	12,77%
6 Redução dos benefícios fiscais associados com despesas privadas em cuidados de saúde	6,74%	9,77%	14,18%
7 Aumentos dos pagamentos directos em serviços públicos de saúde	6,73%	9,70%	14%
8 Abrangência do SNS – limitação de coberturas	6,89%	9,47%	13,03%
9 Criação de seguro social	6,49%	9,35%	13,49%
10 Cenário conjunto	5,65%	6,90%	8,43%

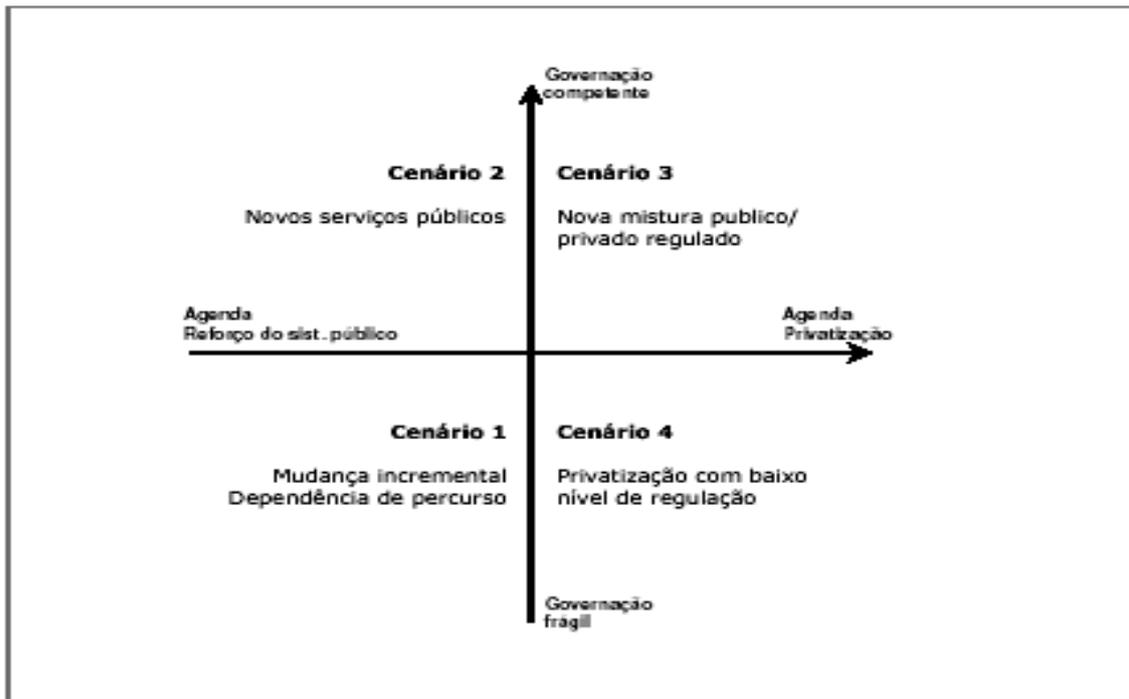
Fonte: Relatório para a sustentabilidade do financiamento da saúde

Quadro 5. Saldo orçamental/PIB

Cenários	Saldo Orçamental/PIB 2010	Saldo Orçamental/PIB 2020	Saldo Orçamental/PIB 2030
1 Evolução natural do sistema de saúde sem ganhos de eficiência	-4,40%	-3,93%	-5,36%
2 Evolução do sistema de saúde com ganhos de eficiência (5%)	-3,90%	-2,57%	-2,43%
3 Maior utilização de mecanismos de avaliação económica	-4,13%	-2,42%	-1,35%
4 Retirada do espaço orçamental dos subsistemas públicos	-4,05%	-2,28%	-1,13%
5 Desenvolvimento de cobertura alternativa (<i>opting-out</i>)	-4,04%	-2,74%	-2,60%
6 Redução dos benefícios fiscais associados com despesas privadas em cuidados de saúde	-4,36%	-3,76%	-5,01%
7 Aumentos dos pagamentos directos em serviços públicos de saúde	-4,06%	-3,30%	-4,31%
8 Abrangência do SNS – limitação de coberturas	-4,25%	-3,09%	-3,09%
9 Criação de seguro social	-3,78%	-2,78%	-3,44%
10 Cenário conjunto	-3,12%	0,16%	3,73%

