

**A EMPRESARIALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS PÚBLICOS
NO PERÍODO DE 2002 A 2005**

Andreia Sofia Henriques Magalhães

Dissertação de Mestrado
em Contabilidade

Orientadora:
Prof. Maria João Major, Prof. Associada, ISCTE Business School,
Departamento de Contabilidade

Abril 2010

Agradecimentos

Esta dissertação é fruto de muito esforço e dedicação, mas também é resultado da preciosa ajuda de quem me acompanhou desde início. E agora que, finalmente, consegui atingir o meu objectivo é tempo de dedicar as próximas linhas a todos aqueles que me apoiaram, motivaram e acreditaram em mim. Assim sendo, gostaria de agradecer às seguintes pessoas:

- À Professora Maria João Major pela dedicação, mas acima de tudo pela oportunidade e confiança em mim depositada;
- À minha querida amiga Anabela pela ajuda na leitura final e pelas preciosas explicações de gramática;
- Ao meu tio Jorge que com um enorme esforço me ajudou na leitura final;
- Ao meu amigo Luís pela paciência que sempre demonstrou e pela valiosíssima ajuda nas regras de elaboração da dissertação; e
- Aos meus pais e irmã que sempre me apoiaram e me deram o espaço e o tempo necessário para concretizar os meus objectivos.

Resumo

O presente estudo debruça-se sobre o processo de empresarialização dos hospitais públicos em Portugal, no período compreendido entre 2002 e 2005. Neste sentido, pretende-se determinar e analisar as diferentes medidas adoptadas pelos hospitais e os impactos que daí resultaram. Com esse objectivo, são identificadas as motivações por detrás deste processo, assim como a evolução do sector da saúde até à criação dos Hospitais EPE. No caso concreto dos Hospitais EPE, foram identificados os diferentes eixos da empresarialização e as medidas associadas a cada um. Como forma de análise dos resultados utilizam-se quer dados quantitativos, quer dados qualitativos.

Os resultados permitem concluir que, com o desaparecimento da entidade responsável pelo acompanhamento do processo de empresarialização, a Unidade de Missão, desapareceram algumas medidas adoptadas inicialmente, tais como o *Tableau de Bord* e o *Benchmarking*. Conclui-se também, relativamente à produtividade e à eficiência, que nos primeiros quatro anos de empresarialização se verificou um aumento a produtividade, o qual se veio a traduzir numa melhoria da eficiência.

Palavras-chave: benchmarking, empresarialização, hospital, sector público.

Classificação do *Journal of Economic Literature* (JEL): I15 - Health and Economic Development; I18 - Government Policy; Regulation; Public Health

Abstract

This study focuses on the process of corporatization of public hospitals in Portugal in the period between 2002 and 2005. In this sense, the different measures implemented by hospitals and their impacts are determined and analyzed in this study.

For this purpose, the motivations behind the process of corporatization are analyzed, likewise the evolution of the Portuguese health sector until the creation of the “Hospitais EPE”. In the case of the “Hospitais EPE”, there were identified the different axis of corporatization and the measures associated to each one.

As a way of analyzing the results, both quantitative and qualitative data are used. The results indicate that following the ending of the entity responsible for monitoring the process of corporatization, the “Unidade de Missão”, some measures initially applied were abandoned, such as the Tableau de Bord and the Benchmarking exercise. Furthermore, the investigation evidenced, in what respects productivity and efficiency, that in the first four years of corporatization there was an increase in productivity, which has driven the sector to a higher level of efficiency.

Keywords: benchmarking; corporatization; hospital; public sector

Journal of Economic Literature (JEL) Classification Systems: I15 - Health and Economic Development; I18 - Government Policy; Regulation; Public Health

Índice

1. Introdução.....	1
1.1. Problemas e Objectivos.....	2
1.2. Gaps encontrados na Literatura.....	3
1.3. Metodologia	4
1.4. Estrutura da Dissertação.....	5
2. Enquadramento Teórico do Estudo	6
2.1. New Public Management	6
2.2. A Evolução do Sistema de Saúde Europeu	8
2.3. A Evolução do Serviço Nacional de Saúde em Portugal	11
2.3.1. Eixos Prioritários da Empresarialização.....	15
2.4. O Modelo de Financiamento dos Hospitais EPE	24
3. Metodologia	28
3.1. Enquadramento Metodológico da Investigação	28
3.2. Principais Passos Desenvolvidos	29
3.3. Fontes e Métodos de Recolha de Informação	32
4. Estudo Empírico.....	34
4.1. Antes da Empresarialização	34
4.1.1. Contexto Macroeconómico	34
4.1.2. O Sector da Saúde em Portugal.....	37
4.2. Reformas Realizadas no período 2002-2005.....	39
4.2.1. Cultura de Gestão por Objectivos e de Responsabilização por Resultados	40
4.2.2. Acompanhamento Rigoroso e Publicação Regular da Informação.....	44
4.2.3. Melhoria da Qualidade e da Eficiência Operacional.....	44
4.2.4. Promoção do Mérito e do Desenvolvimento Profissional.....	48
4.2.5. Melhoria da Comunicação e Serviço aos Utentes	52
4.3. A Produtividade e a Eficiência da Rede EPE.....	58
4.4. Financiamento - Avaliação dos Contratos-Programa.....	60
4.4.1. Execução Física e Financeira (2003-2004)	63

4.4.2. Avaliação da Implementação dos Contratos-Programa	64
5. Conclusão	65
5.1. Resultados da Investigação	65
5.2. Contribuições Práticas e Teóricas	69
5.3. Limitações e Sugestões para Desenvolvimentos Futuros.....	69
Bibliografia.....	71

Índice de Figuras

Figura 1: Prémio de Contribuição Individual (PCI)	22
Figura 2: O novo modelo de Financiamento	26
Figura 3: Instrumentos que regem a relação entre os Hospitais EPE, o IGIF e o Accionista Estado	27
Figura 4: O processo de análise de dados	30
Figura 5: Evolução do peso dos gastos com a Saúde no PIB (%), em Portugal, UE15 e OCDE, entre 1990 e 2004	35
Figura 6: Evolução do peso dos gastos totais, Públicos e Privados com a Saúde no PIB, em Portugal, UE15, OCDE e Países Seleccionados, entre 1980 e 2004	36
Figura 7: Peso relativo dos Hospitais EPE no sistema hospitalar (2002).....	39
Figura 8: Definição e fórmula de cálculo do IGE	45
Figura 9: Níveis de desempenho relativo aos Hospitais EPE, em 2002.....	46
Figura 10: Níveis de desempenho relativo aos Hospitais EPE, em Dezembro de 2003	47
Figura 11: Pessoal em serviço nos Hospitais do SNS, 2003	49
Figura 12: Pessoal em serviço nos Hospitais EPE, 2003	49
Figura 13: Processo de definição de objectivos dos Hospitais EPE.....	52
Figura 14: Ranking dos Hospitais EPE (%), em 2003	53
Figura 15: Produção hospitalar entre o período 2002 e 2005 – Rede EPE	60

Índice de Quadros

Quadro 1: A visão e os objectivos estratégicos da Unidade de Missão para os Hospitais EPE	15
Quadro 2: As seis iniciativas do Projecto ComuniCare	23
Quadro 3: Objectivos, Questões de Investigação e Subcapítulos da Dissertação	30
Quadro 4: Fontes de investigação utilizados nas diferentes questões de investigação ..	33
Quadro 5: Caracterização do Sector de Saúde em Portugal	37
Quadro 6: Caracterização do SNS em Portugal Continental, em 2002	38
Quadro 7: Indicadores presentes no Tableau de Bord.....	42
Quadro 8: Sistema de Incentivos	51
Quadro 9: Conteúdos estabelecidos nos Contratos-Programa.....	62
Quadro 10: Eixos da empresarialização e medidas adoptadas	68

Índice de Tabelas

Tabela 1: Valores globais Contratados e Facturados.....	63
Tabela 2: Quantidades Contratadas e Realizadas	63

Lista de Abreviaturas

ABC: Activity-Based Cost

ACSS: Administração Central dos Serviços de Saúde

ARS: Administração Regional de Saúde

BSC: Balanced Scorecard

CAHSA: Comissão para Avaliação dos Hospitais Sociedade Anónima

CEE/CIS: Central Eastern Europe/Commonwealth of Independent States

CPR: Centro Psiquiátrico de Recuperação

CRA: Centro Regional de Alcoologia

CTT: Correios, Telégrafos e Telefones

ECSI Portugal: Índice Nacional de Satisfação do Cliente

EPE: Entidades Público Empresarial

FEDER: Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional

GDH: Grupos de Diagnósticos Homogéneos

HRG: Healthcare Resource Groups

HSA: Hospital Sociedade Anónima

ICM: Índice de Case Mix

IGE: Índice Global de Eficiência

IGIF: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

IPO: Instituto Português de Oncologia

IQS: Instituto da Qualidade na Saúde

ISEGI/UNL: Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa

JCI: Joint Commission International

NHS: National Health Service

NPM: New Public Management

NRCE: National Reference Costing Exercise

NRCI: National Reference Cost Index

NRCO: National Reference Costing Office

OCDE/OECD: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico/Organisation for Economic Co-operation Development

OPSS: Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PECLEC: Programa Especial de Combate à Lista de Espera

PIB: Produto Interno Bruto

PIDDAC: Programa de Investimentos e Despesas de Desenvolvimento da Administração Central

PPA: Progressive Public Administration

PPP: Parerias Público-Privadas

ROC: Revisores Oficiais de Contas

RPE: Relative Performance Evaluation

SA: Sociedade Anónima

SAMS: Serviços de Assistência Médico Social

SEE: Sector Público Empresarial

SIGA: Sistema de Informação e Gestão da Avaliação

SIGIC: Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para a Cirurgia

SNS: Serviço Nacional de Saúde

SPA: Sector Público Administrativo

UM: Unidade de Missão

1. Introdução

Portugal, no início deste século, pôs em marcha importantes reformas nos mais diversos sectores do Estado. Sectores como a saúde e a educação têm sido uma constante prioridade dos sucessivos governos. A necessidade de contenção de despesa e de melhoria da eficiência e eficácia dos diversos organismos do Estado trouxe importantes mudanças estruturais, como é o caso do sector da saúde, que após o elevado crescimento da despesa e das necessidades financeiras levou a que, nos últimos anos, este tenha sido alvo das grandes preocupações dos diversos governos. Sendo assim, e partindo destes acontecimentos que de uma forma ou de outra modificaram mais ou menos intensamente, o que é actualmente o Serviço Nacional de Saúde (SNS), esta investigação surge com o objectivo de analisar as diferentes reformas do SNS, focando-se essencialmente na última grande reforma – a empresarialização dos hospitais Portugueses.

