

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

As Parcerias Público-Privadas no Setor da Saúde: O Caso Português

Beatriz Clemente Costa de Oliveira Taborda

Mestrado em Economia e Políticas Públicas

Orientador:

Professor Doutor Ricardo Paes Mamede, Professor Associado,
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

outubro, 2023



CIÊNCIAS SOCIAIS
E HUMANAS

Departamento de Economia Política

As Parcerias Público-Privadas no Setor da Saúde: O Caso Português

Beatriz Clemente Costa de Oliveira Taborda

Mestrado em Economia e Políticas Públicas

Orientador:

Professor Doutor Ricardo Paes Mamede, Professor Associado,
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

outubro, 2023

Aos meus pais, Jorge e Alice. Pelo amor e apoio incondicional.

*Ao meu orientador, Professor Doutor Ricardo Paes Mamede.
Pela disponibilidade e partilha do saber.*

Aos médicos entrevistados. Pelo contributo e voto de confiança.

A todos, o meu eterno obrigado.

Resumo

A presente Dissertação visa empreender uma análise crítica das Parcerias Público-Privadas no Setor da Saúde em Portugal. Produto de uma transversalidade particularmente sensível entre os países da União Europeia, traduzida na dificuldade em coadunar a satisfação das necessidades dos cidadãos com o controlo das contas públicas, o que, aliás, constitui um dos mais intrincados desafios das políticas públicas, a solução tem passado pelo recurso a esta modalidade contratual como alternativa de gestão e de financiamento nas unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, para a construção das infraestruturas e prestação dos serviços a ele associados e, a partir daí, transpostos, durante um determinado período de tempo, para os operadores privados. Sob a tutela destes, ficaram também os profissionais que já exerciam ou passaram a exercer funções nessas mesmas unidades, onde se inclui a classe médica, largamente ligada à qualidade dos serviços de saúde em primeira instância, procurando-se, por isso, compreender as suas considerações sobre o impacto desta configuração no plano operacional, confrontando-a com as práticas de gestão pública, com o propósito último de perscrutar as vantagens e desvantagens do modelo em estudo e de apontar possíveis soluções para obviar ou, pelo menos, minorar os problemas existentes neste domínio.

Palavras-Chave: Parcerias Público-Privadas, Setor da Saúde, Portugal, Políticas Públicas.

Classificação JEL: I18, L38.

Abstract

This Dissertation aims to critically analyse Public-Private Partnerships in Portugal's Health Sector. As a result of a particularly sensitive issue among European Union countries, reflected in the difficulty of reconciling the satisfaction of citizens' needs with the control of public accounts, which is one of the most complex challenges of public policy, the solution has been to resort to this contractual modality as an alternative for management and financing of National Health Service hospitals, for the construction of infrastructures and the provision of related services, which are subsequently transferred to private operators for a given period of time. Under their guidance were also the professionals already working or starting to work in the same hospitals, including the medical profession, which is largely responsible for the quality of health services. We therefore sought to understand their reflections on the impact of this configuration at an operational level, compared with public management practices, with the ultimate objective of examining the advantages and disadvantages of the model under study and identifying possible solutions to avoid, or at least minimise, the problems that exist in this area.

Keywords: Public-Private Partnerships, Health Sector, Portugal, Public Policy.

Jel Classification: I18, L38.

Índice

Resumo	iii
Abstract	v
Índice de Figuras e Quadros	ix
Glossário de Siglas	xi
Introdução	1
Capítulo 1. As Parcerias Público-Privadas na Gestão dos Hospitais Públicos em Portugal	3
1.1. O Papel do Setor Privado na Saúde	3
1.2. As Parcerias Público-Privadas no Setor da Saúde	4
1.3. A Experiência Portuguesa	7
Capítulo 2. Especificidades dos Regimes de Gestão e Implicações para a Organização dos Hospitais	17
2.1. Especificidades da Gestão em Regime de PPP face à Gestão Pública	17
2.2. Implicações Organizacionais Conhecidas e Expectáveis	20
Capítulo 3. Trabalho de Campo	23
3.1. Metodologia	23
3.2. Caracterização da Amostra	24
3.3. Principais Resultados	26
Discussão e Conclusões	37
Fontes	41
Referências Bibliográficas	45
Anexos	49
A. Guião de Entrevista	49
B. Entrevistas	51

Índice de Figuras e Quadros

Figuras:

Figura 1.1 – Variação da receita e despesa do SNS e respetiva evolução do saldo orçamental, entre 2014 e 2022 (em milhões de euros)	9
Figura 1.2 – Desagregação dos investimentos previstos na Componente 1 do PRR, relativa ao SNS (em milhões de euros)	10
Figura 1.3 – Orçamento inicial <i>versus</i> execução orçamental do SNS, entre 2010 e 2023 (em milhões de euros)	10

Quadros:

Quadro 3.1 – Caracterização da Amostra	24
Quadro 3.2 – Caracterização da Amostra (continuação)	25

Glossário de Siglas

DE-SNS – Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde

EPE – Entidade Pública Empresarial

NHS – *National Health Service*

NPM – *New Public Management*

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PFI – *Private Finance Initiative*

PIB – Produto Interno Bruto

PPP – Parcerias Público-Privadas

PRR – Programa de Recuperação e Resiliência

PT2020 – Portugal 2020

PT2030 – Portugal 2030

SA – Sociedade Anónima

SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UE – União Europeia

VfM – *Value for Money*

Introdução

O estudo das Parcerias Público-Privadas (PPP) na Saúde em Portugal tem contribuído para um fervoroso debate aos níveis político-partidário e académico-científico. Envoltas naquilo que Guri Weihe denomina de «conceito nebuloso» (Weihe 2005), por conta da ausência de unicidade e universalidade em termos definicionais, mas enquadradas num contexto que visa contornar as fortes limitações orçamentais fixadas no espaço da União Europeia (UE) (CE 2004), decorrentes do cumprimento dos critérios de adesão à moeda única, e impulsionar um movimento revigorador do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Silva 2009; Simões 2004), com o intuito fundamental de lhe conferir maior eficiência, esta incursão não se esgota, como se vê, no envolvimento da esfera privada mediante relações contratuais, antes prolonga a análise através dos impactos que tem tido – e que ainda podem resultar – para o setor em questão. Indesligável deste quadro, soma-se toda a linha de discussão sobre a viabilidade do SNS, significativamente dependente da capacidade de recrutamento e retenção de profissionais, a qual tem sido seriamente posta em causa pelos grupos privados de saúde, sem esquecer as opções políticas dos sucessivos governos, destacando-se, entre estes, a classe médica, pelo facto de estar, em larga medida e em primeira instância, associada à qualidade dos serviços de saúde.

Constituindo este um dos principais desafios à sustentabilidade do serviço público de saúde, pretende-se com o presente trabalho empírico um aprofundamento das experiências alternativas de gestão e de financiamento instituídas na rede hospitalar pública, a partir de um retrato abrangedor das idiossincrasias, dinâmicas e vicissitudes que as definem, cruzado com as perspetivas do corpo médico acerca do modelo gestor enunciado e do mesmo em comparação direta com a gestão pública. Para este efeito, delineou-se como pergunta de partida: «Quais as perceções da classe médica relativamente às diferenças sentidas entre os hospitais públicos e os hospitais geridos em regime de PPP, particularmente no que respeita ao clima organizacional, à disponibilidade de recursos (humanos, técnicos e financeiros) e à capacidade de resposta aos utentes?».

Concentramo-nos, neste sentido, naquela que designamos por operação comparativa, sustentando-a, numa primeira fase, numa extensa revisão de literatura sob a forma de livros, relatórios técnicos, artigos científicos, produção mediática e documentação legislativa nacional e comunitária, e, num segundo momento, na realização de entrevistas aos atores numerados, entendidas como um contributo interessante e relevante para o cumprimento dos desígnios traçados, na medida em que permitirão evidenciar as condições reais, vivenciadas no exercício

das suas funções, aclarando os resultados extraídos da pesquisa bibliográfica mobilizada e coletando outros que não são possíveis de ser deduzidos por intermédio de uma análise puramente literária. Acrescentar também que a decisão em redor do apuramento das dimensões acima divulgadas se deve ao facto de serem vetores hoje alvo de crítica no âmbito do SNS e, por isso, pertinentes para completar a nossa investigação, vindo enriquecer o debate em torno das virtudes e fragilidades do mecanismo PPP, além das possíveis ações preventivas e corretivas a tomar neste domínio.

Projeta-se assim uma abordagem que incorpora alguns dos grandes desafios que a Saúde, em especial a pública, atualmente enfrenta, tendo em vista uma dissertação que possa contribuir para um outro modo de olhar as PPP, nesta que deveria ser uma área prioritária de intervenção. E as ideias aqui expressas terão como base a seguinte estrutura: o capítulo I, corresponde ao enquadramento teórico realizado mediante a exploração do material reunido, levando em consideração os aspetos fundamentais relativos à evolução do setor privado, à experiência internacional em matéria de PPP e ao estado da arte em Portugal; o capítulo II, sistematiza a reflexão empreendida, intersetando-a com as especificidades dos dois modelos quanto ao tópico «gestão», identificando, sempre que possível, as diferenças entre ambos, e com as consequentes implicações daí resultantes para a organização das unidades hospitalares; o capítulo III, concentra a atenção na caracterização do trabalho de campo, dando voz aos referidos protagonistas, divulgando e dissecando ainda o núcleo argumentativo obtido; e, por último, dedicamo-nos à extração das principais conclusões à luz da informação recolhida.

As Parcerias Público-Privadas na Gestão dos Hospitais Públicos em Portugal

1.1. O Papel do Setor Privado da Saúde

O envolvimento do setor privado no domínio da saúde tem sido, ao longo dos anos, objeto de divergência, tanto ao nível político como ao nível técnico. Primeiramente remetido para um papel subsidiário (Lei n.º 56/79, de 15 de setembro) com atividades de escala dispersa e reduzida, a atuação deste ator foi sofrendo alterações, passando a assumir competências em matérias tipicamente cobertas pelos prestadores públicos e influência noutras áreas específicas e elementares como a medicina dentária, as consultas de especialidade e os exames de diagnóstico e terapêutica (Oliveira 2010). Desde então, assistiu-se a uma mudança de paradigma, com os grandes grupos económicos a surgirem como promotores e a apostarem numa lógica sincrónica de incremento da oferta privada e de obtenção de lucros, através dos elementos elencados, conjugados com a criação e gestão de edifícios hospitalares, com a expansão territorial e com a valorização dos seguros de saúde.

Acontece que esta ampliação de funções foi difundindo paulatinamente a perceção do Estado enquanto produtor ineficiente – outrora lembrada por Stiglitz (2000) e aqui recuperada – que, acompanhada de outras condicionantes como a deficitária capacidade do mesmo para dar resposta aos desafios contemporâneos, acabaram por exercer pressão no sentido de uma nova configuração organizacional e, na continuação dessa idealização, originar o chamado binómio público-privado (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto; Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto; Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de abril). A evolução entretanto consagrada e entendida como determinante não só pelo alargamento da rede de cuidados, mas também pela inversão do cenário de escassez de certos serviços, tornou-se, no entanto, dúplice devido à hegemonia do pensamento canalizado para o valor económico que, além do exposto, se correlaciona com o cariz dispendioso dos procedimentos oferecidos pelos intervenientes privados, constituindo logo à partida barreiras no acesso.

Não obstante o modelo de oferta retratado, para alguns autores concebido como *ad hoc* e, por isso, oportunista e para outros, como um veículo dos mecanismos de mercado associados a um conjunto de incentivos reputados como nucleares, é com a institucionalização desta combinação que a componente privada definitivamente conquista notoriedade neste campo. É o caso das alterações legislativas onde se legitima a participação do setor privado da saúde

numa relação de complementaridade com as entidades públicas; da emergência de instrumentos inovadores, com destaque para o estabelecimento de parcerias entre as partes mencionadas; da introdução de metas e de indicadores de desempenho, como a redução dos tempos de espera para atendimento, a erradicação das listas de espera nos demais segmentos ou a melhoria da acessibilidade; da acumulação ou da migração de funções por parte da classe médica, quando não vinculada ao regime de exclusividade¹; e da crescente atração e retenção de utentes, também devido à eclosão de uma nova categoria de consumidores movida pela constante procura de informação e, extensivamente, de melhores condições, o que se traduz num maior grau de exigência. Deste modo, se por um lado, a implantação de tal articulação exemplifica a forma como o Estado tem tentado colmatar as suas insuficiências e assegurar o direito constitucionalmente reconhecido à proteção da saúde (Canotilho e Moreira 2005), por outro, assume-se como uma progressiva aproximação aos processos característicos dos agentes privados, tão díspares no curso da ação.

Com a incorporação destas modificações e diferenciações, a rede privada conseguiu, por certo, recalibrar a sua imagem e, nessa medida, passar a ter um espectro de intervenção mais ativo. E isto beneficiando das falhas do setor público (Fernandes e Nunes 2016), um mote que ainda hoje subsiste.

1.2. As Parcerias Público-Privadas no Setor da Saúde

O conceito de PPP é, na sua génese, construtivo. Apontadas como um mecanismo alternativo de gestão e financiamento, através do qual os governos, de forma articulada com o setor privado, procuram atuar na concretização de projetos de investimento em infraestruturas e na provisão de serviços públicos (CE 2004; Silva 2009; Simões 2004), as PPP afiguram-se como uma solução vantajosa, se planeadas meticulosa e detalhadamente e executadas conforme o contratualmente estipulado. Trata-se assim de uma abordagem direcionada à prossecução do interesse público e à otimização da *performance* das unidades hospitalares, consubstanciada nos fundamentos principais de maximização da eficiência, da sustentabilidade, da produtividade e da eficácia (Simões 2004).

Nesta linha, e quando comparadas às modalidades de contratação tradicional, cingem-se à forma de operar os projetos, com o lado público a focalizar-se na determinação das necessidades, objetivos e *outputs*, bem como no pagamento dos serviços, e o privado nas

¹ Para uma compreensão mais precisa sobre este regime, veja-se o Decreto-Lei n.º 73/90, de 6 de março.

restantes fases do processo que vão desde a conceção, passando pela construção, financiamento e manutenção até à exploração dos ativos² (Sarmiento 2013). Uma configuração, no plano teórico, benigna, sobretudo num contexto de restrição orçamental, resultante das obrigações contempladas no Tratado de Maastricht (valor de referência de 3% para o défice orçamental e de 60% para o rácio da dívida pública) e no Pacto de Estabilidade e Crescimento (saldos orçamentais próximos do equilíbrio ou excedentários) (TUE 1992; Regulamento (CE) n.º 1466/97 do Conselho, de 7 de julho), que corporizam um espaço de inação ou de reduzido dinamismo, especialmente ao nível do investimento infraestrutural e social, muito por receio do acionamento dos procedimentos de penalização por estes introduzidos (Regulamento (CE) n.º 1467/97 do Conselho, de 7 de julho).

Na senda desta conjunção, diversos países têm optado pela aplicação de tal mecanismo, realçando-se o Reino Unido, pioneiro na sua criação e implementação. Recuando à década de 1990 e ao governo de John Major, assistiu-se ao lançamento do programa *Private Finance Initiative* (PFI) no âmbito do *National Health Service* (NHS), com a pretensão de aglutinar a combinação ótima dos custos e da qualidade dos serviços e a satisfação das expectativas e exigências dos utilizadores ou, por outras palavras, de gerar *Value for Money* (VfM) (Silva 2009). A efetivação destes pressupostos, intrinsecamente dependentes da colocação em prática das responsabilidades do parceiro privado acabou por encontrar suporte nos seguintes fatores: o primeiro, relacionado com a não centralidade em torno do tratamento contabilístico, possibilitando a execução dos planos de investimento sem transgredir as limitações estabelecidas pelo quadro normativo explanado, ao diluir no tempo os pagamentos atinentes ao provimento dos ativos então transferidos para o lado privado e, por esse motivo, não inscritos nas contas públicas³; o segundo, com a não imputação ao operador privado da gestão hospitalar e clínica nem da prestação de cuidados de saúde, ficando este somente a cargo do fornecimento de serviços infraestruturais e de apoio/logísticos⁴; e o terceiro, com a posterior reversibilidade dos ativos para o setor público, uma vez findo o período de vigência do contrato, encarregando-se doravante de todas as responsabilidades (Silva 2009; Pereira 2013; Turrini 2004; Simões 2004). Adquirindo particular atenção, os aspetos enumerados assumiram uma posição de

² Cadeia de atividades prevalecente em Portugal e genericamente conhecida pela sigla DBFO (*Design-Build-Finance-Operate*) (Sarmiento 2013).

³ Critério definido pelo Eurostat, possibilitando o registo dos ativos envolvidos nas PPP como sendo do parceiro privado, sem impacto imediato no défice e na dívida pública de cada país (EC 2004). Estamos, pois, diante de um «investimento privado de iniciativa pública» (Pereira 2013, p. 57).

⁴ Estes serviços assumem a seguinte tipologia: os *hard facilities management*, englobantes da manutenção do espaço, como por exemplo, a jardinagem e o estacionamento, e os *soft facilities management*, abrangedores da alimentação, limpeza, segurança, etc. (Simões 2004).

influência, fazendo sobressair o carácter atrativo do modelo e, por conseguinte, conduzir à replicação do mesmo à escala global, incluindo em Portugal, conquanto num formato relativamente distinto⁵.

Com efeito, da atratividade à consensualidade e *praxis* persiste uma distância relevante. De acordo com Liebe e Pollock (2009) e Pollock et al. (2011), os resultados da iniciativa britânica não se coadunaram com as esperanças fundadas, acabando as instalações acordadas por se revelar mais onerosas do que se financiadas pelo próprio aparelho público. Associado a isso, levantam-se outros inconvenientes como a complexidade e a duração inerentes ao mecanismo em apreço (entre 25 a 30 anos⁶); o elevado volume de encargos atuais e futuros, causa e consequência da sua utilização intensiva e contabilização fora do perímetro do Orçamento de Estado, os quais, acrescente-se, sem surpresas, depressa foram – e continuam a ser – interpretados como um elemento limitador do processo de consolidação das finanças públicas do país; e claro, a matriz de riscos, colocando em sede de debate a simetria entre o Estado e os consórcios privados e, subsequentemente, os processos de renegociação e de reequilíbrio financeiro (Sarmiento 2013; Sarmiento e Renneboog 2017). Impactos, aliás, testemunhados em várias experiências internacionais, nomeadamente no Canadá e na Austrália (Whiteside 2013; English 2005), e que permitem conceptualizar a figura alvo como volúvel, isto é, uma figura que tanto pode envolver vantagens para o coletivo, como resultar num escalar dos problemas de ordem orçamental e, nesse sentido, numa decisão lesiva para a sociedade.

É, portanto, a partir destes factos que se situa a base dos requisitos a materializar, caso se pretenda rotinizar o regime de PPP neste setor. Destaque para o recurso prévio e adequado do Comparador do Setor Público, uma ferramenta muitas vezes ignorada, mas imperiosa, uma vez que reúne os custos hipotéticos ligados à opção de realizar as fases acima aludidas, unicamente por intermédio do Estado; para a concretização de uma avaliação *ex ante* de custos e benefícios, que discrimine os comportamentos esperados e sinalize potenciais derrapagens, a fim de evitar situações pósteras de incomportabilidade; para a equilibrada partilha de riscos, conforme a capacidade de gestão de cada um dos intervenientes, assegurando sempre uma efetiva e considerável transferência para o setor privado; para a existência de quadros fiscalizadores, que

⁵ Distinto, na medida em que Portugal optou por integrar, no subsector hospitalar, os serviços clínicos, baseando-se nas mais valias comumente associadas à gestão privada. Melhor dizendo, a responsabilidade pela prestação dos cuidados públicos de saúde passou a ser do operador privado, envolvendo quer os cuidados especializados e diferenciados, quer os cuidados primários e continuados (Silva 2009; Simões 2004; Pereira et al. 2020).

⁶ No caso português, existem duas opções: uma ligada à gestão do estabelecimento hospitalar por 10 anos, e outra à gestão do edifício por um período de 30 anos (TdC 2021).

garantam o estrito cumprimento das cláusulas contratuais e, perante irregularidades, esteja previsto o exercício de poder sancionatório ou até mesmo a rescisão imediata; e, por fim, para a necessidade de escrutínio político, não só pelas características expostas, mas também por as entidades públicas assumirem, neste tópico, o duplo papel de parceiro/cliente e de autoridade/regulador (Sarmiento 2013; Pereira et al. 2020; Hemming 2006). Em síntese, uma fórmula dirigida à defesa do rigor, da transparência, da responsabilidade e do bem comum, tendo presente a existência de um vasto conjunto de variáveis sofisticadas e imprevisíveis neste âmbito.

1.3. A Experiência Portuguesa

Em qualquer intervenção referente ao sistema de saúde português invoca-se o modelo de PPP. Nos estágios embrionários, o apelo ao modelo enunciado, em Portugal e nos restantes países que seguiram a mesma trajetória, fez-se através dos grandes grupos económicos, que haveriam de sair avigorados aquando do contacto com a nova abordagem. Propuseram, em diversas campanhas, o acercamento do Estado e do SNS à esfera privada, escorado no argumentário da incapacidade de resposta dos serviços públicos e da acrescida pressão orçamental sobre os mesmos. A disseminação de tal retórica serviria então como instrumento de estímulo à transformação do paradigma da saúde e à satisfação das necessidades da população. Uma vez percecionada como o culminar do plano estruturante do setor, no final da década de 1990⁷, procederam os estágios de estabelecimento e desenvolvimento das «[...] parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados» (Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto, p. 5852)⁸.