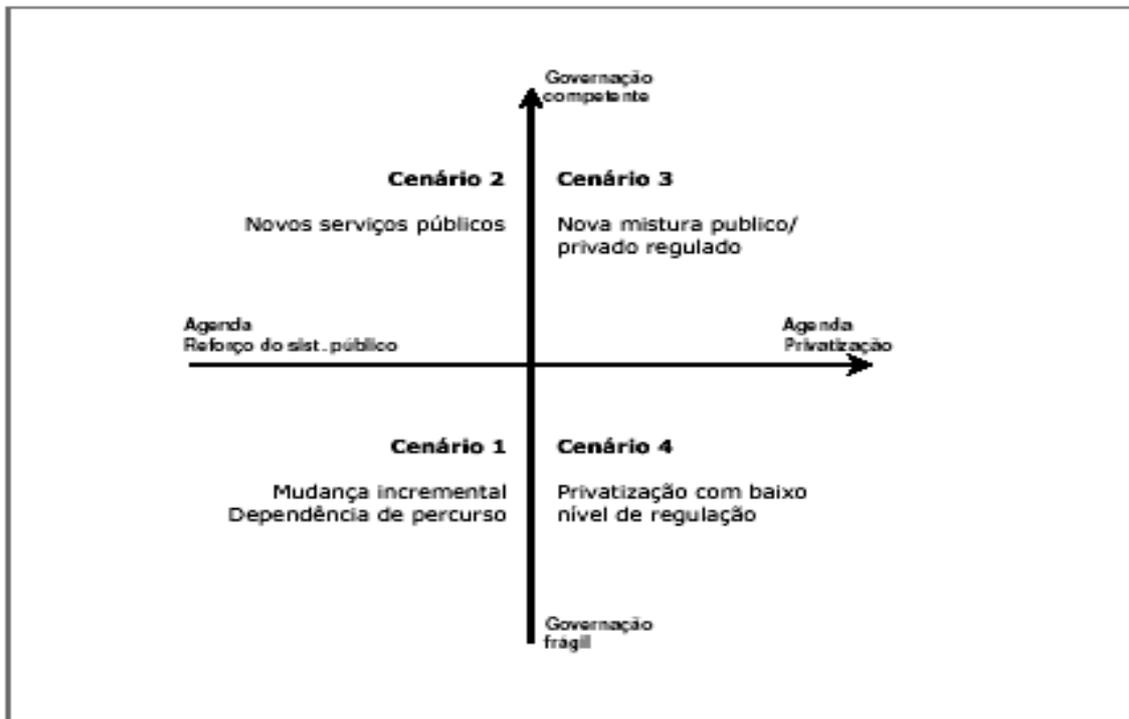
Fonte: Relatório para a sustentabilidade do financiamento da saúde

Quadro 6. Agenda política e capacidade de governação



Fonte: ENSP

Quadro 7. Qualidade em Saúde



Fonte: ENSP

Bibliografia

AMARAL, D. Freitas. (1994), Curso de Direito Administrativo, Vol. I, 2ª ed., Coimbra, Almedina.

ARAÚJO, J. F. F. Esteves. (2004), A Reforma do Serviço Nacional de Saúde – O novo contexto de gestão pública, Universidade do Minho.

BAGANHA, Maria Ioannis., J. S. Ribeiro., e S. Pires (2002), O Sector da Saúde em Portugal – Funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. Paperback. Oficina do CES. N.º 182. Centro de Estudos Sociais, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

BARROS, Pedro Pita. (2009), Economia da Saúde – Conceitos e comportamentos, Almedina.

BARROS, Pedro Pita. (2000), A Economia dos Serviços de Saúde: Sector público e sector privado.