Este estudo assume uma importante relevância, nos dias de hoje, pelo facto de:

- As condições económicas actuais exigirem um papel cada vez mais activo e autónomo das entidades gestoras de organismos públicos;
- Existir um aumento da procura de serviços de saúde que obriga à implementação de importantes reformas e mudanças, de forma a existir um melhor aproveitamento dos recursos disponíveis e uma maior resposta às necessidades dos utentes;
- Existirem restrições orçamentais e sucessivos cortes na despesa pública, o que leva a que o sector da saúde seja um dos principais alvos dessas mesmas imposições; e
- Existirem factores externos como o rápido avanço da tecnologia, o envelhecimento da população e as exigências dos utentes que obrigam à adopção de modelos de gestão capazes de dar resposta à natural evolução da sociedade.

Em suma, este estudo assume, actualmente, uma grande relevância pois a experiência, dos anos anteriores, pode ser a solução para os problemas que os hospitais Portugueses enfrentam actualmente. Deste modo, a grande questão que aqui se debate é

se a empresarialização dos hospitais contribuiu positivamente para a melhoria da eficiência e da eficácia dos hospitais públicos, e por sua vez, do SNS.

1.1. Problemas e Objectivos

Os últimos anos, em Portugal, têm sido marcados por importantes reformas no sector público. Devido ao interesse que essas reformas têm suscitado, nos últimos anos, têm sido feitas algumas investigações, as quais têm sido direccionadas, essencialmente, para a avaliação dos resultados. No caso particular do sector da saúde, também, foram feitos alguns estudos, nomeadamente, sobre o processo de empresarialização. No entanto, estes têm-se focado em determinados aspectos do processo de empresarialização, razão pela qual surgiu a ideia de fazer um estudo que englobasse todo o processo, e não apenas uma parte, ainda que relativo a um período específico de tempo. Assim sendo, a ideia subjacente a esta investigação é a análise de todo o processo de empresarialização, nomeadamente, as mudanças, impactos e resultados, durante o período de 2002 a 2005. Nesta análise do processo, procurou-se incluir, não apenas alguns hospitais, mas sim todo o universo dos Hospitais EPE. Por último, pretendeu-se que este estudo fosse um balanço de todos os outros estudos efectuados até agora, ou seja, procurou-se incluir num único estudo as principais conclusões retiradas por outros autores que se debruçaram sobre questões mais restritas e específicas que afectaram o SNS português.

Exposta assim a razão e as motivações por detrás da condução deste estudo são apresentados, seguidamente, os diversos objectivos que se pretendem atingir:

1. Analisar as tendências de gestão no sector público, nos últimos anos, a nível internacional e nacional;
2. Caracterização do Sistema de Saúde Europeu e a sua evolução ao longo dos últimos anos;
3. Identificar as diferentes fases do SNS, em Portugal, com particular enfoque na adopção de um modelo empresarial na gestão dos hospitais;
4. Perceber quais os principais impactos que o processo de empresarialização teve no SNS português;
5. Analisar o modelo de financiamento adoptado pelos Hospitais EPE, nomeadamente as suas características e resultados; e

6. Identificar os impactos que houve a nível da produtividade e da eficiência, nos Hospitais EPE.

1.2. Gaps encontrados na Literatura

Tal como foi referido, anteriormente, este estudo surge com o objectivo de colmatar a falta e a dispersão de informação existente sobre os Hospitais EPE. Embora exista alguma informação sobre os Hospitais EPE, grande parte dessa informação encontra-se dispersa. Tal facto dificulta a visão do processo de empresarialização e a compreensão do seu impacto nos hospitais envolvidos. Efectivamente, o investigador que pretenda debruçar-se sobre a forma como foi conduzida a transformação dos hospitais, deparar-se-á com diversas fontes de informação e, até mesmo, com informações diferentes. Assim sendo, este estudo pretende ser o resultado da integração da informação existente, de modo, a proporcionar, a quem se interesse pelos hospitais públicos, uma visão clara e objectiva do que foi o processo de empresarialização e de como afectou o desempenho e actividades dos hospitais públicos.

Este trabalho para além da mais-valia de conter num único estudo grande parte da informação existente pretende, também, ser uma contribuição para a contabilidade de gestão. Alguns dos aspectos abordados, que estão directamente relacionados com esta temática, são os que se referem de seguida:

- A nova gestão do sector público (*New Public Management – NPM*), no sentido em que o desenvolvimento desta nova gestão acarreta novas práticas de contabilidade gestão, nomeadamente, no sector da saúde.
- O *Tableau de bord*, já que a sua utilização nos hospitais públicos foi uma inovação e, como tal, é importante avaliar a contribuição deste, enquanto instrumento de gestão, para a melhoria do desempenho organizacional; e
- O *Benchmarking*, que foi aplicado de forma semelhante ao do Reino Unido, tem demonstrado ser uma mais-valia da identificação das práticas de gestão mais eficientes, e ao nível da capacidade de “motivar” os gestores hospitalares para a obtenção de melhores desempenhos.

Por toda a Europa, tem-se assistido a importantes reformas de gestão nos hospitais, no qual, a contabilidade de gestão tem demonstrado ter um papel crucial. No caso

concreto de Portugal, as últimas reformas efectuadas foram no sentido de integrar nos hospitais verdadeiros sistemas de contabilidade de gestão. Assim sendo, este estudo pretende ser um contributo para o conhecimento na contabilidade de gestão, no sentido em que serão avaliadas as diferentes iniciativas tomadas a este nível.

1.3. Metodologia

A presente investigação apresenta uma orientação qualitativa. A razão pela qual se procurou fazer um estudo com esta orientação deveu-se ao facto, de se entender, que esta é a melhor forma de se alcançarem os objectivos propostos. Como tal, a elaboração deste estudo está, fundamentalmente, voltada para a análise de dados qualitativos que se encontram associados ao processo de empresarialização. Não obstante, recorreu-se, também, à utilização de dados quantitativos, o que não põe em causa a natureza qualitativa deste estudo (Berry e Otley, 2004).

O facto de este estudo ter uma orientação qualitativa evidencia, por si só, uma forte tendência para que este se torne num estudo descritivo. Aliada, esta característica, ao facto de se estar a investigar detalhadamente um determinado caso com o objectivo de compreender os principais impactos, mudanças e resultados remota para o que Stake (1995) designa de estudo de caso descritivo. Assim sendo, a presente investigação é o que pode-se designar de estudo de caso descritivo de natureza qualitativa.

Tal como foi referido, anteriormente, este estudo de natureza qualitativa, combina dados qualitativos com dados quantitativos. A obtenção destes dados foi feita através de diversas fontes. No primeiro caso, os dados obtidos foram através da análise documental, nomeadamente, artigos científicos, *papers* utilizados em congressos e legislação. Enquanto, no segundo caso recorreu-se, essencialmente, a documentos oficiais, nomeadamente, relatórios elaborados por entidades responsáveis pela avaliação do desempenho dos hospitais. A utilização de estes dados na investigação dependeu do tipo de capítulo em causa, ou seja, no capítulo da revisão de literatura, utilizou-se, exclusivamente, dados qualitativos, enquanto, no capítulo do estudo empírico recorreu-se, essencialmente, aos dados quantitativos.

1.4. Estrutura da Dissertação

Este estudo encontra-se dividido em quatro capítulos, não contado com este capítulo (Introdução): o Enquadramento Teórico do Estudo, a Metodologia, o Estudo Empírico e Conclusão.

O Capítulo do Enquadramento Teórico do Estudo encontra-se dividido em quatro partes e é onde se encontra sumariada toda a literatura lida. O objectivo deste capítulo é explicar as razões que levaram ao processo de empresarialização, assim como, as várias fases pela qual este processo passou.

No Capítulo da Metodologia é feito um enquadramento metodológico da investigação, onde são apresentados os objectivos e as questões metodológicas inerentes a este estudo. É nesta capítulo que, também, é justificada a razão pela qual se optou por fazer uma análise, essencialmente, qualitativa como, também é descrito todo o processo de investigação. São igualmente descritas as fontes e métodos de recolha da informação.

O Capítulo do Estudo Empírico encontra-se dividido em quatro partes. É neste capítulo que será feita a análise de todo o processo de empresarialização. Serão analisadas as medidas identificadas anteriormente, ou seja, o principal objectivo é perceber quais foram os resultados obtidos com a transformação dos Hospitais em EPE.

No último capítulo, é feita a conclusão de todo o estudo, onde são dadas as respostas às questões metodológicas e onde são identificadas as contribuições práticas e teóricas deste estudo. No fim deste capítulo são, também identificadas as limitações e são dadas sugestões para futuras investigações.