Mas a necessidade de suprir essas dificuldades, também determinada pela arquitetura das próprias organizações privadas, traduziu-se, na prática, numa espécie de subjugação do SNS às suas conveniências estratégicas, implicando idem a reconfiguração das funções do Estado nas matérias de saúde, passando de um papel dominante e central – o de operador direto – para um papel supletivo – o de organizador, regulador e fiscalizador (CE 2004). Pois que enquadrada num contexto de vultosa permeabilidade, a experiência portuguesa na utilização do mecanismo

⁷ A primeira experiência de PPP na área da saúde foi o Hospital Amadora-Sintra, entregue ao grupo José de Mello Saúde em 1996. Mais tarde, em 2001, e sob a alçada do governo socialista de António Guterres, foi anunciada a primeira vaga de PPP que contemplou os Hospitais de Cascais, Braga, Vila Franca de Xira e Loures.

⁸ Ainda que a primeira experiência remonte à década de 1990, só em 2002 é que as PPP foram efetivamente regulamentadas pelo Decreto-Lei acima referido.

PPP tem, à similitude de outras, manifestado algumas fragilidades (Sarmiento 2013; Rodrigues 2015; Silva 2009; Pereira et al. 2020), contrariando, em parte, as promessas supra descritas.

Assim, os cenários ambicionados por uns confluíram numa realidade inexorável para outros, avivando as debilidades antigas e as interpretações no sentido da erosão de um serviço universal, geral e tendencialmente gratuito⁹. Um constructo que se somado à suborçamentação crónica, à dualização dos cuidados de saúde, à desestruturação das carreiras dos profissionais da área e à inclinação para modelos de governação e de gestão invariavelmente bloqueadores, espelham outrossim a artificialidade que tem caracterizado a definição das prioridades sociopolíticas, bem como o penoso descuidado e abandono a que este setor tem sido sujeito. Também a situação excecional provocada pela pandemia da Covid-19 veio prolongar esta discussão e realçar, pelos rigorosos constrangimentos que colocou, a magnitude dos problemas e falhas pré-existentes. Uma herança – diga-se – que condiciona todo o ímpeto modernizador.

Da concretude das ocorrências traçadas fortifica-se, destarte, a ideia de que a estratégia *prima facie* salutar se declara afinal questionável. E as origens deste paradoxo resultam não só, mas sobretudo das decisões tomadas pelos vários executivos, alicerçadas na máxima de que o envolvimento da cultura privada, conjecturada como súpera, significaria forçosamente a revitalização do SNS. Desenleie-se, porém, as premissas reportadas com a informação disponibilizada: de acordo com o relatório do Conselho das Finanças Públicas, «em 2022, o SNS apresentou um défice de 1066,6 M€ [...] registando um valor acumulado de -5231 M€» (CFP 2023, p. 4). Além disso, e como se pode visualizar nos gráficos ulteriores (figura 1.1), as despesas têm sido sistematicamente superiores às receitas, alcançando cerca de 13,2 mil milhões de euros, o que corresponde a 5,5% do Produto Interno Bruto (PIB) e 12,3% da despesa pública total (CFP 2023). Claro está que o remanescente representa a dívida, dívida essa que se vai adensando e tornando cada vez mais inoportável, ainda que adstrita a consecutivas injeções extraordinárias de capital, que só nos últimos 6 anos superaram os 4,5 mil milhões de euros, ascendendo a 500 milhões anuais (Ibid.). Pelas evidências aduzidas, é que se interroga: havendo montantes decretados e esforços de regularização, como explicar estes desvios desfavoráveis, para mais quando atingem valores recorde?

⁹ Imperativo inscrito no artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa e conducente à publicação, em 1979, da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, que consagra a criação do SNS.

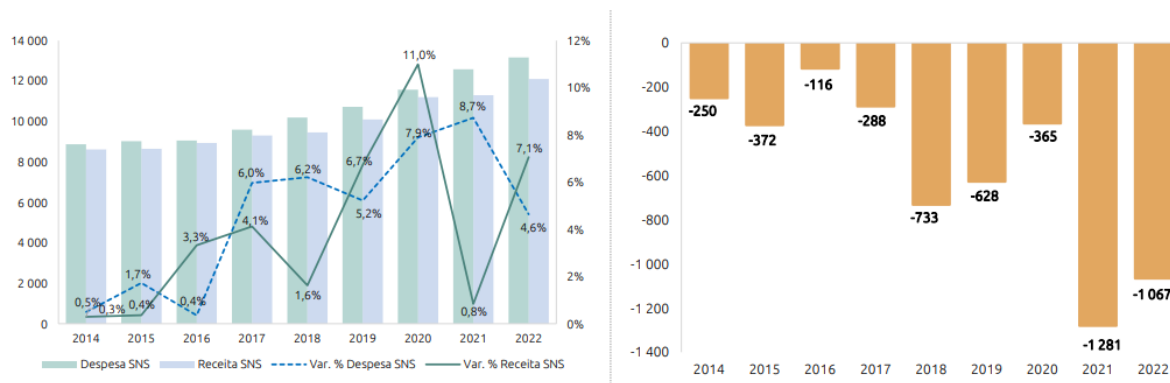


Figura 1.1 – Variação da receita e despesa do SNS e respetiva evolução do saldo orçamental, entre 2014 e 2022 (em milhões de euros)

Fonte: CFP (2023)

De facto, apesar da disponibilidade de instrumentos de financiamento, como o Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) e o Portugal 2030 (PT2030), o Observatório da Despesa em Saúde emite avisos relativos ao não aproveitamento integral desses meios: a título de exemplo, dos cerca de 1,4 mil milhões previstos no PRR para o campo da saúde, desagregados nas rubricas infra apresentadas (figura 1.2), «[...] até outubro de 2022, apenas 55 milhões de euros foram gastos» (Barros e Costa 2022a, p. 14), lembrando que o período de execução termina no ano de 2026. Também a agenda As Pessoas Primeiro: um melhor equilíbrio demográfico, maior inclusão, menos desigualdade, integrante do PT2030 e um prolongamento da versão transata (Portugal 2020 (PT2020)), destinada, entre outras prioridades, a apoiar a igualdade de acesso aos cuidados de saúde, encerra 17% do universo do programa – perto dos 4 mil milhões (MP 2022) –, imprimindo uma força adicional no que respeita à alavancagem. Até porque o congelamento destas verbas na altura aprazada, conexo com as obsessões há muito inscritas nas metas do Governo pela redução acelerada da dívida pública e pelo excedente orçamental¹⁰, obriga a um contraproducente avolumar das mesmas em momento posterior, sendo esse um dos motivos para que a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) advirta, no seu mais recente relatório, para a afetação das dotações desembolsadas por Bruxelas, acautelando ainda a urgência de recrudescer os investimentos e as remunerações no setor (OECD 2023).

¹⁰ Percorram-se as páginas do Programa de Estabilidade 2023-2027 e do Relatório do Orçamento do Estado para 2023 (MF 2023a; MF 2022). Elucide-se ainda que o problema não está na redução dos níveis de endividamento. Este é, pelo contrário, um pressuposto consensual. O problema está sim no estabelecimento de objetivos que vão além do exigido pelas regras da UE, restringendo a utilização dos recursos disponíveis na melhoria do funcionamento dos serviços públicos (de saúde, por exemplo).

Reforma/Investimento	Valor (M€)
Reforma dos Cuidados de Saúde Primários	466
Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e da Rede Nacional de Cuidados	205
Reforma da Saúde Mental	88
Conclusão da reforma do modelo de governação dos hospitais públicos	180
Fortalecimento do Serviço Regional de Saúde da RAM	89
Transição Digital na Saúde	300
Digitalização da Saúde na RAM	15
Hospital Digital da RAA	30
Sistema Universal de Apoio à Vida Ativa	10
TOTAL	1 383,0

Figura 1.2 – Desagregação dos investimentos previstos na Componente 1 do PRR, relativa ao SNS (em milhões de euros)

Fonte: MF (2021)

No entanto, o ponto é mais complexo e requer uma outra perspetiva. Como descrito na figura 1.3, o percurso da Saúde encontra-se marcado pelas múltiplas e perniciosas transgressões face ao orçamentado, despertando, em razão disso, sérias dúvidas quanto à exequibilidade do atual orçamento – o mais elevado da última década, absorvendo 14,8 mil milhões de euros (MF 2022)¹¹ –, o qual, aliás, se equipara a uma ilusão por estar relacionado com efeitos preço, no seguimento do choque inflacionário e da sofisticação das terapêuticas, e com efeitos quantidade, decursivos da pirâmide demográfica invertida e do padrão metamorfoseado de doenças, e não necessariamente com a capacitação e modernização do SNS.

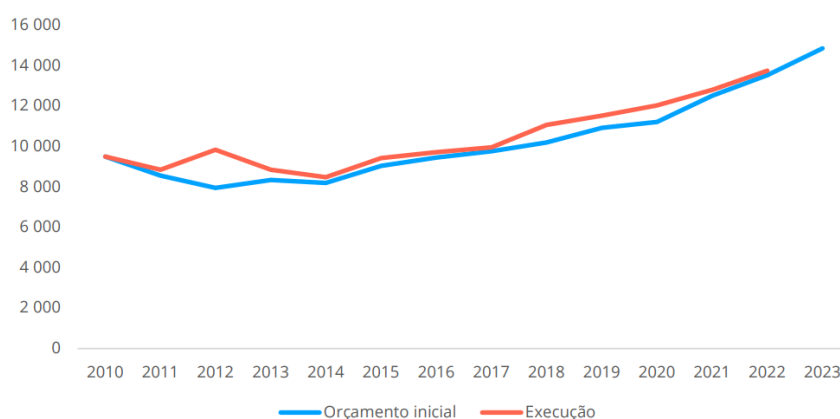


Figura 1.3 – Orçamento inicial *versus* execução orçamental do SNS, entre 2010 e 2023 (em milhões de euros)

Fonte: Observatório da Despesa em Saúde (2022)

¹¹ A proposta do Orçamento do Estado para 2024 reserva para a Saúde uma verba total de 15.709,4 milhões de euros, representando mais 5,3% em relação ao orçamento anterior (2023) (MF 2023b).

Ainda sobre esta vertente, importa destringir os principais canais de escoamento do dinheiro. Se atentarmos a estrutura da despesa corrente, constatamos três grandes eixos: gastos com pessoal (41%), fornecimentos e serviços externos (38%) – onde se incluem as PPP, perfazendo um total de 131,5 milhões em 2022¹² – e compras de inventários (20%) (CFP 2023). Ora, o que estes dados denotam é uma forte expressão do setor privado nas despesas do SNS, parecendo denunciar aquilo que autores como Maia (2021) apelidam de dependência face aos fornecedores privados ou, noutra visão, a sobrevivência destes últimos à custa do serviço público de saúde.

Nesta sequência, não esqueçamos, contudo, o peso preponderante dos seguros de saúde privados, que, no ano de 2021, já contavam com 32% dos portugueses cobertos (Barros e Costa 2022b), e dos subsistemas de saúde, com destaque para o seguro de apoio aos trabalhadores do Estado, denominado ADSE, e que, segundo o Instituto Nacional de Estatística, suportou, em 2016, 25,9% da faturação do sistema privado (INE 2020). A respeito deste, convém então enfatizar que, ao longo das últimas décadas, tem sido debatido no espaço político a lógica da sua existência, decorrente da integração na administração indireta do Estado e concomitante financiamento por parte dos beneficiários, através de uma dedução equivalente a 3,5% dos seus salários brutos. Nesta ótica, enquanto o hemisfério da esquerda a culpabiliza de alimentar os lucros dos grupos privados, o da direita compara-a ao mercado segurador, sugerindo a extensão aos dois setores (Maia 2021). Não obstante os diferentes ângulos, centra-se a tónica nos beneficiários, em virtude da contínua prescindibilidade de avultadas quantias muitas vezes em troca da não fruição, dada a saída de atos e médicos das convenções com a ADSE (Arreigoso e Mateus 2021; Figueiredo 2023).

Repare-se que o conjunto de resultados apresentados ilustra, ademais, a implosão do SNS. As hesitações e adiamentos na dinamização dos investimentos e os desequilíbrios incessantes no cumprimento dos orçamentos, permitem confirmar a escolha de viver de soluções contingentes. Quer isto dizer que os protagonistas deste processo têm encontrado formas de amenizar os problemas identificados, sem recorrerem a uma resolução efetiva dos mesmos, por via da deslocação de uma parcela considerável da despesa para os contribuintes e da externalização de serviços para os operadores privados (Maia 2021). Daí que as inconsistências e os contratemplos venham impulsionando a edificação de novas unidades privadas, como é o

¹²Em comparação com 2021, a despesa com PPP registou um decréscimo. Tal comportamento é justificado pela cessação, em janeiro de 2022, do contrato de gestão do Hospital de Loures. De recordar também que as restantes alterações ocorreram em 2019 e 2021, com o término das PPP dos Hospitais de Braga e de Vila Franca de Xira, respetivamente. Olhemos, a título de curiosidade, para esses números: 416,9 M€ em 2019; 277,7 M€ em 2020 e 285,5 M€ em 2021 (CFP 2023).

caso do futuro hospital da Covilhã (Lusa 2023d), ou sob outro ponto de vista, o encerramento inusitado dos estabelecimentos e serviços de saúde com as correspondentes demissões em bloco de profissionais (Expresso 2023; Lusa 2021a; Lusa 2021b; Lusa 2022a; Lusa 2023a; Lusa 2023c), de que são exemplo os serviços de urgência (e.g. obstétrica, ginecológica, pediátrica, psiquiátrica), ativadores de uma fonte de desconfiança e vulnerabilidade. Aquilo que o atual Ministro da Saúde, Manuel Pizarro, resume como não sendo uma «decisão organizativa ou política» (Lusa 2023b), evocando antes esses acontecimentos como justificativos da carência de recursos humanos e da reorganização da rede hospitalar, com a agravante de recusar categoricamente um «cenário de caos» (Cipriano 2022), preferindo atribuir-lhe a palavra «dificuldades» (Ibid.). Mas pergunta-se: não são a cúpula governamental e as chefias hospitalares as imputáveis pelo modo como o sistema se esculpa no presente e naturalmente no futuro, em função do vivenciado no passado?

Na posse destes factos, torna-se possível afirmar que a medicina privada usufrui das dinâmicas expostas. Para além do número de hospitais particulares manter uma tendência de crescimento, representando atualmente 53,3% do total de hospitais (INE 2023a)¹³, a atividade dos mesmos apontou, no ano de 2021, para subidas de 22,7% nas consultas externas, de 27,2% nos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, e de 27% nos internamentos (INE 2023b), o que revela, por um lado, a evolução do chamado negócio da saúde e, por outro, a impressionante resistência aos períodos de crise (Maia 2021). É que com a crise de 2008 e consequente chegada da *troika*, ao mesmo tempo que Portugal se via confrontado com níveis históricos de pobreza, emigração e desemprego, os agentes privados assistiam ao incremento dos seus lucros (Mendes 2010). Comportamento que se reproduziu na crise pandémica, embora em proporções diferenciadas (Maia 2022). Verifica-se, pois, que estamos na presença de um negócio praticamente inabalável, justificado pela aparente oposição a qualquer tipo de calamidade, ou melhor, pela blindagem contra as oscilações económicas e sociais reais, mas também pelas rendas asseguradas, como referido anteriormente, tanto pelo Estado como pelas seguradoras e demais subsistemas (Maia 2021). Curiosamente, Isabel Vaz, a CEO de um dos maiores prestadores de cuidados de saúde privados – o grupo Luz Saúde –, tinha razão quando em plena reportagem televisiva datada de 2007 proclamou a célebre frase: «melhor negócio do que a saúde só o das armas» (Peralta 2014).

¹³ Comparando os valores, apura-se um aumento de 26 hospitais privados face à década passada (INE 2023a).

Aliado a tudo isto, observamos uma repetida abertura ao modelo em estudo, com a renovação da parceria do Hospital de Cascais e com a celebração do novo acordo para a elevação dos futuros hospitais do SNS: o Hospital de Lisboa Oriental e o Hospital Central do Algarve. Independentemente dos esclarecimentos proferidos pelo Governo sobre o descarte – saliente-se – a curto prazo da gestão privada dos últimos (Lusa 2022b), este regresso simboliza uma vez mais o robustecimento do domínio privado que, no tocante à primeira unidade hospitalar, devido à segunda se encontrar em fase de concurso e, por isso, ainda não existirem dados concretos, receberá 15,3 milhões de euros anuais, dentro de uma janela temporal que se estenderá até 2049 (Resolução do Conselho de Ministros, n.º 178/2017). Cabe acrescentar a este raciocínio a hipótese, recentemente admitida pelo titular da pasta da saúde, de retomar o regime de PPP, quer no Hospital de Loures, quer no Hospital de Vila Franca de Xira, mesmo depois da denegação dos parceiros privados em prorrogar o seu funcionamento na base dos contratos precedentes, residindo a explicação no direito a compensações – os designados pedidos de reposição do equilíbrio financeiro – no valor de 90 milhões de euros, pelas perdas causadas pela Covid-19 (Carvalho 2023).

Todavia, cumpre esclarecer que tais perdas não se limitaram ao segmento privado. Como o relatório do Conselho Nacional de Saúde explana, esses prejuízos foram igualmente sentidos nas instituições públicas, essencialmente ao nível das consultas médicas realizadas nos cuidados primários e hospitalares, das intervenções cirúrgicas e dos internamentos (CNS 2022), acrescentando a mobilização de pagamentos para as entidades privadas e do setor social por cada doente infetado por eles tratado e quando encaminhado pelo próprio serviço público, que variaram desde os 2495 euros para os casos menos graves até aos 8431 euros para os considerados mais graves (ACSS 2020). Deste corolário retira-se, portanto, a ideia de que os fatores mutabilidade e imprevisibilidade, íntimos da realidade da saúde, conferem aos contratos PPP um carácter incompleto e ambíguo, pelo simples facto de não minudenciarem na sua orgânica este e outros tipos de eventos disruptivos, já para não falar da falta de especificação noutros vetores que geralmente só surgem após a entrada em vigor dos ditos, influenciando diretamente na qualidade e nos custos dos serviços prestados (Silva 2009; Maia 2021).

Sabendo então que os particularismos mencionados são o motor da perduração da presença privada e o principal elemento de diferenciação na atuação de ambos os intervenientes, percebe-se agora a insistência nas clamorosas lacunas do SNS, as quais, por sua vez, contribuem para uma dupla dissonância: a primeira, prende-se com a transferência de valor e serviços para os operadores privados mediante a incapacidade de resposta à procura existente e a segunda, com a exacerbação da despesa privada que – note-se – está entre as mais altas da OCDE, alcançando,

em 2021, 36% da despesa total em saúde (OECD 2022). Acontece que essa facilidade de acesso aos cuidados privados não é generalizável a todos os cidadãos, mormente para as camadas com rendimentos mais baixos, ficando inclusivamente patente a armadilha das desigualdades – perpetuadora do ciclo de empobrecimento –, o incumprimento das normas e princípios plasmados na legislação nacional – a começar pela Constituição da República Portuguesa, no seu artigo 64.º, passando pela nova Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro), com maior enfoque na Base 19 –, bem como a natureza híbrida do sistema – *beveridgiana* na teoria e *bismarkiana* para um número cada vez mais alargado de indivíduos¹⁴ (Fragata 2022; Branco 2017; Savas et al. 1998).

Contudo, não se perfila o estado da saúde de um país sem se atentar a conjuntura externa, também ela produto do *modus operandi* seguido. Neste sentido, os dados dos relatórios *Health at a Glance 2019/2021* indicam que Portugal é o quarto país mais envelhecido, questão que terá tendência a piorar, visto que as projeções para 2050 alertam para uma subida que se aproximará dos 33,7% de pessoas com 65 ou mais anos, ao passo que a média da OCDE se situará em 26,7%. Sob outro prisma, adiantam-se sérios impasses no acesso aos cuidados de saúde, sublinhando que durante os primeiros 12 meses da pandemia, 34% dos indivíduos reportou necessidades não satisfeitas, colocando-nos na segunda pior posição da OCDE (22%), a seguir à Hungria. Paralelamente, os gastos das famílias portuguesas com a saúde denotam um aumento substancial, representando 30% das despesas totais, o dobro da média da OCDE, assinalando igualmente que a incidência de despesas catastróficas, isto é, as que ascendem os 40% do orçamento familiar disponível, registam o valor mais elevado, ultrapassando os 10% numa média que se cifra nos 6,5%. Em cumulativo, a percentagem das despesas em saúde comprova que Portugal é dos países que menos investe neste âmbito (9,5% *versus* 9,9%), posicionando-se ainda no grupo onde a remuneração dos profissionais de saúde mais diminuiu (2,2%), situação esta inversa ao verificado na generalidade dos países da OCDE, pautados pelo aumento salarial desde 2010 (OECD 2019; OECD 2021).