BARROS, Pedro Pita. (1999), Que relação com o Serviço Nacional de Saúde? (na prestação)

BARROS, Pedro Pita. (2004), O “*mixed Bang*” das Reformas do Sector da Saúde pós-2002, Revista Portuguesa de Saúde Pública, Volume Temático: 4: 51-56.

BARROS, Pedro Pita. (2008), Os modelos de financiamento da saúde e as formas de pagamento aos hospitais: em busca da eficiência e da sustentabilidade. 3ª Conferência de Gestão Hospitalar dos Países de Língua Portuguesa.

BARROS, Pedro Pita. (1999), Eficiência e qualidade – Mitos e contradições. Colóquio debate “Eficiência e Justiça em Cuidados de Saúde”, Academia das Ciências, Lisboa.

BARROS, Pedro Pita. (1998), “Qualidade em cuidados de saúde – avaliação e melhoria”, Encontro anual da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

BELL, Judith. Doing your research project – a guide for the first time researchers in education and social science. 2. Reimp. Milton Keynes, England: Open University Press, 1989. 145p.

BRYMAN, Alan., Bell, Emma. (2007), Business research methods. Second edition, Oxford.

CAMPOS, Alexandra Pagará. (2005), A transformação dos Hospitais SA em EPE. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Vol. 23, N.º 2

CAMPOS, António C., (2003), Hospital-Empresa – Crónica de um nascimento retardado. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Vol. 21, N.º 1

CAMPOS, António C., (2008), Reformas da Saúde – O fio condutor, Almedina.

COMISSÃO PARA AVALIAÇÃO DOS HOSPITAIS SA. (2006), Resultados da Avaliação dos Hospitais SA.

CURADO, Henrique. (2004), A Organização e Estrutura do sistema de Saúde Português e os Modelos de Gestão Hospitalar. ESTSP.

DECRETO-LEI N.º 413/71, de 27 de Setembro

DECRETO-LEI N.º 414/71, de 27 de Setembro

DECRETO-LEI N.º 382/91, de 6 de Outubro

DECRETO-LEI N.º 11/93, de 15 de Janeiro

DECRETO-LEI N.º 59/99, de 2 de Março

DECRETO-LEI N.º 197/99, de 8 de Junho

DECRETO-LEI N.º 558/99, de 17 de Dezembro

DELGADO, Manuel. (2008), Revista de Gestão Hospitalar n.º 34.

ELLET, William. (2007), The Case Study Handbook. Harvard Business School

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. (2007), – O futuro do Sistema de Saúde Português, “Saúde 2015”.

ESTORNINHO, Maria João. (2008), Organização Administrativa da Saúde – Relatório sobre o programa, os conteúdos e os métodos de ensino, Almedina.

EURO HEALTH CONSUMER INDEX. (2007)

FRAGATA, José. (2006), Risco Clínico – Complexidade e performance, Almedina.

GOMES, Jean-Pierre., Barros, P. Pita. (2002), Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia – Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português. GANEC/Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa

GOMES, J. C. Rodrigues. (2002), EU Masters in Health Promotion – *“Short profile of Portugal main health issues and the characteristics of the health system”*.

GONÇALVES, Pedro. (2008), Entidades Privadas com Poderes Públicos, Almedina.

HALM EA, Lee C, Chassin MR. Appendic C. *“How is volume related to quality in health care? A systematic review of the research literature”*. In: Hewitt M, editor. Interpreting the volume-outcome relationship in the context of health care quality: workshop summary. Washington, DC: National academy Press, 2000

O caso do Hospital Fernando da Fonseca

HARRIS, J. E., (1997), *“The internal organization of hospitals: some economic implications”*, Bell Journal of Economics, 8: 467-482.

HARTLET, Jean F. (1994), Case studies in organizational research. In: CASSELL, Catherine., SYMON, Gillian (Ed.), *Qualitative methods in organizational research: a practical guide*. London.