2. Enquadramento Teórico do Estudo

No capítulo que se segue será feita a revisão de literatura dos temas considerados fundamentais para o entendimento do processo de empresarialização. Como tal, começará por ser analisado a nova tendência de gestão do sector público e o seu impacto na Europa. De seguida, passear-se-á para o caso concreto de Portugal, onde será feito um enquadramento histórico do SNS, assim como, a descrição da sua evolução até à empresarialização dos hospitais.

2.1. New Public Management

O aparecimento da nova gestão no sector público teve início na década de 70, mas assumiu uma maior importância no período de 1980 a 1990 com as reformas realizadas no sector público em vários países, levando ao abandono do modelo tradicional da organização da Administração Pública - *Progressive Public Administration* (PPA) - pelo novo modelo - NPM. O NPM surge assim, como um conceito que pretende designar todas as mudanças no sector público, tal como Hood (1991: 3) refere “ *NPM, like most administrative labels, is a loose term. Its usefulness lies in its convenience as a shorthand name for the set of broadly similar administrative doctrines which dominated the bureaucratic reform agenda in many of the OECD group of countries from the late 1970s*”.

Existem diversos factores que estão na origem do NPM. A este respeito Hood (1995) refere que há diferentes e possíveis formas de explicar o surgimento do NPM como modelo de gestão na Administração Pública. São apontados factores ideológicos e políticos relacionados com o aparecimento da ideologia “*New Right*”, que foi seguida por Ronald Reagan e Margaret Thatcher, e que lançou vários ataques às opções políticas seguidas pelo Estado de bem-estar social (Araújo, 2007; Larbi, 1999). Para além destes factores, existem questões de índole económico-financeiro, tais como imposições fiscais, elevado endividamento, crescente aumento das taxas de desemprego e fraco desempenho económico os quais levaram “... à procura de novas formas de governação baseadas em modelos liberais” (Araújo, 2007: 3). O NPM surge, desta forma, como alternativa ao modelo de gestão anterior procurando organizar e operacionalizar a Administração pública de maneira diferente (Warrington, 1997) através do aumento da eficiência, transparência e do desempenho das organizações.

O NPM representa, desta forma, um conjunto de doutrinas administrativas que dominaram as reformas em vários países e que podem ser sumarizadas através da identificação de sete dimensões que se encontram interligadas entre si (Hood, 1991):

- A desagregação das organizações públicas, dividindo grandes estruturas em unidades mais pequenas para cada “produto” do sector público, transformando-as em centros de custos com uma maior autonomia de gestão;
- A promoção da concorrência do sector público e do sector privado com a introdução de mecanismos, tais como, a contratação, com intuito de se conseguir melhores *performances* e uma melhor qualidade na prestação de serviços;
- A utilização das práticas de gestão do sector privado no sector público, com o objectivo de se obter uma maior flexibilização na gestão;
- O aumento da preocupação com a disciplina e parcimónia na utilização de recursos, com a finalidade de se encontrar alternativas menos dispendiosas que permitam fazer-se “mais com menos”, obtendo-se desta forma uma maior eficiência na utilização de recursos;
- A actuação mais activa, visível e atribuição de um poder discricionário aos gestores de topo, permitindo uma maior liberdade;
- A definição de medidas e padrões de *performance* com objectivos mensuráveis e claramente definidos, visto que a eficiência exige um olhar firme sobre os objectivos; e
- A atribuição de uma maior ênfase no controlo dos resultados ao invés de se focar nos procedimentos.

O NPM trouxe uma nova ideologia de gestão na Administração Pública aplicada em diversos países, do qual Portugal faz parte, onde se assiste cada vez mais a um Estado menos interventivo com “...uma posição maioritariamente financiadora e decisória das Políticas Públicas” (Rodrigues e Araújo, 2005: 3). E exemplo disso é o sector da saúde, em Portugal, onde cada vez mais se assiste a uma privatização de funções, através da empresarialização dos hospitais, trazendo uma maior autonomia e desempenho das organizações bem como uma melhor eficiência e qualidade nos serviços prestados.

2.2. A Evolução do Sistema de Saúde Europeu

Inicialmente os hospitais eram locais onde se prestavam cuidados de saúde às pessoas mais pobres e onde se isolavam as pessoas com doenças infecciosas de forma a evitar a propagação pelas populações. As técnicas utilizadas eram muito pouco evoluídas e o sucesso na cura dos pacientes era relativamente baixo, razão pela qual Healy e Mckee (2002) referem que os hospitais eram locais não para viver, mas sim para morrer. Com o passar dos séculos e com a crescente necessidade trazida, não só pelas doenças, mas também pelas guerras, assistiu-se a uma enorme evolução e expansão dos hospitais. Exemplo disso é a II Guerra Mundial que teve um profundo impacto nos hospitais com o desenvolvimento da capacidade de diagnóstico e de cura de muitas doenças. Aliado aos avanços na medicina surge a tecnologia, responsável pela modernização e pela descoberta de importantes tratamentos. O hospital torna-se numa importante organização e a sua complexidade obriga à intervenção do Estado na modelação das políticas do Sistema de Saúde. É neste contexto que surgem diferentes modelos de sistemas de saúde criados em função do papel do cidadão e do Estado em relação ao direito aos cuidados médicos, e também, pela configuração do sistema, ou seja, o método de financiamento, a extensão da cobertura e a equidade dos serviços prestados.

Barros e Gomes (2002) referem a existência de três grupos com diferentes modelos, em função do método de financiamento: primeiro, o modelo de Bismarck – Áustria, Benelux, França, Alemanha e Suíça – em que o financiamento depende predominantemente dos seguros; segundo, o modelo de Beveridge – Dinamarca, Finlândia, Islândia, Noruega, Suécia e Reino Unido – cujo financiamento depende essencialmente de impostos; e por último, o modelo presente nos países da Europa meridional – Grécia, Israel, Itália, Portugal, Espanha e Turquia – que possuem sistemas de saúde que em termos jurídicos se enquadram no Sistema Nacional de Saúde (SNS), contudo não podem ser classificados nesta categoria, pois a sua implementação foi muito tardia. Como tal, são classificados num terceiro grupo, ou seja, num grupo que se encontra em fase de transição, pelo facto do sistema Beveridge não estar inteiramente consolidado. Saltman e Figueras (1998: 94) fazem parte do grupo de autores que defende a existência de um terceiro grupo, ao mencionarem que *“Proposals in Italy and Portugal to establish opt-out arrangements had to be withdrawn after they encountered resistance. This pattern contrasts sharply with many CEE/CIS countries, where official*

policy statements maintaining universal access no longer reflect a reality which patients need out-of-pocket payments or private insurance to receive adequate care”.

A criação de um Sistema de Saúde trouxe um aumento na qualidade de vida das populações. Contudo, nas últimas décadas, com a natural evolução da sociedade, surgem diversos problemas que obrigaram os hospitais a suportar mais custos. As questões demográficas, associadas ao envelhecimento e à diminuição da taxa de fertilidade, assim como, a evolução tecnológica e as expectativas da população, são alguns dos factores apontados que explicam as dificuldades que os hospitais têm atravessado nas últimas décadas (OECD, 2010; Vrangbaek e Christiansen, 2005; McKee *et al.*, 2002). Todos estes factores contribuíram para o elevado aumento da despesa nos últimos anos, e conseqüentemente, para o aumento da pressão para estes serem melhor geridos através da aplicação de conceitos da gestão privada, tal como Theodorakioglu e Tsiotras (2000: 1153) referem, relativamente a esta questão que “...with healthcare cost rising, technology expanding and resources more limited, there is a mounting pressure to optimize the outcome-resource link”. Desta forma, os hospitais tornaram-se o principal alvo político e, conseqüentemente, o principal alvo das reformas realizadas no sector público.

Em resultado das pressões e da nova ideologia NPM surge o conceito de descentralização no sector público, o qual se tornou a base das políticas de saúde desenvolvidas na Europa Ocidental. Neste contexto os hospitais ganharam uma nova autonomização, enquanto o Estado assume o “...control over policy making and political decisions...” e descentraliza a “...management of service delivery to lower-level governments” (Saltman e Bankauskaie, 2006: 139).

O NPM trouxe uma nova concepção na Administração Pública com a introdução do mercado ou quase-mercado e com a abolição da organização burocrática. Desta forma, as hierarquias burocráticas, dominadas por princípios de centralização, são desconstruídas dando lugar a uma descentralização administrativa¹.

A descentralização trouxe a redefinição do papel do Estado, passando este a intervir como auto-regulador das unidades descentralizadas. Como Carvalho (2009: 59) refere “A gestão está apenas constringida, externamente, pela monitorização dos sistemas públicos e das suas unidades constituintes e pela avaliação das regras que, em larga medida definem esse mesmo desempenho”. Tal implica que a regulação seja feita

¹ Existem diversos tipos de descentralização, no caso dos hospitais existiu uma descentralização administrativa, visto ter sido conferido aos hospitais uma autonomia administrativa e organizacional.

em função do mercado, embora as organizações continuem submetidas às prioridades governamentais.

Deste modo, os hospitais tornaram-se entidades gestoras e por toda a Europa assistiu-se a uma reestruturação dos Serviços Nacionais de Saúde. Assim, e tal como Saltman e Bankauskaie (2006: 140) referem passaram a existir novas designações para caracterizar o sector hospitalar: *“these were initially termed “self-governing trusts” (England) and “public firms” (Sweden), but are now evolving into new variations including “public entity under private law” (Basque Country), “entity of public law” (Andalucia) and “consortia” (Norway) and “foundation hospitals” with a locally elected board of governors (England)”*. No caso de Portugal, os hospitais inicialmente foram designados de Sociedades Anónimas (SA) e, mais tarde, foram denominados por entidades público empresariais (EPE). Para além da criação do *“hospital firms”* foram desenvolvidas as parcerias público-privadas (PPP). Estes dois mecanismos, tal como Saltman e Bankauskaie (2006: 141) defendem *“...reflect the expected response by administratively decentralized bodies to external pressure to improve their quality of service and efficiency to performance”*.