Apesar das desarmonias e disfuncionalidades, os documentos desvendam também algumas virtuosidades, encaradas como perspectivas de prosperidade do SNS, ressaltando áreas como a

¹⁴ Enquanto o modelo de Beveridge (e.g. Portugal (a partir de 1979), Reino Unido, Espanha, Dinamarca, etc.) assenta em impostos e os prestadores são de natureza, sobretudo, pública, o modelo de Bismarck (e.g. Alemanha, Áustria, França, Holanda, etc.) ocorre por meio de um esquema de seguros sociais, com prestadores de natureza pública e privada (van der Zee e Kroneman 2007). Porém, o posicionamento dos países da Europa meridional, onde se inclui Portugal, não tem sido consensual entre os autores, havendo quem nos posicione num terceiro grupo denominado «modelo misto», que resulta da conjugação entre os modelos antes citados (Savas et al. 1998).

oncologia, a obstetrícia e a vacinação. Portugal notabiliza-se no rastreio e tratamento do cancro, assim como nas taxas de mortalidade infantil e na cobertura vacinal, quer da Covid-19, quer das demais patologias, aspetos que, acentue-se, afluem no aumento da esperança de vida, hoje fixada nos 80,96 anos, e no aforismo de que tais avanços não seriam atingíveis sem o contributo dos serviços públicos de saúde (OECD 2019; OECD 2021; INE 2023c).

Em suma, deste quadro geral se depreende que o setor público se converteu numa espécie de cliente dos privados, panorama este grandemente motivado pela efetiva abdicação da saúde enquanto domínio de intervenção privilegiado, e conseqüentemente condutor da materialização de uma relação entre público e privado, comumente intitulada por «complementar», mas, na verdade, pouco cultivadora das potencialidades da ação cooperante entre ambas as esferas, com o setor privado a parecer achegar-se mais ao adjetivo «alternativo». É, pois, esta asfixia, por um lado, e as mutações desprovidas de substância ou imperfeitamente conectadas com o sistema, por outro, que têm impedido o encetar de intervenções objetivas e enérgicas, com o desiderato de suprir as insuficiências que tanto prejudicam a sociedade portuguesa e de adversar a crónica do afundamento do SNS.

Especificidades dos Regimes de Gestão e Implicações para a Organização dos Hospitais

2.1. Especificidades da Gestão em Regime de PPP face à Gestão Pública

A mobilização da teoria *New Public Management* (NPM), florescida no Reino Unido no final da década de 1970, foi a saída encontrada para colmatar os problemas estruturais existentes (Nunes 2006). Importando para a Administração Pública¹⁵ e, por consequência, para o setor da saúde, métodos e princípios da gestão privada, a introdução desta filosofia nos hospitais públicos transformou-os do ponto de vista da sua atuação, passando a reger-se por critérios de índole económico-financeira, com especial ênfase nos ganhos de eficiência e produtividade, mas sem descurar os restantes compromissos humanos e sociais (Keating 2001; Nunes e Harfouche 2015). Corporizado o início daquele que viria a ser categorizado de «processo de empresarialização», seguiu-se o aparecimento da disposição legal Sociedades Anónimas (SA) de capitais exclusivamente públicos e, posteriormente, do estatuto de Entidade Pública Empresarial (EPE), vertido na tríplice autonomia administrativa, financeira e patrimonial (Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro). Baseada nestes preceitos, a gestão pública da saúde em Portugal prosseguiu o seu caminho, instaurando-se maioritariamente sob os regimes de EPE ou de PPP.

Reconhecendo-se as prerrogativas de o setor público abranger determinadas práticas adotadas pelos privados ou até de contratualizar com os mesmos sempre que tal se mostre frutuoso para a sociedade no seu conjunto, torna-se imperioso aprofundar a coexistência dos setores, bem como as especificidades de cada modelo. A este propósito, é conhecido o debate sobre as reformas implementadas, abordado por autores como Dias e Neves (2006) ou Correia (2009). No entendimento dos primeiros, estas manobras constituem-se enquanto motores de mudança, assentando na separação das funções instituídas ao Estado – de prestador e de financiador – e na descentralização e desburocratização dos instrumentos de gestão, a fim de atingir um cenário mais estimulante e dinâmico para os profissionais e instituições, mas também mais ajustado às necessidades dos utilizadores (Dias e Neves 2006). Para Correia (2009), por sua vez, representa a urgência de racionalizar os gastos públicos, acercando-a à ideologia manageralista – conceito articulado e popularizado por literatos como Pollitt (1990) –, em que se confere nos diversos ramos de atividade uma superioridade à esfera gestonária, levando a

¹⁵ Até então essencialmente baseada no chamado modelo burocrático weberiano (Nunes 2006).

que grande parte dos comportamentos sejam desempenhados em função desse arranjo (Correia 2009).

De facto, a reformulação da vertente estatal a par da abertura às regras de mercado, reconfiguraram fortemente os traços característicos da prestação pública de cuidados. Tratou-se – e trata-se – de uma intervenção de natureza quantitativa, provocada por fatores internos e externos. Ou seja, se internamente e desde a sua fundação, o SNS se tem deparado com situações bloqueantes e exigentes de realinhamentos singulares, externamente, tem-se traduzido na persecução do ideário liberal, convergente com o modelo britânico por parte dos sucessivos governos (Ibid.). Assim, de um setor outrora padronizado, transitou-se para um ambiente incitador da mercantilização dos serviços e da competição entre estabelecimentos, não só entre os públicos, como entre os públicos e privados, pelo que as circunstâncias enunciadas ganham pertinência pelos seus contornos: os processos mapeados e a aparente incontornabilidade desta combinação.

Tendo então presente esta realidade empírica, é possível identificar as peculiaridades do regime de EPE: a primeira, é concernente à própria atmosfera empresarial, entenda-se a alteração das formas de gestão para moldes típicos do círculo privado tidos como propulsores de uma remodelação dos serviços públicos; a segunda, é alusiva ao financiamento, firmado na celebração de contratos-programa plurianuais, comportando um exercício prospetivo onde a dotação orçamental se reveste de preocupação primordial; a terceira, é tocante à aquisição de bens e serviços, transposta para a doutrina privada e, por isso, submetida a interpretações não inteiramente coincidentes; e a quarta, é respeitante à regulação laboral, calibrando o recrutamento de profissionais por via de contratos individuais de trabalho, ultrapassando-se desta forma a dimensão tradicional por nomeação (Nunes e Harfouche 2015; Major e Magalhães 2014; Dias e Neves 2006; TdC 2006). Ora, uma vez apurado o perfil desta figura jurídica, a questão que agora se equaciona passa por apreender os principais aspetos distintivos entre estes dois modos de produção de saúde.

Olhando para ambos, são de imediato visíveis algumas diferenças. Enquanto o regime aduzido compreende a produção através de prestadores e de financiamento públicos, o modelo de PPP assume uma natureza mista com financiamento e gestão, respetivamente, público e privado. Também a atividade pública passa, em graus variáveis, pelos agentes privados, o que faz com que o curso da ação difira num ângulo fulcral: se por um lado, o setor público age em salvaguarda do interesse coletivo, por outro, o privado, e como assinalado anteriormente, tem

na apropriação do lucro o fundamento da sua existência e permanência¹⁶. Por último, e intimamente ligada aos pontos prévios, está a exposição às lógicas de mercado, isto é, a constatação de que o primeiro modelo denota um certo desprendimento face a tal corrente, devido a provisão continuar a cargo do Estado ou de outros entes públicos dele dependentes, ao passo que o segundo se apresenta circunscrito à racionalidade capitalista e, portanto, orientado para um código de conduta explícito (Correia 2009).

De um modo mais pormenorizado, vincam-se também dissemelhanças nos procedimentos de gestão. Ainda que os dois modelos estejam sob a égide do direito privado, o relatório do Tribunal de Contas alega que «as PPP hospitalares foram genericamente mais eficientes do que a média dos hospitais de gestão pública comparáveis» (TdC 2021, p. 7), gerando poupanças para o Estado no valor de 203,3 milhões de euros (Ibid.)¹⁷. Esta é, todavia, uma asseveração que necessita de explicação cuidada. Isto porque, 1) a pressão oriunda dos quadros normativos explicitados na secção 1.2., particularmente ao nível dos limites à despesa pública, se mantém, encurtando a margem de manobra para investir nos serviços públicos; 2) como lembra o ex-bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, «[...] nas PPP apenas se analisam as verbas que o Estado paga pela prestação assistencial, não entrando em linha de conta com os custos de gestão dos edifícios (13% a 17% dos custos totais)» (Silva 2017), que recaem sobre a contabilidade dos hospitais públicos; 3) alguns tratamentos e valências não estavam previstos nos contratos assinados com o Estado, pressupondo o encaminhamento de doentes para os hospitais do SNS sob gestão pública¹⁸; 4) este redirecionamento é sinónimo de poupança para os grupos privados que gerem as PPP e de despesa para o SNS; e 5) a autonomia atrás mencionada, pretensamente consubstanciada na agilização da tomada de decisão, teve, na verdade, o desfecho oposto: o jugo do Ministério das Finanças, pelo que comparar resultados, neste caso em particular, se torna redutor (Maia 2021). Ainda assim, podemos interrogar-nos se existem situações de má gestão do lado público. E a resposta, como se verá no capítulo seguinte, será certamente afirmativa. Mas sem ignorar a casuística expressa.

¹⁶ Dizer que a missão primordial passa pela obtenção de lucro não invalida a presença do elemento coletivo na prossecução da sua atividade. O que acontece é uma sobreposição do primeiro princípio ao segundo.

¹⁷ Este é um dos objetos de discordância neste tema, com a própria literatura a ser pouco conclusiva. Repare-se no estudo dinamizado pela Entidade Reguladora da Saúde, onde consta uma conclusão contrária: «[...] não se encontrou evidência de que a gestão hospitalar em regime de PPP poderá levar a uma maior ou menor eficiência relativa na comparação com outros hospitais» (ERS 2016, p. 65).

¹⁸ O relatório intercalar realizado, em 2016, pela Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos, ressalta a falta das valências de oncologia e infeciologia no Hospital de Cascais (UTAP 2016).

Num outro domínio da discussão, emergem os impactos destas modificações. Sobre este tópico, destaca-se a individualização dos vínculos dos profissionais afetos à área da saúde, demarcando-se os seguintes episódios: a negociação das suas condições de trabalho e a seleção da entidade empregadora consoante as suas aspirações pessoais. Deste encadeamento, e uma vez igualizadas as modalidades de contratação, nada obsta o cruzamento dos setores no que à definição do valor do trabalho e dos profissionais diz respeito (Correia 2009; Stoleroff e Correia 2008). Um outro dado já veiculado prende-se com a conjugação do lucro e do bem-estar do utente, diluindo, em parte, as ideias de contrariedade e incompatibilidade. Quer isto dizer que embora o enfoque esteja ancorado no retrato citado, a imagem de uma conciliação entre ambas as forças começa a intensificar-se, instalando dúvidas quanto ao real posicionamento da saúde pública e ao futuro significado da mesma.

Posto isto, e sabendo que esta é uma matéria alvo de constantes ajustamentos, em razão de um contexto de grande pressão para os novos desafios emergentes, o pensamento que aqui se convoca como forma de reflexão ou até de recomendação é o de Porter e Teisberg (2004)¹⁹:

[...] Competition at the wrong level has been exacerbated by pursuit of the wrong objective: reducing cost. Even worse, the objective has often not been to reduce the total cost of health care but to reduce the cost that is borne by the system's intermediaries – health plans or employers. The right goal is to improve value (quality of health outcomes per dollar expended), and value can only be measured at the disease and treatment level. (Porter e Teisberg 2004, p. 67)

2.2. Implicações Organizacionais Conhecidas e Expectáveis

A cultura organizacional deve ser compreendida num sentido amplo, sendo nessa linha de argumentação que se situa o trabalho de Dias e Bispo (2006). Citando outros autores, sublinham que esta dimensão carece de alinhamento mesmo quando na presença de um consenso alargado à volta das incumbências dos profissionais e da componente ética pela qual se pautam, daí que apelem aos órgãos de gestão para o desenvolvimento de estratégias promotoras de compromissos entre quem defende as lógicas de mercado e quem é apologista de lógicas de regulação tutelar, entre os que apregoam pela estabilidade normativa e os que, pelo contrário, advogam por processos de mudança e inovação (Silva 2005 apud Dias e Bispo 2006). Está, pois, em causa uma abordagem sistémica, percebendo-se que a mesma não pode deixar de nortear as unidades que compõem o setor.

¹⁹ Para uma leitura mais detalhada sobre o conceito de valor em saúde, ver Porter (2010). E relativamente às particularidades do mercado da saúde em relação a outros mercados, atentar Arrow (1963).

Divulgado o referencial de atuação, resta saber quais as implicações conhecidas e expectáveis decorrentes dos procedimentos radiografados para o espaço hospitalar. Desde logo, a autonomização avoca uma desconexão mais proeminente entre os prestadores públicos, que se reflete no desinteresse, proveniente dos Conselhos de Administração, em utilizar os escassos recursos existentes com doentes da responsabilidade de outros estabelecimentos hospitalares, para mais num quadro de suborçamentação. Adicionalmente, a individualização acarreta um clima de incerteza, na medida em que abre a possibilidade de esvaziamentos, sobretudo considerando a saída de profissionais e a respetiva transferência de qualidade técnico-científica para outros hospitais públicos detentores de um carácter mais competitivo ou para o setor privado ou estrangeiro. E por fim, relevar o interesse dos agentes privados em alargar as suas áreas de especialização, mais concretamente para aquelas que garantam o retorno dos investimentos efetuados, concorrendo desta forma com o monopólio do setor público em campos que vão desde a formação pré e pós-graduada à prática assistencial e investigação científica (Correia 2009; Stoleroff e Correia 2008; Ferreira et al. 2018). Apesar de até o panorama deste último ponto estar a mudar, graças à inauguração, no ano de 2021, da primeira faculdade privada de Medicina (DN 2021), marcando o primeiro passo do que poderá vir a ser um movimento reproduzível e consistente.

Sintetizadas as repercussões, conclui-se que a prestação pública de cuidados esteve e continuará sujeita a variações, sob pena de se cair numa visão algo superficial daquilo que se entende por democratização da saúde. Noutros termos, e sem contestar a presença de outras entidades que não as públicas porquanto a sua legitimidade e o direito de escolha conferido aos cidadãos, o que antes era captado como um ganho civilizacional e uma conquista a ser preservada, hoje parecem esbatidos numa teia interacional presa a barreiras políticas e ideológicas que, conseguintemente, balizam o detalhado no pacote legislativo (vd. orgânica aludida) e conduzem ao acionamento de outras medidas mais facilitadoras, que se coadunam com o argumento da desistência do SNS (e.g. a contratação de médicos estrangeiros imbricada à enorme ironia de prontamente lhes serem atribuídos privilégios inéditos, como a oferta de salários superiores aos dos médicos portugueses²⁰ (Campos 2023)).

²⁰ Aquilo que os médicos portugueses, formados nas nossas universidades e reconhecidos internacionalmente pela sua qualidade, reivindicam há anos. Mas, infelizmente, sem grande sucesso.

Trabalho de Campo

3.1. Metodologia

Recorrendo a uma metodologia qualitativa, inicialmente por meio de uma revisão exaustiva de literatura, avança-se para uma pesquisa no terreno, atendendo a realização de entrevistas à classe médica, em virtude de serem um dos principais atores no domínio em que se centra a investigação. Esta abordagem cruzada permitirá assim obter opiniões reais, dilucidando dados já evidenciados e apurando outros que não são passíveis de ser depreendidos somente por uma reflexão teórico-conceitual e que, por esse motivo, poderão influenciar os resultados finais. Uma vez definidos os dois grandes momentos deste trabalho, resta rememorar as suas tenções cardeais: o aprofundamento do impacto da introdução do mecanismo PPP no setor da saúde português e a avaliação das diferenças sentidas no plano operacional nos dois modelos de gestão hospitalar: pública *versus* em PPP.

À matriz exposta acresce sublinhar que as entrevistas efetuadas foram antecedidas de um guião de suporte, constante no anexo A, tendo em atenção as considerações deontológicas aplicáveis, nomeadamente a garantia de anonimato dos intervenientes e das instituições implicadas, bem como a confidencialidade no tratamento da informação recolhida. Divulgam-se, nesta ordem de ideias, elementos de cariz exclusivamente socioprofissional, consignados no bloco I do documento relatado, e apreciados como cruciais para a compreensão de certas dimensões conhecíveis nos pontos adiante indicados. De salientar também o afunilamento das questões (bloco II) para exemplos e personalidades concretas, a fim de coletar registos o mais atuais possível do estado do sistema e delinear medidas corretivas e de melhoramento, esperando contribuir para a mitigação das turbulências existentes.

Deste encadeamento, notar ainda que as referidas entrevistas tiveram uma duração média de 40 minutos, decorrendo entre os meses de abril e agosto de 2023, nos formatos presencial, *online* e escrito, salvo duas executadas via telefónica a pedido dos entrevistados. Procedeu-se de seguida à validação das respostas com os respetivos colaboradores, podendo estas ser consultadas na íntegra no anexo B, aditando que a redação não contemplou a linguística de género.

Por último, acautelar os obstáculos vividos ao longo da investigação. Aparentando ser um exercício simples e de fácil concretização, a verdade é que foram empreendidas várias tentativas de contacto, mais precisamente 35, para se chegar à amostra final intentada. Desde ausência de

resposta, marcações sobrevividas de não comparecimento, sucessivos reagendamentos ou recusas por conta de agendas extremamente ocupadas e, por isso, incompatíveis com este tipo de iniciativas, eis as dificuldades enfrentadas. Por outro lado, a diversidade de modalidades de entrevista listada exigiu um esforço extra de conciliação de metodologias, como sejam as deslocações aos locais de trabalho dos profissionais e a sujeição aos *timings* e às circunstâncias dos mesmos. Estão, portanto, lançadas as advertências aos interessados em levar a cabo uma análise como a arquitetada, contando com este tipo de eventos que, de facto, escapam ao controlo do investigador, demandando perseverança da sua parte.

3.2. Caracterização da Amostra

A população alvo do presente estudo cinge-se, como revelado, ao corpo médico que experienciou ambos os regimes jurídicos. Neste sentido, selecionou-se uma amostra intencional de 8 profissionais, designados pelas letras inscritas nos quadros apresentados (3.1 e 3.2), e cuja caracterização se verá em seguida:

Quadro 3.1 – Caracterização da Amostra

Informações			
	Idade	Especialidade Médica	Categoria Profissional
A	36 anos	Gastrenterologia	Assistente
B	38 anos	Pediatria	Assistente
C	41 anos	Nefrologia	Assistente
D	42 anos	Medicina Interna	Assistente Graduado
E	48 anos	Psiquiatria	Assistente Graduado
F	53 anos	Endocrinologia	Assistente Graduado
G	58 anos	Gastrenterologia	Assistente Graduado Sénior
H	62 anos	Gastrenterologia	Assistente Graduado

Fonte: Elaboração própria

Como se pode observar, a amostra é constituída por indivíduos com idades compreendidas entre os 36 e os 62 anos, o que demonstra tratar-se de uma investigação abrangente. Também a

análise da distribuição das especialidades permite verificar uma diversidade de áreas de atuação, contribuindo para o brotar de uma multiplicidade de pareceres e um confronto de saberes. No atinente à categoria profissional, clarificada nos artigos 11.º, 12.º e 13.º do Decreto-Lei n.º 266-D/2012, de 31 de dezembro, evidencia-se, por seu turno, uma maior concentração na categoria de «Assistente Graduado».

Quadro 3.2 – Caracterização da Amostra (continuação)

Informações			
	Carga Horária em cada Modelo	Tempo de Funções em cada Modelo	Tempo de Serviço
A	Público – 40 horas PPP – 35 horas	Público – 7 anos PPP – 5 anos	12 anos
B	Público – 40 horas PPP – 35 horas	Público – 3 anos PPP – 9 anos	12 anos
C	Público – 30 horas PPP – 20 horas	Público – 10 anos PPP – 3 anos	13 anos
D	40 horas/ambos	Público – 6 anos PPP – 12 anos	18 anos
E	40 horas/ambos	Público – 8 anos PPP – 15 anos	23 anos
F	35 horas/ambos	Público – 17 anos PPP – 10 anos	27 anos
G	35 horas/ambos	Público – 12 anos PPP – 10 anos	32 anos
H	40 horas/ambos	Público – 26 anos PPP – 7 anos	37 anos

Fonte: Elaboração própria

Já em termos de carga horária, regista-se, na maioria dos casos, uma intensidade de 35 ou de 40 horas semanais, constatando-se, ademais, um número semelhante de horas de trabalho nos dois modelos de gestão. Clareia-se ainda que a situação díspar narrada se sustenta no argumento da negociação, resumindo-se a uma deliberação individual do trabalhador. Quanto ao tempo de funções, percebe-se que os inquiridos têm uma larga experiência em ambas as

figuras, reparando-se, além disso, e embora não fazendo parte do conteúdo do guião, que atualmente desenvolvem a sua atividade predominante e cumulativamente nos setores público e privado. Por fim, e no que ao tempo de serviço diz respeito, destaca-se um longo relacionamento profissional, que varia entre um mínimo de 12 anos e um máximo de 37 anos.