LEI N.º 56/79, de 15 de Setembro

LEI N.º 48/90, de 24 de Agosto

LEI N.º 14/96, de 6 de Março

LEI N.º 27/2002, de 8 de Novembro

MARQUES, M. M. Leitão., Moreira, Vital. (2003), *A mão visível – Mercado e regulação*. Coimbra, Almedina.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1998), *Sistema Português de Qualidade em Saúde*

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2004), *Plano Nacional de Saúde 2004/2010*

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2007), *Relatório para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde*.

MOLINIÉ, M. Éric. (2005), *L’Hôpital Public en France – Bilan et Perspectives*.

MORIN, Estelle. (1994), *L’efficacité de l’organisation*, Montréal, Ed. Gaetan Morin

MOURA, M. Carneiro. (2006), *Mudanças na Gestão dos Sistemas de Saúde – O Modelo Canadiano*.

OLIVEIRA, Mónica. (2003), *Financing of Mental Health Care Systems: Portugal*. Primeiro relatório preparado para a European Mental Health Economics Network.

PARREIRA, Pedro M. (2006), *Eficácia organizacional em contexto hospitalar: O impacto da complexidade na liderança*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Tese de Doutoramento.

PAULO, G. N. Nobre. (2003), *Satisfação dos Profissionais de Saúde. Avaliação em dois Modelos de Gestão Hospitalar – Adaptação e avaliação cultural do Hospital Employee Judgment System*. Coimbra: Faculdade de Economia. Dissertação de Mestrado.

PETTIGREW, A., E Whipp, R. (1991), *Managing Change for Competitive success*. Oxford: Blackwell.

O caso do Hospital Fernando da Fonseca

RAVARA, Filipe., P. Silva. (2008), Hospital Dr. Fernando da Fonseca. Universidade Lusíada de Lisboa.

RIBEIRO, O. Paiva. (2005), Satisfação dos Profissionais de Saúde. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Dissertação de Mestrado.

SALE, Diana. (1998), Garantia da qualidade nos cuidados de saúde: para os profissionais da equipa de saúde, Princípia.

SENA, Catarina., Barros, P. Pita. (1999), “Quanto maior melhor? Redimensionamento e economias de escala em três hospitais portugueses”, Revista Portuguesa de Saúde Pública, 17(1): 5-18

SIMÕES, Jorge. (2004), Retrato Político da Saúde – Dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho, Almedina.

TAVARES, José F. F., (2005), A ponderação de interesses na gestão pública Vs. Gestão privada, Almedina.

TAYLOR, Frederick W. (1991), The Principles of Scientific Management. New York, Haper & Brothers.

TOMÁS, Alexandre., P. K. Moreira. (2008), Incentivos a Profissionais de Saúde – Desenvolvimentos Conceptuais para Portugal. Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar.

UGÁ, Maria Alicia Domínguez. (2000). Sistema de pagamento prospectivo por procedimento – A experiência norte-americana.

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA., JOSÉ DE MELLO SAÚDE. (2008), Avaliação da experiência de gestão privada do Hospital Fernando da Fonseca.

VARANDA, Jorge. (2004), Hospitais – A longa margem da empresarialização. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Volume Temático: 4, 2004

VASCONCELOS, Luís. (2004), As Parcerias Público-Privadas na Saúde. I Jornadas de Hospitalização Privada. Melhor Saúde para os Portugueses.

Sites Úteis

<http://www.acss.min-saude.pt/>

<http://www.apdh.pt/>

<http://www.apegsaude.org/>

<http://www.apes.pt/>

<http://www.aphp-pt.org/inicio.html>

<http://www.appsp.org/>

<http://www.hope.be/>

<http://www.hospitaisepe.min-saude.pt/>

<http://www.ihf-fih.org/jsp/index.jsp>

<http://www.ina.pt>

<http://www.ine.pt>

<http://www.josedemellosaude.pt>

<http://www.observaport.org/OPSS>

<http://www.oecd.org>

<http://ppbarros.fe.unl.pt/textos-saude.html>

<http://www.saude-em-rede.org/>

<http://www.who.int/en/>