Com a transformação das organizações hospitalares em organizações empresariais e, conseqüentemente, com o aumento das responsabilidades dos gestores, houve a necessidade destes recorrerem a novas práticas de gestão. No caso específico da contabilidade de gestão, o seu papel foi crucial, tal como Lapsley (1999: 201-202) nota: *“The NPM development offers the potential of a crucial role for accounting as the means by which measurements are made, achievements are documented, negotiations take place and the language of accountancy assumes a new significance in the life of public service organizations”*. O sector da saúde parece ter sido aquele onde a contabilidade de gestão teve uma maior evolução e desenvolvimento, tal como, Pettersen (2001: 562) observa *“Many of the management accounting reforms which have appeared on an international scale, have been introduced in public hospitals”*. Em consequência desta situação, a tendência tem sido para que os hospitais cada vez mais adotem mecanismos do sector privado com intuito de alcançarem elevados níveis de eficiência e de produtividade. O aumento da autonomia de gestão e conseqüente aumento da responsabilidade dos gestores, e prestação de contas, tem vindo a conduzir à adopção de ferramentas de gestão como o *Activity-Based Cost (ABC)*, *Balanced Scorecard (BSC)* e *Tableau de Bord* no sector da saúde.

2.3. A Evolução do Serviço Nacional de Saúde em Portugal

A primeira grande reforma do SNS ocorreu em 1971, conhecida pela “Reforma de Gonçalves Ferreira”, que foi responsável pelo estabelecimento, em Portugal, dos Centros de Saúde. Embora não tenham sido implementadas, na sua totalidade, as disposições definidas na reforma pode considerar-se como sendo esta a responsável pela base que sustentou o desenvolvimento do SNS, dando assim início a um leque de acontecimentos que marcaram a evolução do SNS durante os anos seguintes (OPSS, 2003).

A revolução do 25 de Abril, em 1974, marca o início da reestruturação dos cuidados de saúde em Portugal, através da Constituição da República e da Lei do SNS, em 1979. A Constituição, através do art.º 64º, instituiu que todos os cidadãos têm direito aos cuidados de saúde, que se realizaria “pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito”. Mais tarde, em 1989, foi feita uma revisão onde se procedeu à alteração de “gratuito” para “tendencialmente gratuito”. A Lei nº 56/79² reforça a ideia, já presente na Constituição, ao determinar que os cuidados de saúde devem estar garantidos a todos os cidadãos independentemente da sua condição social ou económica. A nova lei também estabeleceu os princípios de centralização do controlo (no qual o Estado passou a ser o proprietário dos hospitais distritais e centrais, que até aqui eram propriedade das Misericórdias) e a descentralização da gestão, conferindo aos hospitais uma maior autonomia administrativa. Foi também substituída a forma como era realizado o financiamento da saúde, este passou a provir do orçamento de Estado ao invés dos fundos sociais.

A década de 70, altura em que foi criado o SNS, foi uma altura bastante conturbada para Portugal. A crise do petróleo, a descolonização, a revolução de 25 de Abril e as reformas feitas em diversas áreas consideradas estratégicas (saúde, segurança social e educação) trouxeram algumas dificuldades económicas que exigiram, por parte do Estado, uma maior contenção na despesa, trazendo dificuldades acrescidas ao desenvolvimento do SNS. Contudo esta situação, mais tarde, veio a alterar-se com a entrada de Portugal para a União Europeia, em 1986, o que permitiu adquirir o financiamento necessário para o desenvolvimento de toda a rede de cuidados de saúde.

No início da década de 90, o SNS atravessava uma situação crítica. A falta de eficiência na afectação de recursos, a baixa produtividade, as elevadas listas de espera, a

² A Lei nº 56/79, de 15 de Setembro, conhecida por Lei do SNS, foi responsável pela criação do SNS.

insatisfação dos utentes e dos profissionais de saúde e os elevados custos na prestação de serviços de saúde originaram bastantes críticas por parte dos partidos políticos que exigiam soluções para o melhoramento da gestão hospitalar (Ribeiro, 2004). Todos estes factores, aliados a uma forte pressão política, levaram a um repensar da estratégia até aqui adoptada, e à adopção de novas medidas, das quais se destaca a regionalização do SNS, e a criação de regiões administrativas de saúde³, o desenvolvimento de sistemas de informação baseados em “Grupos de Diagnóstico Homogéneo” (GDH), os quais serviram de apoio à gestão, a introdução da taxa moderadora, aumento dos incentivos no sector privado na saúde, de forma a reduzir as elevadas listas de espera, e algumas melhorias na carreira dos profissionais de saúde⁴. Apesar do vasto número de medidas implementadas, estas mostraram-se insuficientes mais tarde (OPSS, 2003; Ribeiro, 2004; Varanda, 2004).

Ainda na década de 90, por toda a Europa eram feitas sucessivas reformas da Administração Pública, cujos objectivos tinham como princípio o lema “menos Estado, melhor Estado”. Procurava-se, essencialmente, diminuir as funções do Estado com o intuito de aumentar a qualidade e a transparência da Administração Pública. Neste contexto surge uma nova ideologia de gestão pública - NPM, adoptada por Portugal, à semelhança de outros países, trazendo uma reconfiguração organizacional do SNS. A reconfiguração do SNS foi assim o reconhecimento geral de que as medidas aplicadas não eram suficientes e que o seu alcance prático estava longe de ser aquilo que se pretendia (Simões, 2004). Desta forma, deu-se início ao processo de empresarialização do sector hospitalar, entendendo-se como empresarialização o processo de autonomização das competências dos órgãos de gestão, situação semelhante à do sector privado, ligado à prestação de cuidados de saúde (Stoleroff e Correia, 2008).

A adopção de um modelo empresarial na gestão dos hospitais, em Portugal, inicia-se, então, com a criação da nova Lei de Bases de Saúde, em 1990, ao permitir que houvesse uma descentralização da gestão para níveis regionais (Campos, 2003; Barros e Simões, 2007). O desenvolvimento desta lei seguiu a tendência que se assistia por toda a Europa, em que se pretendia uma maior aproximação dos órgãos de decisão à comunidade em que se inseriam. Mais tarde, em 1993, surge o Estatuto do SNS,

³ Através do Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de Janeiro, foram criadas cinco regiões administrativas de saúde, em 1993, as quais se designam por Administrações Regionais de Saúde (ARS). Fazem parte das cinco regiões: (i) a ARS do Norte; (ii) a ARS do Centro; (iii) a ARS de Lisboa e Vale do Tejo; (iv) a ARS do Alentejo e, (v) por último, a ARS do Algarve.

⁴ Nomeadamente através do aumento salarial dos médicos e de outros profissionais da saúde.

resultado das alterações provocadas pela Lei de Bases de Saúde que estabeleceu a possibilidade da gestão dos hospitais e centros de saúde serem entregues a privados “mediante contrato de gestão”⁵. Esta nova medida trouxe uma maior flexibilização na gestão dos recursos humanos e a criação das cinco ARSs que passariam a deter, na teoria, uma maior responsabilidade financeira na elaboração de orçamentos. Na prática isso nunca aconteceu, pois essa responsabilidade continuou a ser da autoridade central. A década de 90 fica assim marcada por um movimento de apoio em toda a Europa, por parte dos diversos governos, à integração do sector privado na gestão de entidades públicas, com vista à promoção da eficiência e eficácia no sector da saúde. (Simões, 2004; Reis, 2004). Neste sentido, alguns governos optaram pela entrega total dos cuidados de saúde a entidades privadas e outros, optaram por transformar algumas entidades do sector público em entidades do sector empresarial do Estado (Reis, 2004).

Em 2002, com a realização de eleições legislativas e com o reconhecimento de que as insuficientes medidas até aqui tomadas estavam longe de ser cumpridas na íntegra, surgem por parte dos diversos partidos políticos, propostas que pretendiam introduzir uma nova reforma com vista ao melhoramento do SNS. Duas iniciativas foram tomadas: a criação das PPP e a empresarialização da gestão hospitalar. As PPP foram decretadas pelo Decreto-Lei n.º 185/2002, o qual estabeleceu uma cooperação formal entre as entidades públicas e privadas. O sector privado, por via do Decreto-Lei, passa a assegurar o financiamento e a gestão enquanto o público assegura a amortização do investimento feito e financia a exploração (definida em função do número de utentes). Esta cooperação, entre privados e públicos, permite que os utentes tenham acesso a melhores cuidados básicos e uma maior qualidade dos serviços prestados. Enquanto isso, o Estado beneficia na partilha do risco na gestão hospitalar e na construção de novas unidades hospitalares⁶, que a curto prazo seriam impossíveis de se realizarem, sendo o Estado o único financiador (Simões, 2004).

Relativamente à empresarialização da gestão hospitalar, esta foi publicada através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002, de 7 de Março, que definiu, com algum detalhe, as medidas que visavam a transformação dos estabelecimentos públicos de prestação de cuidados de saúde em entidades públicas empresariais. O diploma foca-

⁵ A única concessão existente foi realizada no Hospital Fernando da Fonseca ou Amadora/Sintra, em 1995, por concurso público e por um período de cinco anos que pode ser renovado.