3.3. Principais Resultados

Considerando os testemunhos alcançados, a conclusão imediata que se extrai é que os médicos entrevistados assumiram posições claras e terminantes. Desde logo, sinalizaram a primazia do esquema de funcionamento dos hospitais em PPP sobre os hospitais com gestão pública, pormenorizando, como visível nos excertos abaixo transcritos, as razões que suportam esse juízo:

[...] Neste regime [PPP], deparei-me com um elevado grau de planeamento que se verifica, tanto no curto, como no médio e longo prazo. Também o espírito colaborativo está presente de uma forma mais vincada, com os profissionais a sentirem-se mais apoiados, o que se justifica pelo facto de terem contacto direto com os órgãos de gestão e de encontrarem as suas funções distribuídas de um modo mais equilibrado, isto é, enquanto no público se assiste a uma maior dispersão e sobreposição, nas PPP há um estabelecimento prévio e, a meu ver, por vezes até demasiado rígido. (Endocrinologista, F)

[...] Trabalhei durante muito anos no público e, por isso, não tinha experiência em relação à gestão privada, chegando até a considerá-la questionável. Mais tarde, quando tive oportunidade de a vivenciar, tomei-a como surpreendente [...] Ou seja, neste modelo [PPP] tive a oportunidade de reunir regularmente com os órgãos de gestão e de administração do hospital, o que não acontecia no público ou a acontecer era muito esporadicamente, e nesta interação sentia que a minha voz era ouvida no sentido de perceberem as necessidades e aspetos a melhorar no hospital, como por exemplo, os tempos de espera, a flexibilidade na marcação de consultas e de exames, o reforço das equipas médicas, a disponibilidade de equipamentos etc., e, desta forma, colmataram celeremente as falhas existentes. (Gastroenterologista, H)

Estes relatos convergem com a ideia previamente traçada de que apesar dos hospitais públicos assumirem um papel muito específico no que concerne à defesa dos princípios de interesse comum, o raciocínio gestor encontra-se aprisionado a processos pouco dinâmicos e excessivamente burocráticos que rompem com o inculcado e esperado. Aspetos como o acesso a melhores condições de trabalho – seja de instalações e equipamentos, seja de salários e carreiras –, o contacto regular com os superiores hierárquicos e a participação na tomada de decisão, afiguram-se como as pedras basilares e distintivas do modelo de PPP, residindo o

interesse destas declarações na prova de que a opção por soluções meramente pontuais e paliativas é motivo – senão o principal – para agudizar a falta de médicos no SNS.

Intrinsecamente ligados a estas afirmações estão os indicadores atrás referenciados. E as passagens imediatas são reveladoras disso mesmo, ao legitimarem a necessidade de robustecer o SNS:

O hospital em regime de parceria público-privada em que tive oportunidade de trabalhar desde a sua abertura apresentava uma excelente organização e hierarquização de todos os processos, privilegiava uma cultura de excelência clínica, tentando prestar cuidados clínicos do mais elevado nível associado a uma cultura de segurança dos doentes (e também dos profissionais).

Relativamente aos recursos humanos, foi possível a contratação de profissionais de elevado nível de diferenciação nas várias áreas o que permitiu que, em poucos anos, fosse possível formar e diferenciar outros profissionais com elevado nível de desempenho. Dispúnhamos dos recursos técnicos adequados às necessidades dos utentes e, sempre que necessário, foram utilizados medicamentos e dispositivos médicos mais onerosos, desde que devidamente fundamentados.

Considero que a resposta dada aos nossos utentes (mesmo os que não pertenciam à área de residência do Hospital) foi sempre de elevada qualidade e realizada de forma atempada e de acordo com os mais elevados padrões de qualidade. As características que descrevi na governação clínica das PPP [...] são muito diferentes daquelas que conheci ao longo do meu percurso profissional nos hospitais do SNS. Os hospitais do SNS apresentam elevada carga burocrática, não respondem de forma adequada às necessidades dos utentes, não privilegiam a excelência clínica e não têm os seus profissionais motivados. (Gastroenterologista, G)

De facto, torna-se claro que os fatores planeamento e organização, unanimemente reiterados, se refletem numa maior entreaajuda e motivação dos profissionais. E estes atributos aliados aos demais métodos de trabalho e lógicas de ação, como a estipulação das funções a desempenhar e dos resultados a atingir, fomentando a equilibrada divisão de tarefas e a celeridade no atendimento dos utentes; a maior facilidade de contratação, traduzida na existência de recursos humanos em número adequado; a disponibilização dos meios técnicos necessários para o tratamento dos doentes; e a prontidão na utilização de dispositivos e fármacos mais dispendiosos, se devidamente justificada a sua necessidade ou utilidade – posta noutros termos, a flexibilidade compaginada com a sensibilização para os custos hospitalares –, acabam por se repercutir no aumento da capacidade de resposta e, para alguns médicos, aliás inerentemente associados, nos mais elevados padrões de qualidade.

Mas porquê na perspetiva de alguns apenas? A resposta é simples e prende-se, em primeiro lugar, com a palavra «celeridade». Ou seja, se por um lado, é percecionada como impreterível

e capital no sentido em que os pacientes acedem apropriada e oportunamente aos cuidados de que efetivamente precisam, por outro, «[...] a partir do momento em que tenho mais doentes para atender num dia, isso traduz-se num contacto mais reduzido com o paciente e, no meu entendimento, num nível de qualidade inferior» (Endocrinologista, F). A questão da qualidade balanceia-se, portanto, e como corroborado por A, entre as perspetivas do acesso e do tempo (Gastrenterologista, A). Em segundo lugar, tudo depende do contrato de PPP celebrado e do grupo responsável pela sua gestão. Recupere-se, a propósito, a seguinte apreciação:

[...] Nos casos dos hospitais de Braga e Beatriz Ângelo, aquando da reavaliação dos contratos-programa, os grupos Mello e Luz Saúde consideraram que a inclusão de todos os tratamentos e valências nestes, deixava de ser exequível e os predisponha a grandes *deficits* financeiros. Daí a saída da corrida às PPP, acabando o Estado por assumir a gestão destes hospitais. Já no caso da PPP de Cascais, o grupo espanhol *Ribera Salud* aceitou as condições impostas e, por isso, manteve-se. (Internista, D)

Indo uma vez mais ao encontro das ideias antes ressalvadas de que tais documentos carecem de completude e não englobam a totalidade dos tratamentos, esta situação afluí novamente no eixo da qualidade, já que a focagem em certas especialidades ou valências sinaliza, a nível prático, uma distância em relação ao acompanhamento exigido aos doentes com outras patologias.

Prosseguindo a análise, escarpelizam-se agora as causas que estão por detrás do estado atual do sistema. Começando por pronunciar como explicação o conjunto das ocorrências elencadas na pergunta 2), seguiram-se outras menções de extrema importância: primeiro, as condições indignas a que os médicos são sujeitos, desde o ambiente laboral de elevada constrição, derivado principalmente do subinvestimento no setor, passando pelas tabelas remuneratórias, onde nos deparamos com perplexidades como: «[...] um médico com a minha idade ganha 1500 euros líquidos num hospital público» (Gastrenterologista, H) ou «[...] não à “escravatura” que vamos vivenciando» (Gastrenterologista, G), até à inevitabilidade do êxodo para o setor privado, umas vezes em acumulação com o setor público – o chamado pluriemprego, cenário que inviabiliza a saudável conjugação entre a vida pessoal e profissional – e outras, em evidente crescendo, em dedicação exclusiva no privado. E isto não esquecendo, obviamente, outros parâmetros como a carga horária, que varia entre as 35 e as 40 horas semanais, fora as horas extraordinárias e as cumpridas no setor privado, e os poucos ou nenhuns incentivos de progressão na carreira. Ante o exposto, aglomeram-se perdas numa única direção: a do SNS.

Segundo, a atenuação ou desconsideração de certos acontecimentos, melhor dizendo, a estagnação nas perspetivas de curto prazo e a protelação das visões de longo prazo. Exemplos

disso são o envelhecimento populacional (Gastrenterologista, G), há anos avultado nas projeções demográficas e proclamado como uma das transformações sociais mais preocupantes do século XXI, significando, entre outras dificuldades, uma necessidade crescente em cuidados de saúde; os previsíveis défices de médicos no SNS e, associadamente, de algumas especialidades (Ibid.), como é o caso flagrante da anestesiologia, cuja falta compromete a realização de cirurgias e de outros procedimentos, sob pena de reprogramação e agravamento da patologia de base; a insistência numa lógica concursal, bastas vezes desenquadrada das carências reais (Ibid.), sentenciando inclusive um desaproveitamento e desvalorização dos médicos recém-especialistas, bem como dos restantes que já possuem anos de experiência e, por inerência, das vantagens que o privilégio formativo deveria conferir; e o desligamento ou até desconhecimento dos dados concretos sobre o setor (Nefrologista, C), atos estes impeditivos da reversão dos hiatos existentes e aguçadores do advento de outros, só poderiam conduzir ao enfraquecimento do SNS e à exponenciação do setor privado da saúde. Partes constituintes ignoradas em tempo útil e hoje símbolos de uma total incapacidade de planificação e liderança por parte das autoridades de saúde.

Terceiro, as práticas de gestão como sustentáculo da discussão. Recue-se, a este respeito, aos episódios de fecho de serviços e demissões de médicos, curiosamente coincidentes, nos Hospitais de Braga, Vila Franca de Xira e Loures, com a transição do regime PPP (gestão privada) para EPE (gestão pública):

[...] Quando passou para a gestão pública, o novo Conselho de Administração não só deixou de conseguir gerir o hospital, como deixou de oferecer condições de trabalho dignas aos profissionais. A partir daqui, sucederam-se os casos enunciados e os profissionais começaram a fugir para os privados. Mas reitero que tudo depende dos Conselhos de Administração, até porque temos realidades muito distintas no país. (Endocrinologista, F)

[...] A pandemia veio mostrar a grande fragilidade que o SNS atravessava e levou a que muitos profissionais de saúde abandonassem definitivamente o serviço público. Isto foi bem notório no Hospital Beatriz Ângelo em que a combinação de ambos os fatores – pandemia e mudança para a gestão pública – resultou no êxodo de um grande número de profissionais exclusivamente para o setor privado. (Gastrenterologista, G)

O que estas referências deixam a descoberto é uma disparidade nas leituras sobre o modo como os estabelecimentos de saúde devem ser geridos e em como esses prismas interferem no desempenho dos serviços e no comportamento dos profissionais. Veja-se: nos hospitais públicos, «[...] falta autonomia» (Nefrologista, C), não só nas contratações, como também nos investimentos, pese embora prometida no novo Estatuto do SNS (Decreto-Lei n.º 52/2022, de

4 de agosto), mas prontamente transformada numa espécie de dependência do Ministério das Finanças (discorra-se o artigo 67.º do normativo reportado); «[...] é tudo excessivamente *top-down*» (Internista, D), correspondendo a um fluxo participativo pensado, desenvolvido e implementado por aqueles que já detêm o controlo sobre os mecanismos decisoriais, vulgo topo estratégico; «[...] não há proposta de salário» (Nefrologista, C), o que aponta para o tolhimento do processo negocial e consequente rescisão diária do SNS; «[...] gastamos mais para tratar o mesmo» (Ibid.), por conta dos pagamentos em atraso aos fornecedores, refletindo-se depois nas faturas, das demoras na aquisição dos materiais, obrigando à utilização de outros mais onerosos em forma de substituição, e dos investimentos «[...] no lugar errado» (Internista, D), compelindo a gastos extra; «[...] Quase que somos nós os gestores» (Gastroenterologista, A), não havendo da parte dos órgãos máximos uma noção clara do que é necessário nas instituições que regem, desencadeando a emitida «[...] dispersão e sobreposição» (Endocrinologista, F) de funções, obstativas do exercício para as quais o pessoal médico tem maior interesse e competência.

Contrariamente, os hospitais em regime de PPP estão mais recetivos às «[...] iniciativas *bottom-up*» (Internista, D), professando uma linha gestonária mais horizontal e democrática, na qual a opinião dos membros que os integram é auscultada e valorizada e, mais do que isso, requestada; podem oferecer «[...] contratos mais atrativos e atualizam salários» (Nefrologista, C), estimulando a vontade de exercer atividade nos espaços onde a gestão privada está implicada seguida, em muitos casos, da fixação nos mesmos, uns por uma questão de opção e outros de efetiva necessidade; com «[...] doentes igualmente tratados (ou melhor) a menor custo» (Gastroenterologista, G), graças ao próprio desenho organizacional baseado simultaneamente na produtividade e rentabilização da atividade clínica (consultas, exames e cirurgias); procedem «[...] a várias reuniões de produtividade» (Gastroenterologista, A), colocando os profissionais a par das metas definidas e da importância do seu cumprimento, visto terem como desiderato fundamental responder às necessidades da população, com estas interações a propiciarem ainda, e como já assinalado, a distribuição de tarefas «[...] de um modo mais equilibrado» (Endocrinologista, F).

Dito isto, e se dúvidas restam sobre os projetos de gestão empregues no sistema público, pondere-se o seguinte extrato:

[...] Por exemplo, nos hospitais públicos notamos que as equipas de gestão e de chefia são nomeadas por razões amistosas e não por motivos de competência, pressupondo uma certa ingerência política, ao passo que nas PPP, a existir, pelo menos não se faz sentir. (Pediatra, B)

À multitude de elementos transmitidos soma-se assim a influência política, tendo-se chegado ao extremo de a nomeação dos quadros dirigentes estar, por vezes, mais voltada para a fidelidade política do que propriamente para a meritocracia e resultados. Talvez esta asserção explique o desconhecimento do Estado em alcançar a destreza da iniciativa privada no âmbito da gestão, enleado que está neste tipo de *performance*, neste costume condenável e corrosivo.

Este cômputo não é, todavia, cindível de outras matérias que, no pensamento de alguns dos entrevistados, terão também de ser melhoradas nas PPP da saúde. Para além do tópico da qualidade supra versado, a distribuição ressaltada aflora igualmente como um assunto relevante: «[...] nas PPP há um estabelecimento prévio e, a meu ver, por vezes até demasiado rígido [...] tenho de frisar que esta rigidez oferece pouca autonomia à classe médica para gerir o seu próprio trabalho» (Endocrinologista, F). Por outras palavras, se a determinação antecipada das tarefas se mostra benéfica no sentido em que orienta os profissionais e os liberta de complexidades desnecessárias ao atingimento do interesse público, ao mesmo tempo, patenteia uma certa rigidez, posto que «[...] a agenda está adstrita a uma funcionária administrativa, que marca x consultas para a manhã do dia y» (Ibid.), cingindo-se à concretização daquelas. Daqui ressaí, portanto, a rigidez e a autonomia limitada, neste caso, para os médicos, coesas à qualidade na ótica do tempo, para os utentes, relembrando que estes critérios provêm do grupo que gere a PPP, não sendo, por isso, correto generalizar a todas as experiências.

Digno de nota também é o escrutínio a que estão submetidos os hospitais PPP. Se por um lado, é verdade que estas minudências são decisivas para a manutenção dos seus níveis de desempenho, por outro, o mínimo desvio no cumprimento dos objetivos impostos no contrato, converte-se em multas a serem pagas pelos parceiros privados ou, no limite, na denúncia e anulação do mesmo, o que leva a uma quebra significativa nos lucros, não lhes convindo. Ora, é precisamente este o campo açulador de confusão, «[...] porque enquanto médico e entendendo a profissão como uma missão, parece-me estranho ouvir falar em lucros, da saúde como um negócio» (Internista, D). Mais do que uma luta de interesses, estamos perante uma luta pela preeminência. Tudo para preservar a principal divisa do setor privado da saúde²¹.

Não obstante as críticas construtivas, o reconhecimento de que o modelo de PPP é favorável, é geral. Começando por discernir tratar-se de um tema com enorme peso político e ideológico, acusando até a ala esquerda de cegueira, mesmo com alguns a assumirem nela rever-se em termos de posicionamento no espectro político, passando pela culpabilização da máquina estatal por imobilismo, até à exaltação das PPP como mecanismo que complementa o SNS, eis

²¹ Rememore-se a nota de rodapé n.º 16.

os conteúdos-chave deste ponto. Procedamos então à dissecação de cada um. Quando questionados sobre o seu olhar acerca do modelo de gestão em estudo, as respostas são esclarecedoras: «[...] a gestão das PPP é benéfica para todos, utentes e profissionais» (Gastrenterologista, G), «[...] as PPP vieram salvar ou, pelo menos, dar o exemplo de como o Estado deveria gerir o sistema» (Endocrinologista, F). Como se percebe, a preferência por este modelo tem que ver com a prestação de melhores condições e serviços aos sujeitos aludidos ou, sob outro ponto de vista, com a lamentável e desastrosa inércia governativa – outrossim exteriorizada em documentos como o Relatório de Primavera 2019, onde se refere que se perderam «[...] meses a mais em tergiversações, retórica e taticismo» (OPSS 2019, p. 20) –, cristalizadora das longas listas de espera, das horas infindáveis nos serviços de urgência, do universo de cidadãos sem médico de família, algumas tribulações entre tantas outras, ou, mais dramático ainda, inflamadora das clivagens, com um SNS cada vez mais virado para os que não dispõem de capacidade financeira e um sistema privado dirigido para os que podem realmente pagar. O escancarar de um panorama, no mínimo, aviltante.

Diante tal diagnose, em que a falta de vontade em catalisar a mudança se afigura gritante, é lícito afirmar: «[...] Não é correto assumi-las [PPP] como um dos fatores responsáveis pela degradação do SNS» (Gastrenterologista, H), «[...] acho que até deveriam existir mais PPP» (Internista, D). Pois se as PPP conseguem cumprir e fazer cumprir os direitos e deveres da profissão médica, assim como os dos utentes, na opinião dos inquiridos, não há qualquer vantagem na sua extinção. Ou, aliás, até haveria se o poder central estivesse interessado na absorção de todo este *know-how* na saúde pública, conjugação esta que permitiria a abolição das transferências para o setor privado, dado os hospitais PPP continuarem na esfera do Estado, ainda que na presença de grupos privados, e, consequentemente, a aplicação do dinheiro no SNS. Em razão de não estar, oposição – diga-se – impercebível, a conclusão que subsiste é a de que «[...] as PPP são uma mais-valia» (Gastrenterologista, G) para o SNS (pense-se no sucedido nos hospitais acima mencionados).

A jusante da análise, surge, em novembro de 2022, a Direção Executiva do SNS (DE-SNS), presidida pelo médico e doravante CEO, Fernando Araújo. Tendo como missão o redigido no artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, as expectativas depositadas neste novo organismo avolumaram-se. Maior autonomia, reforço da gestão, reorganização de serviços, agilização de processos, aqui alguns dos alvos da sua visão pragmática que, volvidos 11 meses desde a entrada em cena parecem não ter, na avaliação dos entrevistados, consequências práticas: «Na minha especialidade, não notei nenhuma diferença» (Pediatra, B), «[...] ao fim deste tempo ainda não vi nada, não mudou nada» (Gastrenterologista, H). E quais os motivos?

Antes do mais, o facto de os estatutos que definem realisticamente as competências de atuação não terem sido até à data aprovados²², vedando-lhe inaceitavelmente os poderes atribuídos, e depois porque «[...] essas mudanças nunca são bem recebidas» (Nefrologista, C), máxime para os que ocupam cargos de relevo na Saúde, justamente pelas inflexões que veriam «[...] ocorrer nas suas “quintas”» (Ibid.). Mais uma vez, propositadamente ou não, a palavra «complexidade» impera sobre as conveniências nacionais.

Acontece que mesmo com esta infeliz e longamente arrastada situação, até agora sem justificação política plausível, a DE-SNS tem conseguido mostrar pequenos, mas importantes avanços. Por exemplo, a simplificação das baixas médicas, com nuances como a emissão via digital, através do portal do SNS 24, e o alargamento para doentes oncológicos, com o intuito de aliviar a agenda dos clínicos e poupar deslocações aos pacientes; ou a proposta de contratação descentralizada direcionada aos recém-formados, com a finalidade de colmatar a insuficiência de profissionais. Porém, aspetos menos positivos ou ainda pouco cristalinos foram também identificados. Táticas como a reposição do regime de exclusividade sem vislumbre de majoração devida ou o aumento de horas extraordinárias das 150 para as 350 anuais são outros exemplos, que se não refundidos, intensarão a migração para o setor privado ou até mesmo a emigração (Pediatra, B). Afinal, «[...] Ninguém quer cá ficar nestas condições» (Ibid.).

Em face de tantos vazios, deu-se oportunidade aos médicos de idear soluções e medidas – algumas repetidas e, por isso, condensadas –, com a intenção de revivificar o SNS e consumir os seus princípios orientadores:

- «criar condições efetivas para fixar os profissionais no SNS» (Gastrenterologista, A), apostando na melhoria imediata das grelhas salariais, na reestruturação das carreiras, na progressiva fixação num só local de trabalho, na flexibilização de horários, na abertura de concursos de contratação e no aumento do tempo para investigação e inovação. Também aqui se inserem as questões do regime de exclusividade e dos tarefeiros (profissionais sem contrato de trabalho, pagos à hora ou por ato, e geradores de descontentamento pelo facto de auferirem salários superiores aos dos colegas dos quadros), que se considerativas dos objetos enumerados, a primeira constituiria motivo de adesão e a segunda de ab-rogação;

²² À data das entrevistas, os estatutos deste organismo ainda não tinham sido aprovados. No mês de outubro do presente ano foi, no entanto, publicada a Portaria que os oficializa: Portaria n.º 306-A/2023, de 12 de outubro.

- «auditoria geral a toda a atividade no setor da saúde» (Nefrologista, C), isto é, perceber quem faz o quê e a que horas, com o objetivo último de evitar sucedimentos como «[...] Todos os anos vemos médicos a entrar em grandes hospitais públicos e nunca nos mais pequenos» (Ibid.) ou «[...] Porque funcionam as salas de bloco só até às 14h ou 16h?» (Ibid.), e prestar um melhor serviço com exatamente os mesmos recursos;
- «acabar com pagamentos alternativos» (Ibid.), notadamente o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), que na prática se traduz na emissão de vales-cirurgia para recorrência a entidades hospitalares privadas ou sociais, em virtude das listas de espera que tanto prejudicam os doentes, não sendo reunidor de consenso pelos resultados estarem aquém do esperado e por representar mais uma forma de tonificar a saúde privada, através das deficiências do setor público;
- «lideranças convictas daquilo que é um bem maior para a população» (Internista, D)/ «decisores com conhecimentos da área» (Psiquiatra, E), por outras palavras, concentrarmo-nos no tema «Gestão» e dotar as unidades de saúde de gestores conhecedores da realidade, sabedores do exercício, partidários da competência, quebradores da contemporização e dínamos da mudança;
- «fortalecer os cuidados de saúde primários» (Endocrinologista, F), prestados nos denominados Centros de Saúde e constituidores do primeiro nível de contacto com o SNS. Além da criação de novas unidades, da requalificação das existentes e do reforço de equipas e respostas, é necessário fortificar este tipo de cuidados como locais de prevenção da doença e promoção da saúde, minorando assim a dependência hospitalocêntrica, causante, entre outros efeitos, da sobrelotação das urgências (por se tratar de um serviço disponível 24 horas, representando o meio fácil de acesso ao sistema), com este abrandamento a concorrer também para a redução dos tempos de espera e dos custos hospitalares ou para possíveis investimentos noutras áreas;
- «diferenciar a doença aguda da doença crónica» (Ibid.), visto exigirem cuidados diferenciados, com a primeira a manifestar uma evolução rápida em curta duração e a segunda uma progressão lenta em duração prolongada, emergindo destarte, a essencialidade de duas estratégias de gestão distintas: uma virada para um contexto de consultas no próprio dia, vulgarmente conhecidas por consultas de agudos, e a outra

para um acompanhamento regular e orientado para a articulação entre cuidados primários e hospitalares;

- «dar autonomia aos hospitais» (Ibid.), não só pelos estabelecimentos servirem populações diferentes, no sentido do perfil dos utentes e das suas necessidades, mas também por estas dissemelhanças reclamarem maior liberdade para efeitos de contratação de trabalhadores e de mobilização de investimentos, precisamente para conseguirem responder melhor aos problemas internos e da população;
- «aumentar a literacia em saúde e promover programas de prevenção primária e secundária de múltiplas patologias» (Gastrenterologista, G), dado que a posse de informação é o filtro para decisões mais acertadas sobre a utilização dos cuidados de saúde, a prevenção da doença e a promoção de hábitos de vida saudáveis, possibilitando a melhoria dos resultados em saúde e dos diagnósticos traçados no relatório Literacia em Saúde em Portugal, que alega que o nosso país é caracterizado «[...] por ter 11% da população com um nível de literacia “inadequado” e cerca de 38% da população com um nível de literacia em saúde considerado “problemático”» (Espanha et al. 2016, p. 8), e no Relatório Económico de Portugal, segundo o qual o peso do investimento em prevenção está abaixo da média da OCDE, ocupando a quarta posição entre os países com menor gasto *per capita* (OECD 2023);
- «modelo organizativo responsável» (Gastrenterologista, H), ou seja, os problemas com que nos confrontamos requerem um questionamento do modo como a gestão pública está organizada e uma reformulação das práticas malignas e obsoletas. Para isso, é necessário afastar a nebulosa que paira sobre as instituições e implementar uma nova cultura de gestão, que contemple o verdadeiro significado de autonomia, tal como de compromisso e responsabilidade dos órgãos a ela afetos. Uma visão distanciada de ingerências, contribuindo para o bom funcionamento dos serviços públicos;
- «incorporação das práticas da gestão privada nos hospitais públicos» (Ibid.), melhor dizendo, adotar no SNS as dinâmicas construtivas e aliciadoras do setor privado, caminhando na direção da sua afirmação identitária e da obliteração do exercício de alocação de verbas em sentido antagónico, injetando-as liminarmente do lado público, nas suas ausências e ideias engavetadas.

Discussão e Conclusões

Se os objetivos forem o aumento da eficiência e qualidade dos cuidados de saúde e a melhoria da satisfação dos profissionais e utentes, através da modalidade contratual de parceria, exige-se parcimónia e monitorização. Imperativos estes demonstrados pela experiência portuguesa em que o recurso intensivo sem a prévia circunspeção aliado à desequilibrada partilha de riscos e ao peso significativo nos encargos orçamentais dos próximos anos (TdC 2009; Sarmento 2013; Rodrigues 2015; Pereira et al. 2020), fizeram com que alguns dos projetos firmados se revelassem desabonatórios para o Estado²³. Já para o cidadão, a quem se destina tais infraestruturas e serviços, é irrelevante o modelo de gestão adotado ou a entidade responsável pela prestação dos mesmos, posto que os custos por si suportados serão iguais independentemente do regime vigorante – EPE ou PPP –, preocupando-se antes com uma resposta rápida e eficaz às suas necessidades (Sarmento 2013).

Caso a solidificação dos desígnios numerados passe, contrariamente, por um modelo puramente público, reclama-se investimento, organização e gestão. Investimento que acompanhe o novo paradigma da saúde, organização que abrace uma melhor coordenação entre serviços, e gestão que capte a noção certa de autonomia. Afinal, e em consonância com o reportado, poupanças de curto prazo são o prenúncio de despesas a longo prazo, com estas ineficiências a sinonimizar uma progressiva degradação do SNS. Urge, por isso, olhar realisticamente para as fragilidades do passado e do presente, deixando as políticas públicas de se reduzir a medidas imediatistas e de remediação para abarcar propostas mais desenvolvimentistas, fomentadoras de mais e melhor saúde (vd. sugestões adiantadas pelo corpo médico no subcapítulo 3.3.).

Trilhadas as recomendações iniciais, entrecruzam-se os depoimentos obtidos nas entrevistas realizadas. Por que motivo a gestão pública não apresenta o mesmo desempenho que a gestão privada? Se as PPP espoletam vantagens para os profissionais e utilizadores, quais as razões para terem sido gradativamente extintas, sobrando hoje apenas uma? A natureza burocrática e a falta de autonomia unidas à intromissão política são as respostas encontradas para a primeira pergunta. A este nível é, pois, preciso entender: 1) que um ambiente onde domina a burocracia, é um ambiente paralisador da motivação dos trabalhadores e da satisfação dos doentes, que veem os seus salários e carreiras estagnados, que se deparam com uma

²³ Acerca da primeira vaga, o Tribunal de Contas, na auditoria realizada em 2009, frisa tratar-se: «[...] de um modelo de parceria complexo e sem paralelo no campo internacional [...] o Estado decidiu efetuar o lançamento de 10 PPP a um ritmo de 2/3 projetos por ano» (TdC 2009, p. 7).

acessibilidade condicionada por listas e tempos de espera, ausência de recursos e encerramento de serviços; 2) que um clima de subordinação face ao Ministério das Finanças, é um clima anulador do papel das equipas de gestão, impossibilitando-as de tomar decisões sem as correspondentes autorizações da tutela; e 3) que uma atmosfera intrusiva, é uma atmosfera na maior parte das vezes antagónica da idoneidade e do correto funcionamento das instituições.

Já as explicações da segunda interrogação cimentam-se na indisponibilidade dos grupos privados em renovar os contratos com base nas condições impostas pelo Estado, sustentada sob o pretexto dos prejuízos causados pela Covid-19 ou, verdade seja dita, sob o raciocínio do não alcançamento das margens de lucro desejadas, e nos preconceitos ideológicos da parte de alguns setores da esquerda política em relação à presença de outros operadores na saúde pública. Sim, alguns, porque ainda que o tiro de partida tenha sido dado, em 1995, pelo então Primeiro-Ministro Aníbal Cavaco Silva, com a experiência piloto no Hospital Amadora-Sintra, a primeira vaga de PPP tomou forma no governo socialista liderado por António Guterres (Simões e Fronteira 2019). Ou seja, o partido que as impulsionou foi o mesmo que as sucumbiu, com o governo de José Sócrates a iniciar o trajeto de erradicação e o vigente de António Costa a prosseguir-lo, mas – diga-se – sem lhe dar voz absoluta. Avanços e recuos que são símbolo de contradições, questionando-se igualmente o porquê de o Estado não infligir as mesmas exigências aos seus hospitais nem de acionar o mantra da racionalidade, assimilando esta série de conhecimentos, técnicas e aptidões no SNS, em vez de continuar a alocar expressivas quantias públicas para o setor privado da saúde. Argumento, aliás, constituidor do principal pomo de discórdia.

Em contraste com a conjuntura descrita, a iniciativa privada prossegue uma gestão mais autónoma, flexível e responsiva, logo, mais aliciante. Esclareça-se, porém, que os adjetivos elencados ficam a dever-se maioritariamente à captação dos recursos humanos do setor público e à qualidade e produtividade destes, deduzindo-se que a diferença não está nas pessoas, mas sim no modo como as mesmas são estimuladas e geridas, sendo os hospitais PPP um exemplo notório desta afirmação. Conferimos, portanto, a famigerada sustentabilidade associada às PPP no sentido social, isto é, de conferência aos profissionais e utentes de melhores condições laborais, no caso dos primeiros, e de acesso, no caso dos segundos, persistindo algumas reservas quanto ao vetor da qualidade e ao conceito mencionado no sentido económico-financeiro. E isto porque, como se disse na secção 3.3., uma maior capacidade de resposta não significa necessariamente melhor qualidade do serviço, e porque nas entrelinhas dos anúncios laudatórios da eficiência e das poupanças geradas por tal mecanismo, encontram-se pontos como os traçados na secção 2.1.

Neste seguimento clarifica-se também que as críticas tecidas sobre as práticas empreendidas no SNS, não se resumem única e exclusivamente à apatia governativa, compreendendo-se os constrangimentos que os atos normativos acima assinalados colocam nesta matéria. Agora as prioridades políticas ultrapassarem os limites por estes infligidos, isso sim é uma opção deliberada e adversa à canalização de recursos para este e outros serviços de cariz público. Aclara-se outrossim que as apreciações às lógicas intentadas pelos grupos privados, máxime do lucro, não vão contra a necessidade de haver eficiência no setor ou de o mercado nele funcionar, significam, por outro lado, e conforme Krachler et al. (2021), que existem áreas onde esta lógica não é suscetível de ser mobilizada, visto percecionar a Saúde como um negócio e assim sobrepor-se ao princípio do bem-estar do doente. Desta feita, defende-se que o mercado deve atuar sem prejuízo do direito constitucional à saúde, viabilizando concomitantemente o direito de cada cidadão em se dirigir a serviços diferenciados, se assim o entender. Um cenário englobante da colaboração público-privado, reconhecendo-se o papel de ambos os atores num molde dissímil do atual.

Toda esta cadeia causal leva-nos então às advertências listadas no capítulo 1. Com um setor privado fortificado e detentor de um peso previsivelmente duradouro e com um setor público infirmado e seguidor de uma filosofia displicente, torna-se fundamental potencializar os benefícios e mitigar as desvantagens desta articulação. Para tal, convoca-se aquilo que Mariana Mazzucato (2021) chama de «economia de missão». Quer isto dizer que é fulcral enlaçar «[...] as micropropriedades do sistema [...] aos macropadrões do tipo de crescimento pretendido» (Mazzucato 2021, p. 34), repensando dimensões como as políticas, os mercados e a relação entre os dois setores, bem como entre estes e a sociedade civil, em prol do objetivo público.

É, pois, nesta base que se situa a presente dissertação, convidando a observar o modelo de PPP através das perspetivas enumeradas. Alerta-se, contudo, para as limitações deste tipo de análise. Posto que a estratégia metodológica adotada apresenta um problema de representatividade estatística, podendo as conclusões deste estudo estar enviesadas, pelo facto de se focar em médicos cuja experiência profissional decorre nos hospitais públicos e PPP de Lisboa. Não estando essas condições reunidas, neste caso, por dificuldade em contactar profissionais de outras zonas geográficas do país, não se pode garantir que a informação recolhida e ilações daí retiradas correspondam àquilo que efetivamente se passa no universo português. Mesmo assim, chama-se à atenção que um alinhamento como o descrito não é suposto estar contido num estudo desta natureza, na medida em que as suas intenções não passam por tirar generalizações, mas antes por recolher elementos qualitativos relevantes e apontadores de novas pistas de investigação. Em estudos futuros, deve-se, portanto, equacionar

os contributos deste trabalho, desenvolvendo-se outros que se focalizem, designadamente, nos aspetos que sobressaem das entrevistas efetuadas. Para tal, sugestionam-se o percorrer dos seguintes caminhos: alargar o leque de entrevistados, numa tentativa de detetar diferenças que decorram do espaço geográfico; recorrer a uma metodologia de pesquisa semelhante, para entrevistar outro tipo de categoria profissional; e/ou adotar métodos quantitativos, como por exemplo, um inquérito por questionário, que procurem ser representativos do ponto de vista estatístico, focando as perguntas nos aspetos que resultaram deste trabalho como essenciais para a análise do quotidiano operacional em diferentes modelos gestionários.

Fontes

- ARREIGOSO, V.L. e C. MATEUS, 2021. *Médicos que desistem da ADSE são afastados um ano*. [online]. Expresso. [Consult. 05 fevereiro 2023]. Disponível em: <https://expresso.pt/sociedade/2021-10-09-Medicos-que-desistem-da-ADSE-sao-afastados-um-ano-fd031fc3>.
- CAMPOS, A., 2023. *Portugal oferece a médicos brasileiros um salário bruto de 2800 euros e “casa de função”*. [online]. Público. [Consult. 4 agosto 2023]. Disponível em: <https://www.publico.pt/2023/08/04/sociedade/noticia/portugal-oferece-medicos-brasileiros-salario-bruto-2800-euros-casa-funcao-2059144>.
- CANOTILHO, J.J.G. e V. MOREIRA, 2005. *Constituição da República Portuguesa*. Coimbra: Coimbra Editora.
- CARVALHO, C., 2023. *Grupos privados que geriam hospitais públicos exigem ao Estado 90 milhões de euros em compensações pela pandemia*. [online]. Observador. [Consult. 31 março 2023]. Disponível em: <https://observador.pt/2023/03/29/grupos-privados-que-geriam-hospitais-publicos-exigem-ao-estado-90-milhoes-de-euros-em-compensacoes-pela-pandemia/>.
- CIPRIANO, R., 2022. *Ministro da Saúde nega cenário de caos nas urgências: “Há um cenário de dificuldades”*. [online]. Observador. [Consult. 06 dezembro 2022]. Disponível em: <https://observador.pt/2022/12/05/urgencias-do-hospital-de-santa-maria-em-lisboa-com-mais-de-dez-horas-de-espera/>.
- DECRETO-LEI N.º 73/90, de 6 de março. *Diário da República*, I Série, n.º 54. Ministério da Saúde.
- DECRETO-LEI N.º 185/2002, de 20 de agosto. *Diário da República*, I Série-A, n.º 191. Ministério da Saúde.
- DECRETO-LEI N.º 86/2003, de 26 de abril. *Diário da República*, I Série-A, n.º 97. Ministério das Finanças.
- DECRETO-LEI N.º 266-D/2012, de 31 de dezembro. *Diário da República*, 1ª Série, n.º 252. Ministério da Saúde.
- DECRETO-LEI N.º 52/2022, de 4 de agosto. *Diário da República*, 1ª Série, n.º 150. Presidência do Conselho de Ministros.
- DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 2021. *O primeiro curso superior privado de medicina arranca na Católica*. [online]. Diário de Notícias. [Consult. 16 setembro 2022]. Disponível em: <https://www.dn.pt/sociedade/o-primeiro-curso-superior-privado-de-medicina-arranca-na-catolica-14118615.html>.
- EXPRESSO, 2023. *Hospital de Braga encerra urgências de ginecologia e obstetrícia no fim de semana*. [online]. Expresso. [Consult. 03 outubro 2023]. Disponível em: <https://expresso.pt/sociedade/saude/2023-10-03-Hospital-de-Braga-encerra-urgencias-de-ginecologia-e-obstetricia-no-fim-de-semana-64cc2cda>.
- FIGUEIREDO, I.A., 2023. *ADSE reconhece que “aumentos de preços não são simpáticos”, mas esclarece que “falta de acesso” a serviços não era solução*. [online]. Observador. [Consult. 14 abril 2023]. Disponível em: <https://observador.pt/2023/04/03/adse-reconhece-que-aumentos-de-precos-nao-sao-simpaticos-mas-esclarece-que-falta-de-acesso-a-servicos-nao-era-solucao/>.
- LEI N.º 56/79, de 15 de setembro. *Diário da República*, I Série, n.º 214. Assembleia da República.
- LEI N.º 48/90, de 24 de agosto. *Diário da República*, I Série, n.º 195. Assembleia da República.

- LEI N.º 27/2002, de 8 de novembro. *Diário da República*, I Série-A, n.º 258. Assembleia da República.
- LEI N.º 95/2019, de 4 de setembro. *Diário da República*, 1ª Série, n.º 169. Assembleia da República.
- LUSA, 2021a. *Metade dos chefes de equipa da Urgência do Hospital de Braga demitiu-se. Bastonário solidário com médicos*. [online]. *Diário de Notícias*. [Consult. 30 outubro 2022]. Disponível em:
<https://www.dn.pt/sociedade/metade-dos-chefes-de-equipa-da-urgencia-do-hospital-de-braga-demituiu-se-bastonario-solidario-com-medicos--14257131.html>.
- LUSA, 2021b. *Hospital de Vila Franca Xira não tem médicos nem condições de trabalho, denuncia Ordem*. [online]. *Diário de Notícias*. [Consult. 30 outubro 2022]. Disponível em:
<https://www.dn.pt/sociedade/hospital-de-vila-franca-nao-tem-medicos-nem-condicoes-de-trabalho-denuncia-ordem-14207831.html>.
- LUSA, 2022a. *Hospital de Vila Franca de Xira com limitações nas urgências até às 21h00*. [online]. Rádio Renascença. [Consult. 14 junho 2022]. Disponível em:
<https://rr.sapo.pt/noticia/pais/2022/06/13/hospital-de-vila-franca-de-xira-com-limitacoes-nas-urgencias-ate-as-21h00/288249/>.
- LUSA, 2022b. *Ministro da Saúde admite novas PPP para acelerar construção de hospitais*. [online]. Público. [Consult. 12 novembro 2022]. Disponível em:
<https://www.publico.pt/2022/11/11/sociedade/noticia/ministro-saude-admite-novas-ppp-acelerar-construcao-hospitais-2027473>.
- LUSA, 2023a. *Chefes de Urgência do hospital de Loures apresentam demissão em bloco*. [online]. *Diário de Notícias*. [Consult. 02 março 2023]. Disponível em:
<https://www.dn.pt/sociedade/chefes-de-urgencia-do-hospital-de-loures-apresentam-demissao-em-bloco-15923930.html>.
- LUSA, 2023b. *Ministro rejeita que haja contestação pelo encerramento de urgência*. [online]. *Diário de Notícias*. [Consult. 18 março 2023]. Disponível em:
<https://www.dn.pt/sociedade/ministro-rejeita-que-haja-contestacao-pelo-encerramento-de-urgencia--16000970.html>.
- LUSA, 2023c. *Utentes de Loures indignados com encerramento aos fins de semana da urgência pediátrica*. [online]. *Diário de Notícias*. [Consult. 13 março 2023]. Disponível em:
<https://www.dn.pt/sociedade/utentes-de-loures-indignados-com-encerramento-aos-fins-de-semana-da-urgencia-pediatica--15996169.html>.
- LUSA, 2023d. *CUF projeta Hospital na Covilhã num investimento superior a €40 milhões*. [online]. Expresso. [Consult. 17 maio 2023]. Disponível em:
<https://expresso.pt/economia/empresas/2023-05-17-CUF-projeta-hospital-na-Covilha-num-investimento-superior-a-40-milhoes-45711ac2>.
- MAIA, A., 2022. *Grupo Luz Saúde junta-se à CUF e consegue ter lucros em 2021*. [online]. Público. [Consult. 4 janeiro 2023]. Disponível em:
<https://www.publico.pt/2022/05/20/sociedade/noticia/grupo-luz-saude-juntase-cuf-consegue-lucros-2021-2006439>.
- MENDES, D., 2010. *Privados facturaram 700 milhões com saúde em 2009*. [online]. *Diário de Notícias*. [Consult. 14 abril 2023]. Disponível em:
<https://www.dn.pt/portugal/privados-facturaram-700-milhoes-com-saude-em-2009-1483562.html>.
- MINISTÉRIO DAS FINANÇAS, 2021. *Relatório do Orçamento do Estado para 2022*. Lisboa: Ministério das Finanças.