⁶ No 1º programa Governamental de PPP foi anunciado pelo Governo a construção de 10 unidades hospitalares até ao final de 2006.

se, essencialmente, na necessidade de reforma e inovação da gestão hospitalar e considera que esta é a única forma de se conseguir melhorar o desempenho do SNS, embora reconheça a existência de algumas dificuldades na concretização destes objectivos. O diploma também define as condições necessárias para a transformação dos hospitais em EPE ao definir requisitos mínimos para a admissão. As condições mínimas de admissão obrigam a que a unidade hospitalar tenha uma dimensão média, uma dívida acumulada nunca superior a 35% da despesa total do ano anterior e ainda, a demonstração de capacidade de gestão. Os hospitais que cumprissem com os requisitos necessários apenas teriam que submeter a sua candidatura para ser sujeita a uma avaliação, caso esta fosse aceite proceder-se-ia à sua publicação através de decreto-lei.

No final de 2002, com a Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, foi aprovado o novo Regime Jurídico da Gestão Hospitalar, o qual integrou os vários modelos jurídicos de hospitais. No caso dos Hospitais EPE ficou definido que seriam classificados desta forma todos os estabelecimentos públicos dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial, enquanto os “hospitais SA” seriam sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos. Ainda em Dezembro, foram publicados os diplomas que transformavam os 34 hospitais em 31 sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos. Após decorridos três anos, os Hospitais SA foram alvo de algumas críticas o que levou a que através da publicação do Decreto-Lei n.º 93/2005, se procedesse à transformação dos Hospitais SA⁷ em EPE. Estas entidades continuaram a ser autónomas, mas sob tutela e superintendência do Ministro da Saúde (Campos, 2005). A passagem dos hospitais de SA para EPE tornou a situação dos hospitais mais transparente e salvaguardou o interesse público dos Portugueses (Ramos, 2005). Por último, é importante mencionar que todo o processo de transformação dos hospitais em SA e a sua passagem para EPE foi conduzido pela Unidade de Missão dos Hospitais SA (Resolução do Conselho de Ministros n.º 15/2003, de 5 de Fevereiro), a qual foi constituída por um encarregado de missão, três adjuntos e um gabinete técnico que prestava serviços de assessoria. O Grupo Missão, com a colaboração de consultores externos, permitiu que fossem criadas as condições necessárias para a empresarialização dos hospitais, ao criar um bom ritmo de trabalho e uma elevada motivação que, no seu conjunto, constituíram o factor crítico de sucesso de todo o processo (Ribeiro, 2004).

⁷ Por uma questão de simplificação será usado a partir daqui Hosptais EPE e não Hospitais SA.

2.3.1. Eixos Prioritários da Empresarialização

Em 2002, com a empresarialização dos hospitais, o SNS estava numa situação difícil: os profissionais de saúde encontravam-se desmotivados com a sua carreira e com as suas condições de trabalho; a gestão dos hospitais era pouco eficiente, devido à má gestão de recursos, que aliada à falta de informação e à inexistência de um planeamento conduziu a uma situação de elevados custos. Por sua vez, o serviço prestado aos doentes carecia de alguma qualidade e produtividade, originando um elevado número de reclamações por parte dos usufrutuários dos serviços hospitalares. Todos estes factores constituíram o principal desafio de todo o processo de empresarialização, ao alertarem para a necessidade de se ter que se proceder ao melhoramento das condições de acesso e da qualidade, assim como o desenvolvimento de mecanismos que assegurassem uma melhor *performance*, eficiência e controlo da despesa (Ribeiro, 2004).

A Unidade de Missão dos Hospitais SA, juntamente com o Ministro da Saúde, desde cedo definiu a sua visão e os objectivos estratégicos para o sector hospitalar (Quadro 1).

Quadro 1: A visão e os objectivos estratégicos da Unidade de Missão para os Hospitais EPE

Visão	
Desenvolver de forma economicamente sustentável uma rede de unidades públicas empresarializadas centradas na prestação de cuidados de saúde de excelência aos utentes e no desenvolvimento contínuo dos respectivos profissionais.	
Objectivos estratégicos	
Desenvolvimento de uma rede	Desenvolver o espírito de corpo na rede de Hospitais EPE, promovendo a partilha de conhecimento entre as unidades e os respectivos profissionais assegurando uma actuação articulada entre as distintas unidades que promova a captura de sinergias.
Serviço ao utente e qualidade de prestação	Assegurar o desenvolvimento de políticas de gestão centradas no utente e na prestação de serviços de qualidade excepcional.
Desenvolvimento profissional e meritocracia	Promover o desenvolvimento célere das unidades e dos seus colaboradores, instituindo políticas de meritocracia e de responsabilização por resultados, e apostando simultaneamente na qualificação profissional.
Eficiência económico-financeira	Contribuir de forma determinante para o equilíbrio económico-financeiro das unidades, monitorizando continuamente a <i>performance</i> dos hospitais.
Eficiência operacional	Assegurar o nivelamento dos Hospitais EPE com as melhores práticas, promovendo programas de melhoria da eficiência operacional.

Fonte: Ribeiro (2004, p.67, adaptado).

A formulação destes objectivos contribuiu para o lançamento dos pilares sob os quais se desenvolveram iniciativas e projectos que fomentaram uma nova cultura de gestão nos hospitais Portugueses.

Os pilares definidos, inicialmente, para a gestão empresarial dos Hospitais EPE, foram essencialmente cinco: (i) cultura de gestão por objectivos e de responsabilização pelos resultados; (ii) acompanhamento rigoroso e publicação regular da informação; (iii) melhoria da qualidade e da eficiência operacional; (iv) promoção do mérito e do desenvolvimento profissional e; (v) por último, a melhoria da comunicação e serviço aos utentes. A definição dos pilares de gestão constituiu uma parte fundamental de todo o projecto, sob os quais foram desenvolvidas importantes iniciativas.

2.3.1.1. Cultura de Gestão por Objectivos e de Responsabilização por Resultados

A empresarialização trouxe como principal prioridade o acompanhamento e o controlo da actividade dos Hospitais EPE, razão pela qual foram adoptados, no sector público, importantes instrumentos de gestão utilizados no sector privado. A adopção dos princípios subjacentes ao NPM, no sector público português, mostra à semelhança de que ocorreu noutros países, que existe a crença de que estes instrumentos de gestão são melhores do que os utilizados no sector público, criando um ambiente de competição que conduz a um aumento de eficiência e eficácia e a um melhor desempenho (Silvestre e Araújo, 2009).

Exemplo disso foi a adopção do *Tableau de Bord*, um importante instrumento de gestão que fornece a informação necessária à tomada de decisão e ao controlo dos hospitais. A informação é transmitida aos gestores através de indicadores de actividade hospitalar, ou seja, indicadores que representam a eficiência operacional e económico-financeira, assim como, de qualidade e serviço, permitindo, desta forma, que o gestor tenha uma ideia global de todo o hospital. O gestor, ao ter uma “fotografia completa” do hospital, pode proceder a comparações de produtividade com outros hospitais – *benchmarking* – identificando quais são as áreas onde se deve actuar com maior prioridade (Unidade de Missão Hospitais SA, 2005).

Na sequencia do processo de empresarialização, foi definido como prioridade o acompanhamento permanente da execução orçamental de cada hospital, o que obrigou os hospitais, a desenvolverem uma cultura organizacional de informação de gestão

fiável e atempada, permitindo a implementação de mecanismos de evolução económico-financeira, tais como a análise de desvios, que por sua vez, contribuíram para que cada hospital conseguisse “identificar áreas e/ou iniciativas que poderiam ajudar a corrigir as tendências verificadas” (Unidade de Missão Hospitais SA, 2005: 23).

2.3.1.2. Acompanhamento Rigoroso e Publicação Regular da Informação

A partilha de informação e de conhecimento contribui para o aumento da eficiência e da eficácia da rede de Hospitais EPE, já que permite uma melhor alocação e gestão de recursos. Os hospitais deixam de ser vistos de forma individual passando a integrar um conjunto, tornando assim possível a criação de sinergias. A constante monitorização da actividade dos hospitais possibilita a obtenção de uma visão alargada da rede de hospitais, contribuindo para uma melhor organização da oferta ao evitar situações de sobreposição de serviços. Pretende-se tornar possível a realização de um conjunto de análises fundamentais (análise da oferta e a sua respectiva organização), por parte da gestão de cada hospital, assim como a comparação entre os diferentes anos de actividade, de forma a elaborarem-se estimativas para os anos seguintes com o objectivo de se ajustar a oferta à eventual procura (Hospitais EPE; Unidade de Missão dos Hospitais SA, 2004). De modo a concretizar o objectivo anteriormente descrito, os hospitais passaram a ter que elaborar o Plano de Actividades (o qual constitui um instrumento fundamental de gestão uma vez que obriga definir a estratégia a médio prazo de cada instituição) e o Relatório de Actividade (onde é feito um balanço do ano anterior).

2.3.1.3. Melhoria da Qualidade e da Eficiência Operacional

Um dos principais objectivos dos Hospitais EPE consiste no aumento da *performance* económico-financeira “...num contexto de melhoria simultânea da qualidade do serviço prestado aos utentes, nomeadamente a nível do acesso” (Unidade de Missão dos Hospitais SA, 2003: 2). Para que tal fosse possível, foi adoptada uma importante ferramenta de gestão – o *benchmarking* –, entendendo-se *benchmarking* como “... *an improvement process used to discover and incorporate best practices into*

your operation” (Damelio, 1995: 1). A sua utilização nas organizações pode ser resumida em dois aspectos: primeiro, permite que as entidades que o utilizam efectuem “*comparison of performance levels to ascertain the gap between “us” and the “best” and to ascertain from which organizations we are likely to be able to learn the most*”; segundo, permite “*studying how the best or better performers achieve their superior performances and then adapting and adopting their practices as appropriate*” (Stapenhurst, 2009: 18).