- MINISTÉRIO DAS FINANÇAS, 2022. *Relatório do Orçamento do Estado para 2023*. Lisboa: Ministério das Finanças.
- MINISTÉRIO DAS FINANÇAS, 2023a. *Programa de Estabilidade 2023-2027 – XXIII Governo Constitucional*. Lisboa: Ministério das Finanças.
- MINISTÉRIO DAS FINANÇAS, 2023b. *Relatório do Orçamento do Estado para 2024*. Lisboa: Ministério das Finanças.
- MINISTÉRIO DO PLANEAMENTO, 2022. *Estratégia Portugal 2030: documento de enquadramento estratégico*. Lisboa: Ministério do Planeamento.
- PERALTA, H.C., 2014. *Yes, she can*. [online]. Visão. [Consult. 14 abril 2023]. Disponível em: <https://visao.pt/exame/2014-12-09-yes-she-can/>.
- PORTARIA N.º 306-A/2023, de 12 de outubro. *Diário da República*, 1ª Série, n.º 198. Presidência do Conselho de Ministros, Finanças e Saúde.
- REGULAMENTO (CE) N.º 1466/97 DO CONSELHO, de 7 de julho. *Jornal Oficial das Comunidades Europeias*, n.º L 209. Conselho da União Europeia.
- REGULAMENTO (CE) N.º 1467/97 DO CONSELHO, de 7 de julho. *Jornal Oficial das Comunidades Europeias*, n.º L 209. Conselho da União Europeia.
- RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS N.º 178/2017. *Diário da República*, 1ª Série, n.º 229. Presidência do Conselho de Ministros.
- SILVA, J.M., 2017. *PPP na Saúde – analisar e decidir com seriedade*. [online]. Jornal de Notícias. [Consult. 19 maio 2023]. Disponível em: <https://www.jn.pt/opiniao/jose-manuel-silva/ppp-na-saude---analisar-e-decidir-com-seriedade-5588675.html/>.
- TRATADO DA UNIÃO EUROPEIA. *Jornal Oficial da União Europeia*, n.º C/202. Parlamento Europeu.

Referências Bibliográficas

- ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, 2020. *Clausulado tipo para adesão ao Acordo entre as ARS e as entidades privadas para a prestação de cuidados de saúde no âmbito das medidas excecionais e temporárias para tratamento COVID-19*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde.
- ARROW, K., 1963. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 53(5), 941-973.
- BARROS, P.P. e E. COSTA, 2022a. *Orçamento do Estado para Saúde 2023*. Lisboa: Observatório da Despesa em Saúde.
- BARROS, P.P. e E. COSTA, 2022b. *Seguros de saúde privados no sistema de saúde português: mitos e factos*. Lisboa: Observatório da Despesa em Saúde.
- BRANCO, R., 2017. Entre Bismarck e Beveridge: Sociedade Civil e Estado Providência em Portugal (1960-2011). *Análise Social*, 52(224), 534-558.
- COMISSÃO EUROPEIA, 2004. *Livro Verde sobre as Parcerias Público-Privadas e o Direito Comunitário em Matéria de Contratos Públicos e Concessões*. Bruxelas: Comissão Europeia.
- CONSELHO DAS FINANÇAS PÚBLICAS, 2023. *Evolução do Desempenho do Serviço Nacional de Saúde em 2022*. Lisboa: Conselho das Finanças Públicas.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2022. *A pandemia de COVID-19: Desafios para a saúde dos Portugueses*. Lisboa: Conselho Nacional de Saúde.
- CORREIA, T., 2009. A reconceptualização dos modos de produção de saúde no contexto da reforma hospitalar portuguesa. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 85, 83-103. Disponível em:
<https://doi.org/10.4000/rccs.350>.
- DIAS, A. e J. BISPO, 2006. Incidentes em Organizações de Saúde: O Papel da Gestão. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*, 0, 14-21.
- DIAS, A. e M.S. NEVES, 2006. Hospitais SA/EPE: A Procura de um Modelo. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*, 0, 6-13.
- ENGLISH, L., 2005. Using public-private partnerships to deliver social infrastructure: the Australian experience. Em: G.A. HODGE e C. GREVE, eds. *The Challenge of Public-Private Partnerships: Learning from International Experience*. Cheltenham: EDWARD ELGAR PUBLISHING, pp. 290-304.
- ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, 2016. *Estudo de Avaliação das Parcerias Público-Privadas na Saúde*. Porto: Entidade Reguladora da Saúde.
- ESPAÑA, R., P. ÁVILA e R.V. MENDES, 2016. *Literacia em Saúde em Portugal: relatório síntese*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- EUROPEAN COMMUNITIES, 2004. *Long term contracts between government units and non-government partners (Public-private-partnerships)*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- FERNANDES, A.C. e A.M. NUNES, 2016. Os Hospitais e a Combinação Público-Privado no Sistema de Saúde Português. *Acta Médica Portuguesa*, 29(3), 217-223. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.20344/amp.6712>.
- FERREIRA, M., A. LOPES, M. GUIMARÃES e H. BARROS, 2018. A Carreira Médica e os Fatores Determinantes da Saída do Serviço Nacional de Saúde. *Acta Médica Portuguesa*, 31(9), 483-488. Disponível em:
<https://doi.org/10.20344/amp.10121>.

- FRAGATA, J., 2022. *A Reforma Necessária do Sistema de Saúde Português*. Lisboa: By the Book.
- HEMMING, R., 2006. *Public-Private Partnerships, Government Guarantees, and Fiscal Risk*. Washington: International Monetary Fund.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2020. *Conta Satélite da Saúde – Base 2016*. [online]. Instituto Nacional de Estatística. [Consult. 06 janeiro 2023]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_cnacionais.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2023a. *Estatísticas da Saúde 2021*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2023b. *As consultas médicas e os exames auxiliares realizados em 2021 atingiram valores superiores aos pré-pandemia*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2023c. *Esperança de vida de 80,96 anos à nascença e de 19,61 anos aos 65 anos*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- KEATING, M., 2001. Public Management Reform and Economic and Social Development. *OECD Journal on Budgeting*, 1(2), 141-212. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/budget-v1-art12-en>.
- KRACHLER, N., I. GREER e C. UMNEY, 2021. Can Public Healthcare Afford Marketization? Market Principles, Mechanisms, and Effects in Five Health Systems. *Public Administration Review*, 82(5), 876-886. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/puar.13388>.
- LIEBE, M. e A. POLLOCK, 2009. *The Experience of the Private Finance Initiative in the UK's National Health System*. Edinburgh: The University of Edinburgh.
- MAIA, B., 2021. *O Negócio da Saúde - Como a medicina privada cresceu graças ao SNS*. Lisboa: Bertrand Editora.
- MAJOR, M. e A. MAGALHÃES, 2014. Reestruturação do serviço nacional de saúde em Portugal: balanço da empresarialização dos hospitais públicos portugueses. *Revista de Administração*, 49(3), 476-490. Disponível em: <https://doi.org/10.5700/rausp1162>.
- MAZZUCATO, M., 2021. *Economia de Missão - Um Guia Ousado e Inovador para Mudar o Capitalismo*. Lisboa: Temas e Debates – Círculo de Leitores.
- NUNES, A.M. e A.P. HARFOUCHE, 2015. A Reforma da Administração Pública Aplicada ao Setor da Saúde: A Experiência Portuguesa. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 4(2), 1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.5585/rgss.v4i2.145>.
- NUNES, P., 2006. A Nova Gestão Pública e a Reforma Administrativa. *Revista de Ciências Empresariais e Jurídicas*, 8, 7-36. Disponível em: <https://doi.org/10.26537/rebules.v0i8.840>.
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE, 2019. *Relatório de Primavera 2019 – Saúde um Direito Humano*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- OECD, 2019. *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
- OECD, 2021. *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.
- OECD, 2022. *Health Status*. [online]. OECD. [Consult. 06 janeiro 2023]. Disponível em: <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=24879>.

- OECD, 2023. *OECD Economic Surveys Portugal – Executive Summary*. Paris: OECD Publishing.
- OLIVEIRA, M., 2010. Evolução da Oferta. Em: J. SIMÕES, ed. *30 anos do Serviço Nacional da Saúde - Um Percorso Comentado*. Coimbra: ALMEDINA, pp. 271-97.
- PEREIRA, A.M., 2013. *Os Investimentos Públicos em Portugal*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- PEREIRA, M.A., D.C. FERREIRA e R.C. MARQUES, 2020. A critical look at the Portuguese public-private partnerships in healthcare. *International Journal of Health Planning and Management*, 36(2), 302-315. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/hpm.3084>.
- POLLITT, C., 1990. *Managerialism and The Public Services: The Anglo American Experience*. Oxford: Basil Blackwell.
- POLLOCK, A., D. PRICE e M. LIEBE, 2011. Private Finance Initiatives during NHS austerity. *The British Medical Journal*, 342, 1-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.d324>.
- PORTER, M.E. e E.O. TEISBERG, 2004. Redefining Competition in Health Care. *Harvard Business Review*, 82(6), 64-76.
- PORTER, M.E., 2010. What is value in health care?. *The New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477-2481. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>.
- RODRIGUES, N.C., 2015. A Experiência com Parcerias Público-Privadas em Portugal. *Revista Jurídica Luso-Brasileira*, 1, 177-189.
- SARMENTO, J.M., 2013. *Parcerias Público-Privadas*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- SARMENTO, J.M. e L. RENNEBOOG, 2017. Anatomia das Parcerias Público-Privadas: A sua criação, financiamento e renegociações. *Revista Julgar*, 1-61.
- SAVAS, S., I. SHEIMAN, E. TRAGAKES e H. MAARSE, 1998. Contracting models and provider competition. Em: R.B. SALTMAN, J. FIGUERAS e C. SAKELLARIDES, eds. *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham: OPEN UNIVERSITY PRESS, pp.157-178.
- SILVA, P., 2009. *Fundamentos e Modelos nas Parcerias Público-Privadas na Saúde: O Estudo dos Serviços Clínicos*. Coimbra: Almedina.
- SIMÕES, J., 2004. As parcerias público-privadas no sector da saúde em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, 79-90.
- SIMÕES, J. e I. FRONTEIRA, 2019. Ciclos políticos, em Portugal, e papel do Estado e dos setores privado e social, na saúde. *Revista Eletrónica de Direito Público*, 6(1), 4-14.
- STIGLITZ, J. E., 2000. *Economics of the Public Sector*. New York: W.W. Norton & Company.
- STOLEROFF, A. e T. CORREIA, 2008. A empresarialização do sector hospitalar público português: a desregulação do mercado de trabalho médico e os desafios sindicais para a sua re-regulação. *CIES e-Working Papers*, 47, 1-31.
- TRIBUNAL DE CONTAS, 2006. *Relatório Global de Avaliação do Modelo de Gestão dos Hospitais do SEE*. Lisboa: Tribunal de Contas.
- TRIBUNAL DE CONTAS, 2009. *Auditoria ao Programa de Parcerias Público Privadas: Primeira vaga de Hospitais*. Lisboa: Tribunal de Contas.
- TRIBUNAL DE CONTAS, 2021. *Relatório Síntese: Parcerias Público-Privadas hospitalares no SNS*. Lisboa: Tribunal de Contas.
- TURRINI, A., 2004. Public Investment and the EU Fiscal Framework. *European Economy-Economic Papers*, 202, 3-49.

- UNIDADE TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO DE PROJETOS, 2016. *Relatório Intercalar relativo ao Hospital de Cascais*. Lisboa: Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos.
- VAN DER ZEE, J. e M.W. KRONEMAN, 2007. Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs. *BMC Health Services Research*, 7(1), 1-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-94>.
- WEIHE, G., 2005. *Public-Private Partnerships: Addressing a Nebulous Concept*. Frederiksberg: Copenhagen Business School.
- WHITESIDE, H., 2013. Stabilizing Privatization: Crisis, Enabling Fields, and Public-Private Partnerships in Canada. *Alternate Routes: A Journal of Critical Social Research*, 24, 85-108.

ANEXOS

Anexo A - Guião de Entrevista

Guião de Entrevista

A presente entrevista visa recolher informação para o desenvolvimento da minha Dissertação de Mestrado em Economia e Políticas Públicas pelo ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa. Nesta aceção, e incidindo sobre o tema “As Parcerias Público-Privadas no Setor da Saúde: O Caso Português”, a investigação em curso assume como desígnio primordial explorar as diferenças sentidas pela classe médica no exercício das suas funções nas unidades hospitalares públicas *versus* em regime de parceria público-privada. Ao exposto acresce informar que, cumprindo o Código de Conduta Ética na Investigação, vigente na instituição supracitada, serão assegurados a confidencialidade no tratamento dos dados, bem como o total anonimato dos participantes.

Parte I **Informações**

- 1- Idade
- 2- Especialidade médica
- 3- Categoria Profissional
- 4- Carga horária
- 5- Tempo de funções em ambos os modelos de gestão hospitalar
- 6- Tempo de serviço

Parte II **Questões**

- 1- Olhando para o seu percurso profissional e para as diversas experiências vivenciadas *in loco*, como caracteriza o funcionamento dos hospitais sob gestão pública em comparação aos hospitais sob regime de parceria público-privada (PPP), no que respeita ao clima organizacional, à disponibilidade de recursos (humanos, técnicos e financeiros) e à capacidade de resposta às necessidades dos utentes?

- 2- Os problemas do Serviço Nacional de Saúde (SNS) têm vindo a agudizar-se, conduzindo até ao encerramento de serviços de urgência (obstétrica, ginecológica e pediátrica, por exemplo) e a demissões em bloco dos respetivos chefes de equipa. Enquanto profissional da área, encara este cenário como a consequência de práticas de gestão inadequadas ou, por outro lado, identifica motivos mais estruturais e profundos (e.g., suborçamentação crónica, desestruturação das carreiras médicas, alterações legislativas, etc.)?
- 3- As PPP no setor da saúde são, há vários anos, objeto de intensos debates e posições irreconciliáveis ao nível político-partidário. Na sua perspetiva, este mecanismo complementa e robustece o SNS ou, pelo contrário, interpreta-o como um dos fatores responsáveis pelo atual estado da saúde em Portugal? Porquê?
- 4- A nova Direção Executiva do SNS, liderada por Fernando Araújo, corporiza uma alteração na orgânica de gestão da Saúde. Passados 5 meses desde a sua entrada em funções, qual a sua opinião sobre a presença deste organismo? O que mudou com a implementação deste modelo?
- 5- O que falta hoje ao SNS? Que soluções sugere, a fim de o vigorar e fazer cumprir os princípios orientadores plasmados na Constituição da República Portuguesa (artigo 64.º) e na Lei de Bases da Saúde (Base 20)? E se ocupasse, neste momento, um cargo de relevo na Saúde, qual seria a principal medida que tomaria?

A entrevista termina aqui. Gostaria de agradecer o seu contributo.

Anexo B - Entrevistas

Entrevista 1

Parte I Informações

- Idade: 62 anos
- Especialidade médica: Gastrenterologia
- Categoria Profissional: Assistente Hospitalar Graduado
- Carga horária: 40 horas semanais/ambos os modelos
- Tempo de funções em ambos os modelos de gestão hospitalar: Público – 26 anos, PPP – 7 anos
- Tempo de serviço: 37 anos

Parte II Questões

Q1. Olhando para o seu percurso profissional e para as diversas experiências vivenciadas *in loco*, como caracteriza o funcionamento dos hospitais sob gestão pública em comparação aos hospitais sob regime de parceria público-privada (PPP), no que respeita ao clima organizacional, à disponibilidade de recursos (humanos, técnicos e financeiros) e à capacidade de resposta às necessidades dos utentes?

R: Infelizmente, acho que o regime de PPP é superior ao esquema público. Trabalhei durante muito anos no público e, por isso, não tinha experiência em relação à gestão privada, chegando até a considerá-la questionável. Mais tarde, quando tive oportunidade de a vivenciar, tomei-a como surpreendente, sublinhando que a razão subjacente a esta transição se deveu ao facto de o hospital, ainda que na presença de um grupo privado, continuar a ser da esfera pública. Quanto à cultura organizacional, posso dizer que é totalmente diferente no regime de PPP. Ou seja, neste modelo tive a oportunidade de reunir regularmente com os órgãos de gestão e de administração do hospital, o que não acontecia no público ou a acontecer era muito esporadicamente, e nesta interação sentia que a minha voz era ouvida no sentido de perceberem as necessidades e aspetos a melhorar no hospital, como por exemplo, os tempos de espera, a flexibilidade na marcação de consultas e de exames, o reforço das equipas médicas, a disponibilidade de equipamentos etc., e, desta forma, colmatarem celeremente as falhas

existentes. É claro que tudo isto aliado ao envolvimento dos superiores hierárquicos, ao clima de cooperação entre os profissionais e às condições de trabalho oferecidas se reflete no aumento da capacidade de resposta aos utentes.

Q2. Os problemas do Serviço Nacional de Saúde (SNS) têm vindo a agudizar-se, conduzindo até ao encerramento de serviços de urgência (obstétrica, ginecológica e pediátrica, por exemplo) e a demissões em bloco dos respetivos chefes de equipa. Enquanto profissional da área, encara este cenário como a consequência de práticas de gestão inadequadas ou, por outro lado, identifica motivos mais estruturais e profundos (e.g., suborçamentação crónica, desestruturação das carreiras médicas, alterações legislativas, etc.)?

R: Deve-se ao conjunto dos aspetos elencados. De facto, o que está a acontecer é escandaloso e mais preocupante ainda é ninguém parecer efetivamente preocupado com este cenário nem com a resolução do mesmo. Posso adiantar que tais acontecimentos são encarados como impensáveis nos hospitais onde a gestão privada está implicada, não acontecem. E nesta questão temos também de falar sobre a desmotivação dos profissionais de saúde, porque as condições a que estão sujeitos não são dignas, os salários igualmente e, portanto, não é plausível que a classe médica, com os riscos que assume e com as responsabilidades inerentes à própria profissão, continue a ser tratada desta forma. Acrescento até que um médico com a minha idade ganha 1500 euros líquidos num hospital público, daí que muitos tenham optado e continuem a optar por ir trabalhar para os hospitais privados ou a exercer nos dois modelos de gestão. As condições de trabalho são inegavelmente melhores no privado.

Q3. As PPP no setor da saúde são, há vários anos, objeto de intensos debates e posições irreconciliáveis ao nível político-partidário. Na sua perspetiva, este mecanismo complementa e robustece o SNS ou, pelo contrário, interpreta-o como um dos fatores responsáveis pelo atual estado da saúde em Portugal? Porquê?

R: Este tema é puramente ideológico. Eu sempre me considerei uma pessoa de esquerda, mas a meu ver a esquerda está e sempre esteve cegamente contra esta questão. É preciso ter a noção que as PPP ganharam os concursos porque por cada GDH (Grupos de Diagnósticos Homogéneos), estabeleceram um preço 30% mais baixo do que o que seria praticado pelo público. Foi este o único motivo. Ora, se geraram poupanças para o Estado, se prestam um serviço melhor e se a população está satisfeita, é um modelo prejudicial como? Acabar com ele porquê? Não é correto assumi-las como um dos fatores responsáveis pela degradação do SNS.

Q4. A nova Direção Executiva do SNS, liderada por Fernando Araújo, corporiza uma alteração na orgânica de gestão da Saúde. Passados 5 meses desde a sua entrada em funções, qual a sua opinião sobre a presença deste organismo? O que mudou com a implementação deste modelo?

R: Tinha uma enorme esperança que com a entrada desta nova Direção a realidade do setor sofresse algumas alterações, até pelo trabalho por ele desenvolvido no Hospital de São João,

mas a verdade é que ao fim deste tempo ainda não vi nada, não mudou nada. E a minha opinião sobre o atual Ministro da Saúde ainda é pior, até ao momento não apresentou soluções.

Q5. O que falta hoje ao SNS? Que soluções sugere, a fim de o vigorar e fazer cumprir os princípios orientadores plasmados na Constituição da República Portuguesa (artigo 64.º) e na Lei de Bases da Saúde (Base 20)? E se ocupasse, neste momento, um cargo de relevo na Saúde, qual seria a principal medida que tomaria?

R: Penso que a resposta tem de passar por um modelo organizativo responsável. As pessoas que assumem os cargos de gestão e de administração nos hospitais têm de cumprir as suas responsabilidades, têm de apresentar contas. É por isso que os hospitais públicos acabam os anos com défices imensos, porque não lhes são pedidos esclarecimentos, não há controlo. Penso que a solução tem de passar também pela incorporação das práticas da gestão privada nos hospitais públicos.

Entrevista 2

Parte I Informações

- Idade: 53 anos
- Especialidade médica: Endocrinologia
- Categoria Profissional: Assistente Hospitalar Graduado
- Carga horária: 35 horas semanais/ambos os modelos
- Tempo de funções em ambos os modelos de gestão hospitalar: Público – 17 anos, PPP – 10 anos
- Tempo de serviço: 27 anos

Parte II Questões

Q1. Olhando para o seu percurso profissional e para as diversas experiências vivenciadas *in loco*, como caracteriza o funcionamento dos hospitais sob gestão pública em comparação aos hospitais sob regime de parceria público-privada (PPP), no que respeita ao clima organizacional, à disponibilidade de recursos (humanos, técnicos e financeiros) e à capacidade de resposta às necessidades dos utentes?

R: Em termos organizacionais, as PPP são sem dúvida melhores. Neste regime, deparei-me com um elevado grau de planeamento que se verifica, tanto no curto, como no médio e longo prazo. Também o espírito colaborativo está presente de uma forma mais vincada, com os profissionais a sentirem-se mais apoiados, o que se justifica pelo facto de terem contacto direto com os órgãos de gestão e de encontrarem as suas funções distribuídas de um modo mais equilibrado, isto é, enquanto no público se assiste a uma maior dispersão e sobreposição, nas PPP há um estabelecimento prévio e, a meu ver, por vezes até demasiado rígido. É claro que tudo isto acaba por se refletir numa maior rentabilização, quer das consultas, quer dos atos médicos e dos exames e, nesse sentido, numa maior capacidade de resposta aos utentes. Contudo, tenho de frisar que esta rigidez oferece pouca autonomia à classe médica para gerir o seu próprio trabalho, até porque a agenda está adstrita a uma funcionária administrativa, que marca x consultas para a manhã do dia y. Ou seja, se eu tiver um conjunto de 10 ou de 15 doentes para atender, tenho automaticamente a noção do tempo que posso disponibilizar a cada um. Cinjo-me, neste caso, a cumprir o planeado. Acrescento, no entanto, que este cenário depende do grupo responsável pela gestão da PPP, se calhar nas restantes experiências tal

dinâmica não vigorava. Já no que respeita à disponibilidade de recursos, sinto que há menos recursos humanos face aos hospitais públicos, mas em compensação temos um destacamento de responsabilidades que faz com que os hospitais sob regime de PPP consigam cumprir o objetivo principal de responder às necessidades da população. Não sei é se essa produtividade se reflete numa maior qualidade, porque a partir do momento em que tenho mais doentes para atender num dia, isso traduz-se num contacto mais reduzido com o paciente e, no meu entendimento, num nível de qualidade inferior.

Q2. Os problemas do Serviço Nacional de Saúde (SNS) têm vindo a agudizar-se, conduzindo até ao encerramento de serviços de urgência (obstétrica, ginecológica e pediátrica, por exemplo) e a demissões em bloco dos respetivos chefes de equipa. Enquanto profissional da área, encara este cenário como a consequência de práticas de gestão inadequadas ou, por outro lado, identifica motivos mais estruturais e profundos (e.g., suborçamentação crónica, desestruturação das carreiras médicas, alterações legislativas, etc.)?

R: Nós profissionais, quando decidimos abandonar o público e ir exercer funções para os hospitais sob regime de PPP, fomos com vários tipos de contrato de trabalho, e os grupos que dependiam muito de turnos e de horas extraordinárias, como por exemplo, os que fazem urgências ou os que estão nos blocos operatórios, tinham uma parte dos seus honorários em contrato fixo e a outra parte em contrato de prestação de serviços. Portanto, conseguiam abranger um horário que cobrisse, de certa forma, as necessidades do hospital e dos utentes. E o que aconteceu? Quando passou para a gestão pública, o novo Conselho de Administração não só deixou de conseguir gerir o hospital, como deixou de oferecer condições de trabalho dignas aos profissionais. A partir daqui, sucederam-se os casos enunciados e os profissionais começaram a fugir para os privados. Mas reitero que tudo depende dos Conselhos de Administração, até porque temos realidades muito distintas no país. Posto isto, e ainda que considere que todos os fatores estão relacionados, entendo que as práticas de gestão se refletem em tudo o resto. São a base da discussão.

Q3. As PPP no setor da saúde são, há vários anos, objeto de intensos debates e posições irreconciliáveis ao nível político-partidário. Na sua perspetiva, este mecanismo complementa e robustece o SNS ou, pelo contrário, interpreta-o como um dos fatores responsáveis pelo atual estado da saúde em Portugal? Porquê?

R: Não acho de forma alguma que as PPP tenham contribuído para a degradação do SNS. Culpabilizo sim, a máquina do Estado. Veja-se o que acontece no público: congelamento de carreiras, salários baixos, horas extraordinárias mal pagas, listas de espera, etc. Ora, um cenário como o descrito, só poderia resultar num aproveitamento dos grupos privados e numa transferência de valor para os mesmos. E digo isto mesmo considerando-me uma pessoa de esquerda. Neste tópico, não me consigo identificar com a visão de esquerda, considero até que as PPP vieram salvar ou, pelo menos, dar o exemplo de como o Estado deveria gerir o sistema. Questiono-me também porque é que os hospitais, tendo tido sucesso enquanto PPP, não

mantiveram o mesmo modelo de gestão quando transitaram para a esfera pública. Outro ponto que acho relevante sublinhar, porque não foi feito nesta PPP em específico e porque o perceciono como fundamental, prende-se com a avaliação da qualidade. E por qualidade refiro-me à qualidade para os profissionais de saúde e à qualidade para os utentes, duas perspetivas essenciais, mas nem sempre contempladas nos relatórios.

Q4. A nova Direção Executiva do SNS, liderada por Fernando Araújo, corporiza uma alteração na orgânica de gestão da Saúde. Passados 5 meses desde a sua entrada em funções, qual a sua opinião sobre a presença deste organismo? O que mudou com a implementação deste modelo?

R: Acho que alguns aspetos mudaram com a entrada da nova Direção Executiva. Por exemplo, encaro a autonomia dada aos hospitais para fazerem os contratos individuais de trabalho, sem recorrerem a concursos, como uma mais-valia. E porquê? Quando um jovem sai da especialidade e entra num hospital através de procedimento concursal, está diante uma carga horária de 40 horas e claro que este cenário o impossibilita de exercer atividade privada. Ora, nenhum médico em início de carreira quer ficar no SNS nestas condições e ainda para mais a ser mal remunerado. Portanto, ao não entrar por esta via, ingressa com o tal contrato e tem margem de manobra para se coordenar com outras atividades, ou seja, o profissional ganha e, em parte, o SNS também, porque não o perde na sua totalidade. O mesmo acontece com o regime de exclusividade, que o interpreto como redutor e limitativo. Obrigar os profissionais de saúde a trabalharem num só sítio, contribuirá para uma degradação ainda mais profunda do SNS. Se o público não nos consegue oferecer condições, ao menos que tenha em conta o direito à liberdade de escolha.

Q5. O que falta hoje ao SNS? Que soluções sugere, a fim de o vigorar e fazer cumprir os princípios orientadores plasmados na Constituição da República Portuguesa (artigo 64.º) e na Lei de Bases da Saúde (Base 20)? E se ocupasse, neste momento, um cargo de relevo na Saúde, qual seria a principal medida que tomaria?

R: Falta uma boa gestão. É necessário reestruturar as carreiras dos profissionais de saúde, não só em termos salariais, como ao nível dos horários; é necessário fortalecer os cuidados de saúde primários, pois uma aposta nesta área conduzirá a uma redução dos custos hospitalares; é necessário diferenciar a doença aguda da doença crónica, ou seja, aplicar duas perspetivas de gestão distintas, porque ambas exigem cuidados diferenciados; é necessário dar autonomia aos hospitais, na medida em que cada um serve uma população diferente; e por fim, é necessário incorporar práticas de gestão privada no SNS, a começar pela organização, pelo planeamento e pela prevenção.

Entrevista 3

Parte I Informações

- Idade: 58 anos
- Especialidade médica: Gastrenterologia
- Categoria Profissional: Assistente Hospitalar Graduado Sénior
- Carga horária: 35 horas semanais/ambos os modelos
- Tempo de funções em ambos os modelos de gestão hospitalar: Público – 12 anos, PPP – 10 anos
- Tempo de serviço: 32 anos

Parte II Questões

Q1. Olhando para o seu percurso profissional e para as diversas experiências vivenciadas *in loco*, como caracteriza o funcionamento dos hospitais sob gestão pública em comparação aos hospitais sob regime de parceria público-privada (PPP), no que respeita ao clima organizacional, à disponibilidade de recursos (humanos, técnicos e financeiros) e à capacidade de resposta às necessidades dos utentes?

R: O hospital em regime de parceria público-privada em que tive oportunidade de trabalhar desde a sua abertura apresentava uma excelente organização e hierarquização de todos os processos, privilegiava uma cultura de excelência clínica, tentando prestar cuidados clínicos do mais elevado nível associado a uma cultura de segurança dos doentes (e também dos profissionais). Relativamente aos recursos humanos, foi possível a contratação de profissionais de elevado nível de diferenciação nas várias áreas o que permitiu que, em poucos anos, fosse possível formar e diferenciar outros profissionais com elevado nível de desempenho. Dispúnhamos dos recursos técnicos adequados às necessidades dos utentes e, sempre que necessário, foram utilizados medicamentos e dispositivos médicos mais onerosos, desde que devidamente fundamentados. Considero que a resposta dada aos nossos utentes (mesmo os que não pertenciam à área de residência do Hospital) foi sempre de elevada qualidade e realizada de forma atempada e de acordo com os mais elevados padrões de qualidade. As características que descrevi na governação clínica das PPP, salientando que só trabalhei numa, são muito diferentes daquelas que conheci ao longo do meu percurso profissional nos hospitais do SNS.

Os hospitais do SNS apresentam elevada carga burocrática, não respondem de forma adequada às necessidades dos utentes, não privilegiam a excelência clínica e não têm os seus profissionais motivados.

Q2. Os problemas do Serviço Nacional de Saúde (SNS) têm vindo a agudizar-se, conduzindo até ao encerramento de serviços de urgência (obstétrica, ginecológica e pediátrica, por exemplo) e a demissões em bloco dos respetivos chefes de equipa. Enquanto profissional da área, encara este cenário como a consequência de práticas de gestão inadequadas ou, por outro lado, identifica motivos mais estruturais e profundos (e.g., suborçamentação crónica, desestruturação das carreiras médicas, alterações legislativas, etc.)?

R: Penso que existem motivos estruturais mais profundos e que o SNS não se soube dimensionar adequadamente – há anos que sabíamos que o número de médicos seria deficitário, nesta altura, e que com o envelhecimento da população seriam necessários mais cuidados médicos e nada disso foi devidamente acautelado. A título de exemplo, é sabido (há anos) que o número de Anestesiologistas estava muito aquém do desejado e que o número de cirurgias e de procedimentos que implicam a presença de um Anestesiologista seria cada vez maior, mas o número de vagas que anualmente abriam para formação de novos especialistas continuou a ser reduzido, comparativamente com as necessidades. Acresce ainda a tudo isto o facto de o setor privado se ter desenvolvido exponencialmente nos últimos anos, com condições de trabalho e de remuneração mais atrativas para os profissionais o que levou ao êxodo dos profissionais para o setor privado. As carreiras médicas também não foram acarinhadas e as condições remuneratórias deterioraram-se muito nas duas últimas décadas. A pandemia veio mostrar a grande fragilidade que o SNS atravessava e levou a que muitos profissionais de saúde abandonassem definitivamente o serviço público. Isto foi bem notório no Hospital Beatriz Ângelo em que a combinação de ambos os fatores – pandemia e mudança para a gestão pública – resultou no êxodo de um grande número de profissionais exclusivamente para o setor privado. Até recentemente os médicos trabalhavam no SNS e, em regime de complementaridade, no setor privado. Nos últimos anos, resultante dos fatores atrás enunciados, muitos médicos e outros profissionais de saúde optaram por trabalhar exclusivamente no setor privado e julgo ser uma tendência que se vai manter nos próximos anos.

Q3. As PPP no setor da saúde são, há vários anos, objeto de intensos debates e posições irreconciliáveis ao nível político-partidário. Na sua perspetiva, este mecanismo complementa e robustece o SNS ou, pelo contrário, interpreta-o como um dos fatores responsáveis pelo atual estado da saúde em Portugal? Porquê?

R: Penso que as PPP são uma mais-valia e já percebemos que a gestão das PPP é benéfica para todos, utentes e profissionais. O nível de cuidados prestados é seguramente mais elevado nas PPP e, tanto quanto percebo, as PPP são vantajosas em termos financeiros para o próprio Estado, ou seja, temos doentes igualmente tratados (ou melhor) a menor custo. Desta forma parece-me que a gestão das PPP é mais eficiente e com melhor rentabilização dos recursos

disponíveis. Todos os procedimentos no SNS são altamente complicados com uma carga burocrática muito elevada e muito disfuncional.

Q4. A nova Direção Executiva do SNS, liderada por Fernando Araújo, corporiza uma alteração na orgânica de gestão da Saúde. Passados 5 meses desde a sua entrada em funções, qual a sua opinião sobre a presença deste organismo? O que mudou com a implementação deste modelo?

R: Sinceramente ainda não percebi grandes mudanças com a implementação deste modelo, mas penso que existem ideias para algumas mudanças, que poderão ser úteis. Parece-me consensual dizer que o atual estado do SNS é preocupante e que haverá muito trabalho a desenvolver, sendo necessário mais flexibilidade e menos burocratização de todos os sistemas e processos.

Q5. O que falta hoje ao SNS? Que soluções sugere, a fim de o vigorar e fazer cumprir os princípios orientadores plasmados na Constituição da República Portuguesa (artigo 64.º) e na Lei de Bases da Saúde (Base 20)? E se ocupasse, neste momento, um cargo de relevo na Saúde, qual seria a principal medida que tomaria?

R: Esta questão é difícil, é sempre mais fácil criticar que fazer alguma coisa útil. Precisamos de profissionais mais motivados e mais bem remunerados. Quando falo em profissionais mais motivados refiro-me ao incentivo à diferenciação e à formação, a boas condições de trabalho e não à “escravatura” que vamos vivenciando – inúmeras horas de trabalho, mal remuneradas, pouco incentivo a excelência profissional e ausência de progressão na carreira. Precisamos de identificar as necessidades dos utentes, aumentar a literacia em saúde e promover programas de prevenção primária e secundária de múltiplas patologias.

Entrevista 4

Parte I Informações

- Idade: 36 anos
- Especialidade médica: Gastrenterologia
- Categoria Profissional: Assistente Hospitalar
- Carga horária: Público – 40 horas semanais, PPP – 35 horas semanais
- Tempo de funções em ambos os modelos de gestão hospitalar: Público – 7 anos, PPP – 5 anos
- Tempo de serviço: 12 anos

Parte II Questões

Q1. Olhando para o seu percurso profissional e para as diversas experiências vivenciadas *in loco*, como caracteriza o funcionamento dos hospitais sob gestão pública em comparação aos hospitais sob regime de parceria público-privada (PPP), no que respeita ao clima organizacional, à disponibilidade de recursos (humanos, técnicos e financeiros) e à capacidade de resposta às necessidades dos utentes?

R: No que toca ao clima organizacional, acho que o regime de PPP está melhor organizado. Existe um serviço que se chama «Direção de Produção», composto por um conjunto de indivíduos que não fazem parte do Conselho de Administração, mas que frequentam as reuniões do Conselho, acabando no fundo por ser gestores de área. E o seu papel passa por colocar os profissionais a par do que é esperado para cada especialidade e dos resultados a atingir para cada ano, procedendo a várias reuniões de produtividade. Ora, isto não acontece no sistema público ou, pelo menos, nunca me apercebi. Ou seja, no público os médicos acabam por ser orientados apenas pelo que é solicitado, não havendo uma perspetiva do que é necessário. Quase que somos nós os gestores. Daí que também exista uma maior motivação nos hospitais PPP, porque, de facto, este *feedback* ajuda os profissionais. Já em termos de recursos, começando pelos humanos, considero que há mais facilidade de contratação nas PPP, ainda que dependa das especialidades e do contrato de gestão celebrado, isto é, dos seus objetivos. Por exemplo, nesta PPP em particular, as especialidades cirúrgicas “sobrepõem-se” às especialidades médicas, existindo mesmo assim maior liberdade de contratação face à gestão pública, o que se reflete num maior número de recursos humanos. Por outro lado, os recursos técnicos, e falando

da minha especialidade, não acho que haja diferenças. Temos é nas PPP maior sensibilização para os custos, de resto é igual. E o mesmo sobre os recursos financeiros, que lá está dependem dos objetivos do contrato. Imaginemos: se um hospital recebe mais dinheiro com determinada área de intervenção, terá mais interesse em investir nessa mesma área, sem esquecer que muitos dos contratos só são pormenorizados quando já estão em vigor. Por fim, considero que a capacidade de resposta aos utentes é significativamente superior nas PPP, ressalvando que é à custa da produtividade médica (mais consultas, mais exames), derivada do próprio método de trabalho baseado na organização. Quanto à qualidade da resposta, penso que há qualidade na perspetiva do acesso, mas na perspetiva do tempo não.

Q2. Os problemas do Serviço Nacional de Saúde (SNS) têm vindo a agudizar-se, conduzindo até ao encerramento de serviços de urgência (obstétrica, ginecológica e pediátrica, por exemplo) e a demissões em bloco dos respetivos chefes de equipa. Enquanto profissional da área, encara este cenário como a consequência de práticas de gestão inadequadas ou, por outro lado, identifica motivos mais estruturais e profundos (e.g., suborçamentação crónica, desestruturação das carreiras médicas, alterações legislativas, etc.)?

R: É o conjunto das situações, realçando-se o subinvestimento. Por exemplo, os sindicatos fizeram em 2012 um acordo para o estabelecimento das 40 horas semanais, decursivo do período da *troika*, e frisando sempre a sua transitoriedade. E o que aconteceu? O valor alocado aos médicos manteve-se. Ou seja, hoje em dia, além da excessiva carga horária, o valor que se paga a um especialista hospitalar é muito baixo, fazendo com que os profissionais não queiram ficar no SNS. A verdade é que investimos em 6 anos de curso mais 6 anos de especialidade para não sermos valorizados. Portanto, não só não temos condições para desenvolver a atividade clínica, como temos salários indignos. E nestes aspetos as PPP conseguem oferecer-nos melhores condições. Outro exemplo, o regime de dedicação plena. É claro que se fosse bem remunerado, os médicos adeririam. Neste momento, o êxodo para o setor privado justifica-se pela necessidade, porque o valor que lhes é pago é superior. E mesmo em termos de carreira, este regime seria vantajoso, até porque acabariam por ter mais disponibilidade para se dedicarem aos seus doentes, já para não falar na maior compatibilidade entre a vida pessoal e profissional. O problema é que o setor público não está interessado em aumentar os salários.

Q3. As PPP no setor da saúde são, há vários anos, objeto de intensos debates e posições irreconciliáveis ao nível político-partidário. Na sua perspetiva, este mecanismo complementa e robustece o SNS ou, pelo contrário, interpreta-o como um dos fatores responsáveis pelo atual estado da saúde em Portugal? Porquê?

R: Tanto para o doente, como para o médico, as PPP são favoráveis. No primeiro caso, por conseguir aceder de forma rápida e adequada às consultas e exames e no segundo caso, pelos aspetos elencados. Portanto, na minha perspetiva complementa o SNS.

Q4. A nova Direção Executiva do SNS, liderada por Fernando Araújo, corporiza uma alteração na orgânica de gestão da Saúde. Passados 5 meses desde a sua entrada em funções, qual a sua opinião sobre a presença deste organismo? O que mudou com a implementação deste modelo?

R: Não mudou nada, pelo contrário, tenho é visto uma degradação crescente. Mas quer dizer sem estatutos aprovados, também não há capacidade de ação.

Q5. O que falta hoje ao SNS? Que soluções sugere, a fim de o vigorar e fazer cumprir os princípios orientadores plasmados na Constituição da República Portuguesa (artigo 64.º) e na Lei de Bases da Saúde (Base 20)? E se ocupasse, neste momento, um cargo de relevo na Saúde, qual seria a principal medida que tomaria?

R: Falta organização, investimento (humano e material), liderança e uma visão estratégica. E se ocupasse um cargo de relevo, a principal medida estaria ligada à revisão salarial e de carreiras. No fundo, criar condições efetivas para fixar os profissionais no SNS.

Entrevista 5

Parte I Informações

- Idade: 41 anos
- Especialidade médica: Nefrologia
- Categoria Profissional: Assistente Hospitalar
- Carga horária: Público – 30 horas semanais, PPP – 20 horas semanais
- Tempo de funções em ambos os modelos de gestão hospitalar: Público – 10 anos, PPP – 3 anos
- Tempo de serviço: 13 anos

Parte II Questões

Q1. Olhando para o seu percurso profissional e para as diversas experiências vivenciadas *in loco*, como caracteriza o funcionamento dos hospitais sob gestão pública em comparação aos hospitais sob regime de parceria público-privada (PPP), no que respeita ao clima organizacional, à disponibilidade de recursos (humanos, técnicos e financeiros) e à capacidade de resposta às necessidades dos utentes?

R: Aos hospitais públicos falta autonomia. A contratação de recursos humanos (qualquer um) é muito limitada, demorada e burocrática. Precisamos de um auxiliar hoje, entra passado 1 ano. Até a contratação de pessoas sem formação (auxiliares) é muito demorada (depende de autorizações do Ministério das Finanças). A esta burocracia acresce uma incapacidade negocial. Ou seja, não há proposta de salário. É por tabela. Se precisamos de alguém diferenciado, com muita experiência numa técnica é impossível competir com um mercado livre. Marcar uma entrevista e escolher o melhor. Isso não existe na gestão pública. Abrimos um concurso e entra algum recém especialista (quando entra) que até pode não saber fazer o que precisamos. A gestão PPP escolhe efetivamente os seus profissionais mais eficientemente. Pode também oferecer contratos mais atrativos e atualizam salários. Já a gestão pública, não atualiza salários. A progressão de carreira é dependente de concursos demorados, mal-organizados e raros. Relativamente ao material, todas as aquisições são feitas por concurso, o que prolonga frequentemente o tempo de aquisição de qualquer material. Como as faturas também não são pagas atempadamente, os fornecedores refletem isso na fatura, o que resulta numa gestão mais ineficiente. Gastamos mais para as mesmas coisas. Em vários hospitais públicos (nos que

trabalhei) faltava material porque os concursos estavam atrasados. Como substitutos, usávamos muitas vezes material mais caro. Mais uma vez, gastamos mais para tratar o mesmo. Ou seja, a falta de autonomia traduz-se numa gestão ineficiente de recursos humanos e materiais.

Q2. Os problemas do Serviço Nacional de Saúde (SNS) têm vindo a agudizar-se, conduzindo até ao encerramento de serviços de urgência (obstétrica, ginecológica e pediátrica, por exemplo) e a demissões em bloco dos respetivos chefes de equipa. Enquanto profissional da área, encara este cenário como a consequência de práticas de gestão inadequadas ou, por outro lado, identifica motivos mais estruturais e profundos (e.g., suborçamentação crónica, desestruturação das carreiras médicas, alterações legislativas, etc.)?