No caso das organizações não lucrativas, o uso do *benchmarking* constitui um enorme desafio para os gestores destas organizações, pois a inexistência de lucro obriga à criação de diferentes factores de comparação. No entanto, não é impossível a realização de *benchmarking*. Existem diversos autores que defendem o seu uso em todo o tipo de organizações, como é o caso de Saul (2004: 2): “*Any organization (for-profit or nonprofit) with a mission and a clear set of goals can benchmark*”, acrescentando que “*While businesses make a profit, nonprofits make a difference*” (*ibid*).

Em Portugal, a adopção do *benchmarking* nos hospitais da Rede EPE teve como principais objectivos:

- Explicar as diferenças de desempenho económico-financeiro entre os hospitais através de alavancas operacionais (e accionáveis) de gestão corrente;
- Avaliar o potencial de melhoria de cada hospital em cada uma das principais áreas de actuação; e
- Identificar as melhores práticas e programas transversais a lançar no curto prazo para capturar o potencial de melhoria identificado.

O processo de *benchmarking* ocorreu em 31 hospitais. Inicialmente, realizou-se a recolha de informação que permitiu analisar o desempenho dos hospitais e identificar os factores que contribuíram para a explicação dos níveis de desempenho. Após a obtenção dos 10 melhores hospitais, foi possível traçar programas de actuação que visassem a melhoria dos restantes hospitais. O nível de desempenho é definido pelo Índice Global de Eficiência (IGE)⁸, que é responsável pela medição da eficiência relativa do hospital face à média dos 31 hospitais.

⁸ O índice, na prática compara a quantidade que cada hospital consome para produzir determinado serviço, depois de a produção de cada hospital ser ajustada em função da complexidade dos actos clínicos e pelo factor de estrutura de cada hospital. Se o índice for superior a 100 significa que o hospital é mais eficiente que a média da rede de hospitais; um valor inferior significa que o hospital é menos eficiente que a média.

A utilização do *benchmarking*, no primeiro ano, possibilitou a identificação de situações onde os hospitais eram menos eficientes, permitindo que fossem traçados planos de acção concretos. As iniciativas abrangeram áreas como a racionalização dos custos com materiais de consumo clínico e dos custos de pessoal, a optimização dos subcontratos e a renegociação/racionalização dos serviços de apoio.

Portugal, não foi no entanto, o primeiro país a adoptar o *benchmarking* como instrumento de mensuração da *performance* dos hospitais. A sua utilização teve início nos hospitais do Reino Unido o qual serviu de exemplo a Portugal. Seguidamente, discutem-se quais os principais contornos, assim como, os resultados obtidos, relativamente à adopção desta prática empresarial nos hospitais Britânicos.

2.3.1.3.1. O Caso do Reino Unido

O Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, na década de 90, caracterizava-se pelo elevado desenvolvimento tecnológico, que acarretava elevados custos, e pelo controlo que as elites médicas exerciam nos hospitais, o que tornava a gestão pouco transparente e que, por sua vez, dificultava a avaliação da eficiência dos hospitais no Reino Unido. Dada esta situação o governo Britânico sentiu a necessidade de exercer um maior controlo, não só a nível de custos, mas também a nível dos profissionais de saúde. Surge então a iniciativa de se criar o *Relative Performance Evaluation (RPE)* que é uma forma de *benchmarking* que envolve várias organizações, cujo seu principal objectivo é o controlo de custos. A adopção desta medida trouxe consigo a obrigatoriedade dos hospitais publicarem os seus resultados de forma a permitir a comparação entre os competidores do mesmo sector, e a partilha de informação com o objectivo de ajudar no controlo de custos “...*incentivising each trust’s managers and clinicians to work together to identify best practice and reduce variations in cost and efficiency*” (Northcott and Llewellyn, 2003: 53)

O RPE consiste na criação de vários índices de custos, representando cada índice o custo médio de uma determinada actividade. Tal possibilita que cada hospital seja sujeito a uma comparação entre os seus índices e os índices padrões⁹, posicionando-se

⁹ O índice padrão é de 100% e é interpretado como sendo uma média da *performance* de custos de todos os hospitais que estão envolvidos neste exercício. Assim, o hospital que tenha um índice de 100% está dentro da média; contudo, se o hospital tiver um índice de 98% significa que tem uma *performance* menos eficiente, já que está abaixo da média. Os índices podem ser encontrados no “*National Reference Cost index*” (NRCI).

as organizações em *ladder of success* com base nos níveis de eficiência dos custos dos hospitais. A criação de um índice, representativo do custo médio de cada actividade, trouxe um melhoramento no controlo de custos e obrigou à uniformização na mensuração de custos¹⁰ entre os vários hospitais, contribuindo para o aumento da homogeneidade do sector da saúde e para a simplificação dos processos de produção.

A publicação dos resultados¹¹, se por um lado, contribuiu para que fossem alcançados altos níveis de eficiência, por outro, trouxe um elevado nível de desconfiança e algumas críticas por parte dos hospitais. Northcoot e Llewellyn (2003), no seu estudo de caso, identificaram três aspectos importantes que confundem o uso do índice RPE. O primeiro refere-se a ausência de um *benchmark* aceite, dado que não existe um índice que todos os hospitais tomem como referência. O segundo aspecto respeita ao facto de existirem instituições com especificidades, nomeadamente, instituições que prestam serviços muito especializados ou que têm instalações com características exclusivas. Apesar de se ter adoptado o sistema *Healthcare Resource Groups* (HRG)¹² os hospitais alegam que este é insuficiente para mensurar a complexidade de determinados casos excepcionais. O último aspecto corresponde à existência de dificuldades na comparação dos custos, visto que, podem existir custos que não são compilados da mesma forma originando resultados diferentes.

Embora existam problemas evidentes com o índice RPE, a verdade é que nem sempre os dados fornecidos pelos hospitais apresentam a qualidade necessária. Num estudo efectuado por Goven-Uslu e Conrad (2008: 245), aos hospitais do leste de Inglaterra, concluíram que “... *the usefulness of the comparative cost database for benchmarking was very limited because the complexity of cost allocation and behavioural implications associated with costs, obscured cost transparency and impeded the standardization of cost allocation procedures*”. Em consequência disto, estes autores notaram que “*There was a clear need for improvement of data quality for benchmarking purposes*”.

Independentemente das dificuldades é importante referir a contribuição do sistema de *benchmarking* na nova cultura de gestão por objectivos e de responsabilização dos resultados, já que permite aos gestores e políticos avaliarem o

¹⁰ A uniformização esteve a cargo do “*National Reference Costing Exercise*” (NRCE), o qual prescrevia os protocolos de mensuração de custos.

¹¹ A publicação da informação relativo à eficiência dos hospitais e a respectiva comparação é da responsabilidade do “*National Reference Costing Office*” (NRCO).

¹² Agrupa os tratamentos que são similares, que consomem quantidades idênticas de recursos e que são muito similares nos custos. Em Portugal, os HRG são designados de GDH.

trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde e aplicarem sanções pelo não cumprimento dos níveis de eficiência pretendidos. Os hospitais do Reino Unido assistiram a uma importante mudança no mecanismo de financiamento utilizado ao serem atribuídos os fundos necessários em função dos níveis de eficiência dos serviços prestados (Goven-Uslu e Conrad, 2008). Desta forma, foi possível introduzir uma maior pressão para a obtenção de um elevado nível de desempenho (Llewellyn e Northcott, 2005).

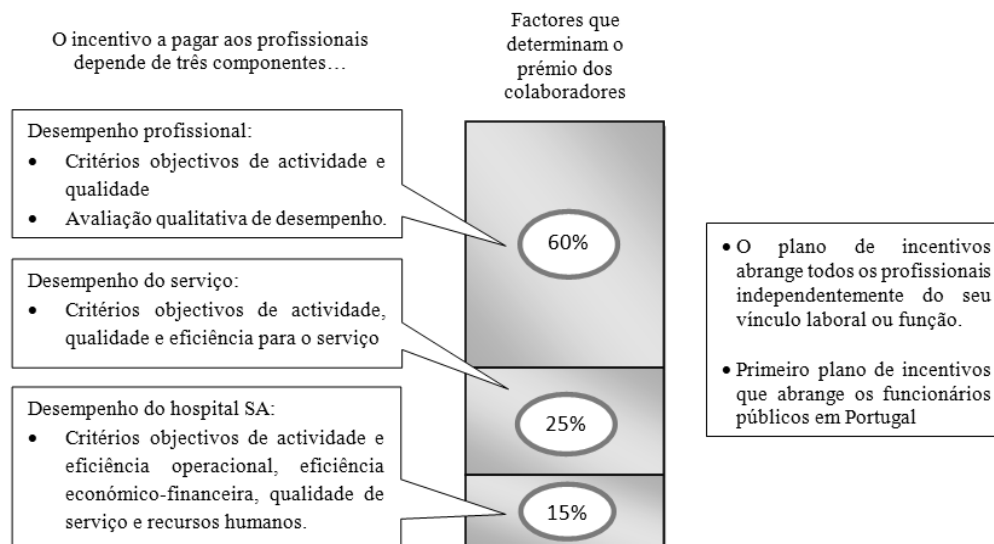
2.3.1.4. Promoção do Mérito e do Desenvolvimento Profissional

Tal como foi referido anteriormente, antes do processo de empresarialização a gestão de recursos humanos nos hospitais era alvo do descontentamento dos profissionais de saúde que se encontravam insatisfeitos com alguns aspectos que caracterizavam a sua profissão. Tais como a progressão da carreira, que era caracterizada pela existência de uma elevada estratificação e rigidez, pela ausência de incentivos ao melhor desempenho e pelos baixos salários praticados. Por sua vez, o Estado também sofria com as consequências da sua própria gestão de recursos humanos: existia uma elevada escassez de recursos devido, não só, à contenção da despesa, mas também pela dificuldade em contratar novos profissionais de saúde, o que obrigava ao pagamento de horas extraordinárias de forma a assegurar o funcionamento dos hospitais. A transformação dos hospitais, em EPE, trouxe alterações significativas na gestão de recursos humanos, nomeadamente através da criação de um novo ordenamento jurídico, o qual trouxe a possibilidade de se proceder a contratações individuais, criando a possibilidade de dentro do mesmo hospital existirem trabalhadores com vínculos profissionais distintos (contratos a termo ou sem termo e em regime de prestação de serviços ou subcontratação). Por outras palavras, foi criada uma maior flexibilização na gestão dos profissionais e uma nova política de carreiras e salarial adaptada ao novo contrato individual (Ribeiro, 2004). Relativamente à avaliação de desempenho dos profissionais de saúde, foi criado um regulamento que prevê a entrega de incentivos através da medição do nível de cumprimento dos objectivos definidos para cada unidade hospitalar (Figura 1). Os objectivos definidos estão relacionados, não apenas com o desempenho dos profissionais, mas também, pelo desempenho do serviço e do próprio hospital. Como os profissionais de saúde são avaliados e compensados pelo seu sucesso/insucesso da instituição e do serviço onde

trabalham, passa a existir uma maior participação nos objectivos globais da instituição e não apenas nos objectivos individuais (Ribeiro, 2004).