R: Em primeiro lugar, considero que demissões em bloco de cargos de chefia, mantendo depois funções, não têm qualquer significado. As pessoas continuam a fazer o seu trabalho e muitas vezes é uma luta pelo poder. Eu quando estou mal demito-me efetivamente do meu emprego e vou para outro. Enquanto estou a trabalhar tendo a respeitar a cadeia hierárquica e se me propõem ir trabalhar para algum sítio por necessidade de reorganização, eu vou se concordar com essa necessidade. Se não concordar mudo de emprego. Algumas especialidades/hospitais grandes têm muita dificuldade em ver alterações ocorrer nas suas “quintas”. Por exemplo, na Área Metropolitana de Lisboa temos urgência de obstetria em Santa Maria, Loures, Vila Franca de Xira, Maternidade Alfredo da Costa, São Francisco Xavier, Cascais, e no Hospital Garcia da Orta e Torres Vedras (perto). Nascem assim tantas crianças nesses hospitais? Além de todas as urgências privadas. Quais são os números? Alguém olhou para isso? O mesmo se aplica, por exemplo, à ortopedia ou outras especialidades. Portanto, considero que ninguém olha para os números e como tal não sei qual é o problema. Às vezes acho que o problema é a comunicação social que notifica fechos de urgências e nem sabe quantos partos se fazem nessa urgência. Sei ainda que se gastam demasiados fundos para manter urgências a funcionar à base da tarefa (sem contratos, pagos a valor/hora muito elevado), porque não existe a especialidade de medicina de urgência. Também se gasta muito valor à tarefa, porque se paga muito mal aos médicos que assim saem do hospital e vão ganhar o triplo a fazer urgências e sem qualquer vínculo (não necessitam de ter férias aprovadas, não dão disponibilidades para o Natal/fim de ano e desmarcam turnos de véspera). Tudo isto contribui para um caos na urgência. Passam a trabalhar com condições não previsíveis.

Em suma:

- necessário reorganizar (olhar para os números e não ceder a pressões de “quintas”);
- melhorar salários (vamos ficar só com tarefeiros, sem qualquer vínculo ou responsabilidade);
- garantir certificação médica contínua (é necessário garantir qualidade do serviço prestado).

Q3. As PPP no setor da saúde são, há vários anos, objeto de intensos debates e posições irreconciliáveis ao nível político-partidário. Na sua perspetiva, este mecanismo complementa e

robustece o SNS ou, pelo contrário, interpreta-o como um dos fatores responsáveis pelo atual estado da saúde em Portugal? Porquê?

R: Complementa. O serviço deve ser prestado por aquele setor que for mais eficiente. A diálise em Portugal é toda prestada por privados (PPP – o doente não paga). Funciona mal? Não. Funciona muito bem. O Estado deve ser o regulador, ou seja, garantir que o serviço é bem prestado, com qualidade. O prestador pode ser público, privado ou social.

Q4. A nova Direção Executiva do SNS, liderada por Fernando Araújo, corporiza uma alteração na orgânica de gestão da Saúde. Passados 5 meses desde a sua entrada em funções, qual a sua opinião sobre a presença deste organismo? O que mudou com a implementação deste modelo?

R: Considero que ainda nada mudou. Estão agora a tentar implementar algumas reorganizações de urgências, que me parecem bem. Mas essas mudanças nunca são bem recebidas. Mas mantém modelos de contratação completamente ultrapassados. Concursos obsoletos. Eu preciso de escolher as pessoas que me fazem falta no serviço e não abrir concurso e entrar alguém que não tem formação na área que eu necessito. Além disso, mantém a obrigatoriedade das 40 horas/semana. Se tenho um especialista que quer um contrato de 20h, porque não aproveitar? Rigidez e falta de autonomia.

Q5. O que falta hoje ao SNS? Que soluções sugere, a fim de o vigorar e fazer cumprir os princípios orientadores plasmados na Constituição da República Portuguesa (artigo 64.º) e na Lei de Bases da Saúde (Base 20)? E se ocupasse, neste momento, um cargo de relevo na Saúde, qual seria a principal medida que tomaria?

R: A primeira medida a tomar por mim seria uma auditoria geral a toda a atividade no setor da saúde. Quem faz o quê e em que horas? Análise de produtividade total. Todos os anos vemos médicos a entrar em grandes hospitais públicos e nunca nos mais pequenos. Fundem-se serviços (cheguei a ver mais de 60 oftalmologistas em apenas UM HOSPITAL de Lisboa e 2 oftalmologistas em todos do Algarve... é um mistério) e nunca ninguém analisa a atividade desse serviço. Estamos a produzir mais? Ou estamos só mais ineficientes? Porque funcionam as salas de bloco só até às 14h ou 16h? Essa análise estender-se-ia a todo o tipo de atividade e todo o tipo de profissionais. Só depois de uma análise profunda se pode procurar um aumento da eficiência. Com exatamente os mesmos recursos poderíamos estar a fazer muito melhor. Contudo, existe demasiada entropia para se conseguir aumentar a eficiência. Todo um sistema informático que não funciona, médicos a fazer de secretários; enfermeiros a 35h e médicos a 40h... Acabamos a fazer consulta e o enfermeiro e secretariado já não existem porque estão a 35h. Posteriormente tenderia a acabar com pagamentos alternativos: incentivos ao transplante, cirurgias em SIGIC, CRIs. As pessoas deviam ganhar bem pelo seu trabalho. A criação desses pagamentos apodrece o sistema. E depois teria de garantir a qualidade dos médicos (provavelmente outros profissionais também). Atualmente um médico é especialista por volta dos 30 anos. Nunca mais é obrigado a fazer uma certificação. Essa certificação existe em vários

países. Garante que há uma atualização médica contínua. Aqui não existe nem há interesse que existam. Aliás, atualmente pode-se trabalhar em Portugal sem qualquer especialidade, sem realização de exames que certifiquem a qualidade de um médico. O governo não tem qualquer interesse na qualidade da formação médica. Só interessa o número de médicos, mesmo que muito mal formados. Pessoalmente, resta-me fazer um seguro de saúde que me permita ser tratada (ou a minha família) num país que se preocupe com a formação médica (no privado a qualidade médica é a mesma e sem certificação contínua).

Entrevista 6

Parte I Informações

- Idade: 48 anos
- Especialidade médica: Psiquiatria
- Categoria Profissional: Assistente Hospitalar Graduado
- Carga horária: Público – 40 horas semanais/ambos os modelos
- Tempo de funções em ambos os modelos de gestão hospitalar: Público – 8 anos, PPP – 15 anos
- Tempo de serviço: 23 anos

Parte II Questões

Q1. Olhando para o seu percurso profissional e para as diversas experiências vivenciadas *in loco*, como caracteriza o funcionamento dos hospitais sob gestão pública em comparação aos hospitais sob regime de parceria público-privada (PPP), no que respeita ao clima organizacional, à disponibilidade de recursos (humanos, técnicos e financeiros) e à capacidade de resposta às necessidades dos utentes?

R: Clima organizacional – melhor na PPP, mais estruturado; recursos humanos – maior flexibilidade na PPP, permite melhores contratações; capacidade de resposta aos utentes – maior flexibilidade na PPP.

Q2. Os problemas do Serviço Nacional de Saúde (SNS) têm vindo a agudizar-se, conduzindo até ao encerramento de serviços de urgência (obstétrica, ginecológica e pediátrica, por exemplo) e a demissões em bloco dos respetivos chefes de equipa. Enquanto profissional da área, encara este cenário como a consequência de práticas de gestão inadequadas ou, por outro lado, identifica motivos mais estruturais e profundos (e.g., suborçamentação crónica, desestruturação das carreiras médicas, alterações legislativas, etc.)?

R: Consequência de práticas de gestão inadequadas pelas Administrações.

Q3. As PPP no setor da saúde são, há vários anos, objeto de intensos debates e posições irreconciliáveis ao nível político-partidário. Na sua perspetiva, este mecanismo complementa e robustece o SNS ou, pelo contrário, interpreta-o como um dos fatores responsáveis pelo atual estado da saúde em Portugal? Porquê?

R: Complementa e valoriza o SNS.

Q4. A nova Direção Executiva do SNS, liderada por Fernando Araújo, corporiza uma alteração na orgânica de gestão da Saúde. Passados 5 meses desde a sua entrada em funções, qual a sua opinião sobre a presença deste organismo? O que mudou com a implementação deste modelo?

R: Nada mudou na minha área.

Q5. O que falta hoje ao SNS? Que soluções sugere, a fim de o vigorar e fazer cumprir os princípios orientadores plasmados na Constituição da República Portuguesa (artigo 64.º) e na Lei de Bases da Saúde (Base 20)? E se ocupasse, neste momento, um cargo de relevo na Saúde, qual seria a principal medida que tomaria?

R: O que falta ao SNS são decisores com conhecimentos da área, são profissionais competentes na liderança que saibam avaliar e gerir hospitais, e são políticas de saúde que pensem nos profissionais e utentes.

Entrevista 7

Parte I Informações

- Idade: 42 anos
- Especialidade médica: Medicina Interna
- Categoria Profissional: Assistente Hospitalar Graduado
- Carga horária: Público – 40 horas semanais/ambos os modelos
- Tempo de funções em ambos os modelos de gestão hospitalar: Público – 6 anos, PPP – 12 anos
- Tempo de serviço: 18 anos

Parte II Questões

Q1. Olhando para o seu percurso profissional e para as diversas experiências vivenciadas *in loco*, como caracteriza o funcionamento dos hospitais sob gestão pública em comparação aos hospitais sob regime de parceria público-privada (PPP), no que respeita ao clima organizacional, à disponibilidade de recursos (humanos, técnicos e financeiros) e à capacidade de resposta às necessidades dos utentes?

R: Olhando para trás, provavelmente teria dificuldade em voltar a trabalhar num hospital público. Nas PPP, há mais rigor no âmbito da gestão, há um escrutínio maior no que à atividade e produção do médico diz respeito, há mais exigência naquilo que é pedido aos profissionais de saúde e há um maior reconhecimento dos profissionais, valorizando-os e recompensando-os pelo seu desempenho, o que é positivo. Neste regime tive também, tal como no modelo EPE, ainda que em menor peso, contacto com os órgãos de gestão, até pelas circunstâncias e funções que fui desempenhando. Quanto à disponibilidade de recursos, e referindo-me sempre à minha especialidade, nunca me faltaram, nos hospitais do SNS, meios físicos e técnicos para a execução das minhas funções. Já na minha experiência em PPP, sim. Tenho, contudo, conhecimento de colegas da minha área que sentem esse vazio nos hospitais públicos, efetivamente existe falta de material. Sobre os recursos financeiros, há menos limitações nas PPP. Aliás, há sempre limitações por razões óbvias, mas provando que determinado projeto tem um retorno de investimento interessante, que se traduz na melhoria da prestação de cuidados ou em maior produção hospitalar, sinto que temos apoio para a implementação desse tipo de

iniciativas. Ou seja, há mais espaço para este tipo de iniciativas *bottom-up*, ao contrário dos hospitais públicos em que é tudo excessivamente *top-down*. Por outro lado, o regime PPP tem todo o interesse em não ter uma gestão danosa, porque na hipótese de um buraco financeiro, este fica ao encargo do grupo privado, sendo claro que tudo fará para o evitar. Considero também que estes aspetos se traduzem em melhores *outcomes* clínicos e, conseqüentemente, numa maior satisfação para os profissionais e doentes.

Q2. Os problemas do Serviço Nacional de Saúde (SNS) têm vindo a agudizar-se, conduzindo até ao encerramento de serviços de urgência (obstétrica, ginecológica e pediátrica, por exemplo) e a demissões em bloco dos respetivos chefes de equipa. Enquanto profissional da área, encara este cenário como a consequência de práticas de gestão inadequadas ou, por outro lado, identifica motivos mais estruturais e profundos (e.g., suborçamentação crónica, desestruturação das carreiras médicas, alterações legislativas, etc.)?

R: Ambos. Os problemas estão acima de tudo centrados no sistema, nas políticas de saúde, e depois num nível micro, isto é, no que acontece dentro de cada instituição. O que estamos a viver agora era inevitável. Ou seja, se a suborçamentação é, de facto, a causa de muitos dos problemas existentes, as questões organizativas também o são. Sinceramente, acho que chegámos a um ponto de não retorno. Não vejo o Estado a querer investir no SNS, porque se quisesse daria melhores condições aos profissionais de saúde, projetos convincentes, carreiras com lógica, retribuições por mérito, etc. O mesmo sobre a forma como lidamos com a mudança de paradigma, da doença aguda para a doença crónica, mas com o sistema a continuar a funcionar segundo o primeiro, já para não falar da impreparação para enfrentar as alterações demográficas e a evolução científica. Tudo isto faz com que os investimentos estejam no lugar errado, não conseguindo, conseqüentemente, dar resposta às necessidades da população. Ao exposto, juntam-se as lideranças, muitas delas pouco preparadas e pouco atentas aos reais problemas das suas instituições. É preciso entender que a escolha das lideranças intermédias é um problema na maioria dos hospitais, inclusive nas PPP, e os serviços têm perdido muito por obra daquelas. Entrámos numa espiral negativa.

Q3. As PPP no setor da saúde são, há vários anos, objeto de intensos debates e posições irreconciliáveis ao nível político-partidário. Na sua perspetiva, este mecanismo complementa e robustece o SNS ou, pelo contrário, interpreta-o como um dos fatores responsáveis pelo atual estado da saúde em Portugal? Porquê?

R: Robustece. Os níveis de eficiência e de efetividade não são comparáveis e, portanto, acho que até deveriam existir mais PPP. Não consigo compreender o porquê da sua destruição, mantendo-se agora só uma PPP de pé. E não consigo conceber, porque, quer a satisfação dos profissionais, quer o desempenho desses hospitais, decresceram significativamente. Penso que tudo isto é uma questão de ideologia política e que os dois modelos se complementam, podendo continuar a existir em simultâneo. O sistema só beneficiava. Mas o que aconteceu efetivamente? Nos casos dos hospitais de Braga e Beatriz Ângelo, aquando da reavaliação dos contratos-

programa, os grupos Mello e Luz Saúde consideraram que a inclusão de todos os tratamentos e valências nestes, deixava de ser exequível e os predisponha a grandes *deficits* financeiros. Daí a saída da corrida às PPP, acabando o Estado por assumir a gestão destes hospitais. Já no caso da PPP de Cascais, o grupo espanhol *Ribera Salud* aceitou as condições impostas e, por isso, manteve-se. Sobre este campo, é ainda importante ter em conta que os hospitais PPP estão sujeitos a um escrutínio que os públicos não estão. Por exemplo, a quantidade de exigências que o Estado coloca sobre as PPP, difere da que coloca aos seus próprios hospitais. Imagine-se: se na urgência de um hospital PPP forem ultrapassados os tempos de espera para cada cor na triagem de Manchester, o hospital é multado. E quem diz multas em relação às urgências, diz em relação a muitas áreas do hospital. E quem as paga na eventualidade de existirem? O grupo privado, deixando se calhar de ter tanto lucro, passando a ter despesa. Este é um dos grandes motivos para que os níveis de desempenho nas PPP acabem por ser superiores. Embora todo este cenário me faça uma certa confusão, porque enquanto médico e entendendo a profissão como uma missão, parece-me estranho ouvir falar em lucros, da saúde como um negócio.

Q4. A nova Direção Executiva do SNS, liderada por Fernando Araújo, corporiza uma alteração na orgânica de gestão da Saúde. Passados 5 meses desde a sua entrada em funções, qual a sua opinião sobre a presença deste organismo? O que mudou com a implementação deste modelo?

R: Sinceramente, tinha uma expectativa enorme, mas fiquei desapontado e não acho que alguma coisa tenha mudado. Não sei é se essas mudanças não acontecem por questões políticas ou por outras razões. No fundo, não temos tido sinais de grandes mudanças estruturais e essas sim são necessárias para o sistema. Não vale a pena discutimos minudências, porque isso em nada vai resolver os problemas do sistema, que passam pelos doentes não terem portas onde se dirigir, não terem acesso aos cuidados de saúde primários, não existirem opções alternativas para os doentes crónicos, etc.

Q5. O que falta hoje ao SNS? Que soluções sugere, a fim de o vigorar e fazer cumprir os princípios orientadores plasmados na Constituição da República Portuguesa (artigo 64.º) e na Lei de Bases da Saúde (Base 20)? E se ocupasse, neste momento, um cargo de relevo na Saúde, qual seria a principal medida que tomaria?

R: Faltam lideranças convictas daquilo que é um bem maior para a população, falta coragem para mudanças estruturais significativas no SNS. E a principal medida que tomaria passaria precisamente por estas mudanças estruturais, ou seja, repensar o sistema, atendendo as necessidades atuais.

Entrevista 8

Parte I Informações

- Idade: 38 anos
- Especialidade médica: Pediatria
- Categoria Profissional: Assistente Hospitalar
- Carga horária: Público – 40 horas semanais, PPP – 35 horas semanais
- Tempo de funções em ambos os modelos de gestão hospitalar: Público – 3 anos, PPP – 9 anos
- Tempo de serviço: 12 anos

Parte II Questões

Q1. Olhando para o seu percurso profissional e para as diversas experiências vivenciadas *in loco*, como caracteriza o funcionamento dos hospitais sob gestão pública em comparação aos hospitais sob regime de parceria público-privada (PPP), no que respeita ao clima organizacional, à disponibilidade de recursos (humanos, técnicos e financeiros) e à capacidade de resposta às necessidades dos utentes?

R: Considero o regime de PPP superior nestes três domínios. Acho que há maior preocupação com a eficácia dos recursos e com a satisfação dos funcionários, o que engloba a carga horária, os meios físicos e técnicos, a agilização de consultas e a auscultação dos profissionais. No fundo, uma preocupação com as condições de trabalho, que não acontece na gestão pública. Relativamente aos recursos financeiros, considero que também existe uma maior flexibilidade, se bem que em certos casos sujeita a justificação, verificando-se sempre um certo cuidado em fazer com que os equipamentos e medicamentos em falta no hospital, apareçam. E claro, tudo isto traduz-se numa maior capacidade de resposta, tanto os profissionais como os doentes ganham com este modelo.

Q2. Os problemas do Serviço Nacional de Saúde (SNS) têm vindo a agudizar-se, conduzindo até ao encerramento de serviços de urgência (obstétrica, ginecológica e pediátrica, por exemplo) e a demissões em bloco dos respetivos chefes de equipa. Enquanto profissional da área, encara

este cenário como a consequência de práticas de gestão inadequadas ou, por outro lado, identifica motivos mais estruturais e profundos (e.g., suborçamentação crónica, desestruturação das carreiras médicas, alterações legislativas, etc.)?

R: Acho que qualquer gestor privado conseguiria evitar este tipo de situações. Na minha opinião, os problemas enunciados não são assim tão difíceis de resolver. E existem sobretudo por práticas de gestão inadequadas. De facto, há “coisas” tão básicas e gritantes que penso que qualquer pessoa vê. Por exemplo, nos hospitais públicos notamos que as equipas de gestão e de chefia são nomeadas por razões amistosas e não por motivos de competência, pressupondo uma certa ingerência política, ao passo que nas PPP, a existir, pelo menos não se faz sentir. Portanto sim, acho que as práticas seguidas nos hospitais PPP deviam ser as mesmas das praticadas nos hospitais públicos, e acho que a gestão privada é manifestamente superior à pública.

Q3. As PPP no setor da saúde são, há vários anos, objeto de intensos debates e posições irreconciliáveis ao nível político-partidário. Na sua perspetiva, este mecanismo complementa e robustece o SNS ou, pelo contrário, interpreta-o como um dos fatores responsáveis pelo atual estado da saúde em Portugal? Porquê?

R: Na minha perspetiva e vivência, fortalece. E isto porque nas PPP são utilizadas estratégias para garantir a otimização dos recursos e a satisfação dos profissionais. Já na gestão pública, onde deveria existir uma maior isenção, sinto favorecimento de amizades, contratação de pessoas que não as mais indicadas para desempenharem os cargos para que são nomeadas, não havendo a mínima preocupação com a satisfação do profissional.

Q4. A nova Direção Executiva do SNS, liderada por Fernando Araújo, corporiza uma alteração na orgânica de gestão da Saúde. Passados 5 meses desde a sua entrada em funções, qual a sua opinião sobre a presença deste organismo? O que mudou com a implementação deste modelo?

R: Na minha especialidade, não notei nenhuma diferença. A única coisa que temos sentido são propostas de alteração de lei que se afiguram preocupantes para o futuro da medicina e das carreiras médicas. É o caso da questão das ordens médicas, do regime de exclusividade e do aumento das horas extraordinárias. Se todos estes pontos não forem devidamente acautelados, o risco passa pela migração para o setor privado ou até mesmo pela emigração. Ninguém quer cá ficar nestas condições.

Q5. O que falta hoje ao SNS? Que soluções sugere, a fim de o vigorar e fazer cumprir os princípios orientadores plasmados na Constituição da República Portuguesa (artigo 64.º) e na Lei de Bases da Saúde (Base 20)? E se ocupasse, neste momento, um cargo de relevo na Saúde, qual seria a principal medida que tomaria?

R: Falta justiça. Havendo justiça, reflete-se no resto. E a principal medida passaria pelo restabelecimento das carreiras médicas, com foco na qualidade formativa e assistencial. Só esta medida tornaria o sistema mais atrativo.