Relativamente ao desenvolvimento profissional, foram criados programas de formação profissional, os quais permitiram a actualização de conhecimento e a divulgação de novas práticas (Unidade de Missão dos Hospitais SA, 2004). As formações são destinadas a todos os profissionais de saúde e podem estar relacionadas com a tecnologia e inovação, ou com a eficiência e a eficácia na prestação dos cuidados de saúde. O objectivo é que todos os profissionais fiquem inteirados com as necessidades e com os desafios que os hospitais enfrentam.

Figura 1: Prémio de Contribuição Individual (PCI)



Fonte: Ribeiro (2004, p.73)

2.3.1.5. Melhoria da Comunicação e Serviço aos Utentes

A satisfação do utente é uma preocupação recente nas organizações prestadoras de cuidados de saúde. Não chega ser-se eficaz no tratamento do utente é também importante que este se sinta satisfeito com o serviço prestado pelos profissionais da saúde. Factores como ser atendido a horas, condições das infra-estruturas e a qualidade do atendimento, são factores que pesam muito no nível de (in)satisfação do utente. Por este motivo, têm sido desenvolvidas iniciativas que permitem assegurar e avaliar a satisfação do utente, tais como: a criação do documento “Compromisso de Qualidade

dos hospitais SA” que reflecte a visão, missão e valores de todos os Hospitais EPE e no qual todos os hospitais, da rede, se comprometem a honrar, e a criação de vários projectos totalmente inovadores – o projecto ComuniCare, Acreditar e Facilitar.

No caso do projecto ComuniCare, pretende-se desenvolver seis iniciativas que abranjam importantes factores da qualidade, a este respeito ver o Quadro 2, e no qual se destaca o inquérito de satisfação, onde o utente tem uma participação activa na avaliação da qualidade dos hospitais, e o portal dos hospitais (<http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/>) onde são disponibilizadas todas as informações sobre as iniciativas desenvolvidas e sobre os estudos realizados.

Quadro 2: As seis iniciativas do Projecto ComuniCare

1) Programa Conforto	Melhorar as infra-estruturas hospitalares, garantido níveis óptimos de conforto, limpeza e segurança, salas de espera, instalações sanitárias, estacionamento e espaços verdes.
2) Programa Atenção	Reforçar a cultura de serviço de atendimento ao utente, envolvendo e comprometendo todos os profissionais neste processo, desenvolvendo os processos de comunicação entre profissionais e utentes.
3) Inquérito de satisfação	Aferir regularmente o nível de satisfação dos utentes, recorrendo a uma entidade independente.
4) Compromisso de qualidade	Implementar uma nova atitude organizacional de acordo com a visão, missão e os valores preconizados e aprovados pela totalidade dos hospitais.
5) Nova identidade da Rede EPE	Criar a nova imagem de marca da Rede de hospitais SA, reforçando a notoriedade e os valores do projecto de empresarialização.
6) Portal hospitais SA	Lançar o portal dos hospitais SA, assegurando um canal de comunicação permanente com os utentes e de apoio aos profissionais de saúde.

Fonte: Unidade de Missão dos Hospitais SA (2004, p.29)

Relativamente ao projecto Facilitar, o objectivo é proporcionar ao utente uma maior facilidade e uma maior rapidez no acesso aos serviços hospitalares, através do aumento de consultas externas e das intervenções cirúrgicas. Por último, o projecto Acreditar pretende que sejam certificados e monitorizados as qualidades de todos os serviços prestados pelos hospitais. A conjugação destes três projectos possibilita ao utente uma melhor qualidade e uma melhor comunicação com o seu hospital.

2.4. O Modelo de Financiamento dos Hospitais EPE

Uma das principais diferenças entre os hospitais do Sector Empresarial do Estado (SEE) e os hospitais do Sector Público Administrativo (SPA), está relacionada com o regime financeiro. Antes do processo de empresarialização todos os hospitais eram financiados através de uma dotação orçamental anual, sendo que, de acordo com Ribeiro (2004: 68), este tipo de financiamento caracterizava-se pela ausência de “...uma expressão contratual suficientemente explícita quanto aos níveis de produção a conseguir para a capacidade instalada”. Como tal, a inexistência de níveis de produção originou grandes questões, como: “Será justo aplicar o mesmo nível de recursos financeiros a entidades equivalentes, em dimensão e complexidade, cujo produto final é por vezes inexplicavelmente diferente?” (Ribeiro, 2004: 68).

Para além da questão do financiamento, outra das grandes questões estava relacionada com o papel do Estado enquanto entidade financiadora. Isto porque alguns especialistas do sector defendiam a existência de uma separação entre a função financiadora e a função prestadora do Estado, por considerarem que a política de financiamento deveria ter um efeito estimulador, o que até à data não acontecia. A ideia consistia em estimular os hospitais menos eficientes a procurarem formas de atingir os valores dos hospitais mais eficientes, conseguindo-se assim uma competição saudável entres os diversos hospitais.

Face a esta proposta, em 2003, no âmbito da reforma lançada pelo Ministério da Saúde, assistiu-se a uma separação dos três tipos de funções: “contratação”, “prestação” e “gestão accionista” (Unidade de Missão dos Hospitais SA, 2004). Deste modo, “...a separação entre o financiador e as entidades prestadoras, bem como a introdução da relação accionista, vieram constituir a base da “nova” contratualização dos cuidados de saúde prestados por estes hospitais SA” (Tribunal de Contas, 2006: 23). Consequentemente, “os hospitais SA passaram a ser financiados em função da sua produção/actividade, e não em função da despesa gerada” (Unidade de Missão dos Hospitais SA, 2004: 64).

Desta forma, com o desenvolvimento do novo modelo de financiamento foi possível assegurar quatro objectivos-chave: (i) o controlo da despesa total; (ii) a maximização da eficiência das unidades prestadoras; (iii) a certificação de um elevado nível de qualidade dos cuidados prestados e, (iv) por último, a responsabilização da gestão dos hospitais pelos resultados alcançados.

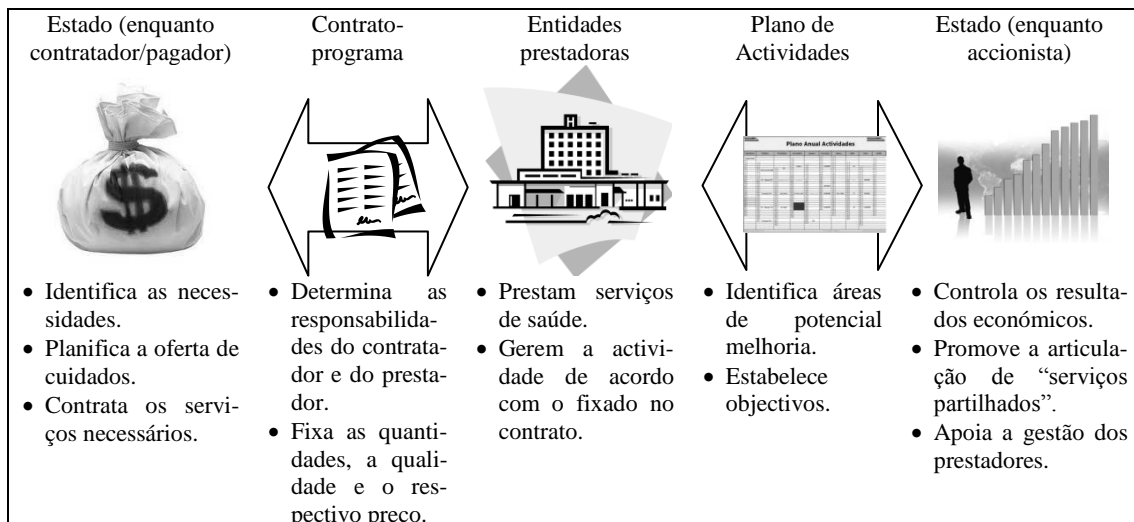
O novo modelo de financiamento (Figura 2) consiste assim numa contratualização entre os hospitais e o Estado. De acordo com Ribeiro (2004) este novo modelo assenta essencialmente em cinco pilares:

1. A criação de uma relação contratual entre o Estado e o respectivo hospital. A relação contratual é feita através de um contrato-programa, que se encontra previsto no art.º 24.º dos estatutos de cada um dos hospitais, onde está prevista “...a celebração de contratos-programa plurianuais no âmbito da determinação da prestação dos serviços e cuidados de saúde” (Tribunal de Contas, 2006: 23);
2. Os contratos-programa que definem o valor a pagar com base nas linhas de produção – internamentos, consultas, episódios de urgência, cirurgia do ambulatório e Hospital de dia - ou seja, em função do tipo de cuidados de saúde prestado é fixado um preço, o qual é depois ajustado em função das especificidades de cada hospital, como por exemplo, a severidade média das patologias e o nível tecnológico;
3. Existência de um volume de produção contratada é calculado em função da capacidade instalada e das necessidades dos utentes, e visa, essencialmente, a cobertura de todos os custos fixos;¹³
4. A produção marginal que é paga até um determinado limite médio, sofrendo penalizações degressivas e ajustadas face aos custos variáveis. Esta situação corresponde aos casos em que os hospitais ultrapassem o limite do número de internamentos previstos, os quais poderão ser penalizados. Neste ponto existem opiniões discordantes, é o caso de Rosa (2004) que critica fortemente esta medida, pois considera que “...quando um Hospital SA ultrapassa o objectivo de produção, no lugar de ser premiado, é fortemente penalizado”, acrescentado ainda que “...o Hospital SA recebe mais por não fazer do que por realizar mais produção”. Face a esta situação têm existido algumas alterações na elaboração dos contratos-programa; e
5. O contrato-programa deverá funcionar como instrumento de regulação da procura. A ideia é desincentivar a produção que se desvie dos volumes de produção contratada, o que possibilitará a distribuição estratégica das produções pelas diferentes unidades levando, assim a uma optimização da capacidade instalada do SNS.

¹³ O valor é calculado com base num estimador que têm em conta a eficiência média na afectação de recursos em toda a rede.

A contratualização dos serviços, por parte do Estado, permite assim clarificar e separar as responsabilidades das diferentes entidades. O Estado enquanto accionista “controla o nível de desempenho operacional e económico dos hospitais”, enquanto os hospitais são responsáveis pelo “...fornecimento dos cuidados de saúde na quantidade e com a qualidade especificadas no contrato, e gerem a sua própria actividade...”. A relação entre as duas entidades (Figura 3) é criada através do Plano de Actividades de cada hospital que é “... o instrumento que rege as relações entre este (hospital) e o accionista, na medida em que é o repositório dos objectivos de desempenho que o hospital se propõe a atingir” (Unidade de Missão dos Hospitais SA, 2004: 65).

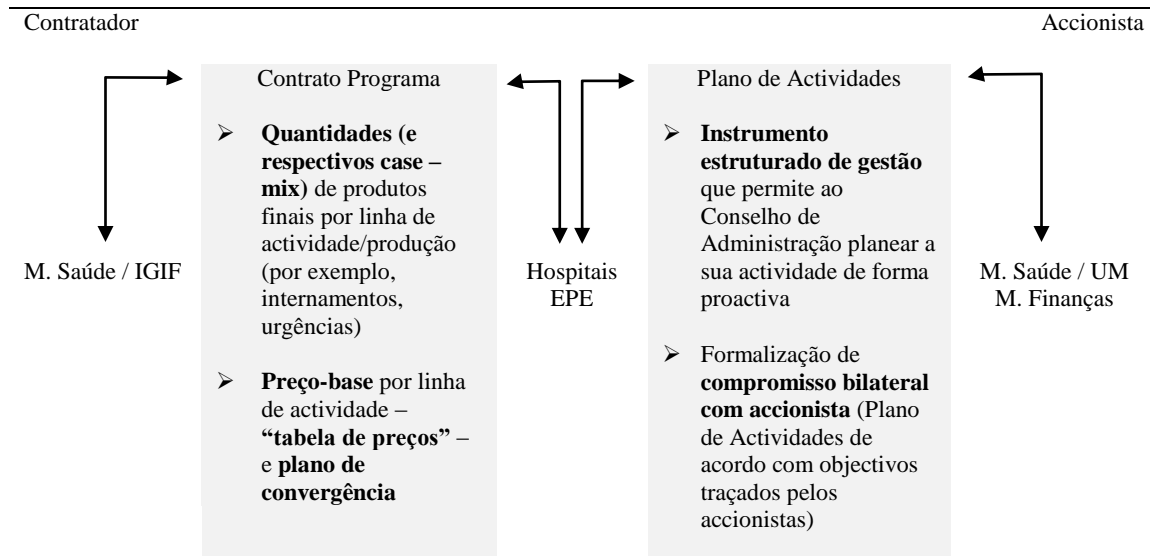
Figura 2: O novo modelo de Financiamento



Fonte: Ribeiro (2004, p.69, adaptado)

Por último, é importante referir que a contratualização traz também benefícios para o cliente, visto que esta “... constitui um instrumento fundamental para estimular os prestadores a aumentarem a qualidade e a eficiência dos cuidados prestados e a orientarem-se mais para o cliente” (Valente, 2010: 38).

Figura 3: Instrumentos que regem a relação entre os Hospitais EPE, o IGIF¹⁴ e o Accionista Estado



Fonte: Unidade de Missão dos Hospitais SA (2004, p.65, adaptado)

¹⁴ Actual Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS)

3. Metodologia

No capítulo anterior foi feita a revisão de literatura, onde se pretendeu fazer o enquadramento dos principais aspectos relacionados com a empresarialização dos hospitais públicos. Foram abordadas várias questões, nomeadamente, a nova tendência de gestão no sector público - NPM-, assim como, os principais impactos que esta nova filosofia de gestão teve no Sistema de Saúde Europeu e Português. Deste modo, a próxima etapa, nesta investigação, passará pela quantificação e qualificação das mudanças ocorridas, com a empresarialização dos hospitais Portugueses, durante o período 2002 a 2005.

Feito assim, um breve enquadramento dos diferentes capítulos do trabalho, o que agora se pretende é apresentar as questões metodológicas, subjacentes a cada capítulo, e que estão na base de todo o processo de investigação realizado. Para isso, em primeiro lugar, será feito o enquadramento metodológico da investigação, em segundo lugar, a descrição dos principais passos seguidos no desenvolvimento da investigação, e por último, o levantamento das diversas fontes e métodos de recolha da informação utilizada.

3.1. Enquadramento Metodológico da Investigação

Esta investigação segue uma orientação qualitativa, sendo que, a razão pela qual, se optou por fazer uma abordagem qualitativa, deveu-se ao facto de se pretender fazer uma análise descritiva das mudanças ocorridas no SNS, ou seja, pretendeu-se analisar, descrever e identificar os principais aspectos que marcaram o processo de empresarialização, numa vertente, essencialmente, qualitativa. Miles e Huberman (1994: 1) descrevem que “*with qualitative data one can preserve chronological flow, see precisely which events led to which consequences, and derive fruitful explanations*”. Esta afirmação resume, assim, o que se pretende fazer ao longo desta investigação.

Este estudo embora seja de natureza qualitativa íntegra, não apenas dados qualitativos, mas também dados de natureza quantitativa, o que não põe, em causa a orientação qualitativa deste estudo. Tal como afirmam Berry e Otley (2004: 242) “*Yet it is quite possible for qualitative research projects to have some hybrid characteristics and combine a naturalistic inquiry with some quantitative data and some statistical*

analysis; there is no need to exclude useful data collection and analysis for the sake of purity of approach”.

Relativamente ao tipo de estudo, este trata-se de um estudo de caso descritivo, tal como Stake (1995: xi) afirma “*we study a case when it is of very special interest. We look for the detail of interaction within its contexts. Case study is the study of the particularity and complexity of a single case, coming to understand its activity within important circumstances*”. E como nesta investigação, o que se pretende é analisar e identificar os principais impactos que o processo de empresarialização teve nos hospitais Portugueses, durante os primeiros anos, entende-se que o estudo de caso é o melhor método de investigação, pois é método que vai de encontro aos objectivos do estudo em causa.

3.2. Principais Passos Desenvolvidos

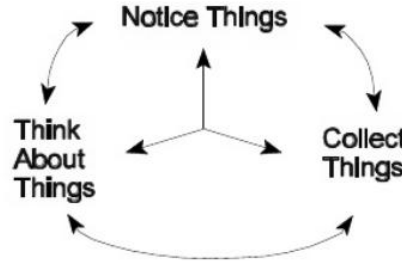
Tal como foi referido anteriormente, esta investigação foca-se no processo de empresarialização, nomeadamente, no seu impacto durante o período de 2002 a 2005. De forma a concretizar, o objectivo deste estudo, este foi dividido em duas fases sequenciais. Na primeira fase do trabalho, que corresponde ao Capítulo 2, foi feita a revisão de literatura onde se procedeu a uma análise descritiva de diferentes aspectos, fundamentais, ao entendimento do processo de empresarialização. Por outras palavras, o que se pretendeu foi perceber “quais” as motivações por detrás do processo de empresarialização, contextualizando, essas mesmas, com a evolução do Sistema de Saúde Europeu e Português.

Numa segunda fase, que corresponde ao Capítulo 4, procurou-se explorar os principais impactos e mudanças ocorridos durante o período 2002 a 2005, nos Hospitais EPE. Nesta fase, procedeu-se, tal como anteriormente, a uma análise descritiva dos factos; contudo, procurou-se adicionar alguns dados quantitativos. A utilização de dados quantitativos, constituiu uma importante mais-valia, nesta fase da investigação, pois permitiu quantificar os principais impactos e mudanças.

Relativamente ao processo adoptado nesta investigação, seguiu-se um processo semelhante, ao de outros estudos com a mesma orientação. Tal como, Seidel (Figura 4), descreve os estudos de natureza qualitativa, constam de um processo simples, que “*consists of three parts: Noticing, Collecting, and Thinking about interesting things*”.

Figura 4: O processo de análise de dados

Qualitative Data Analysis



Fonte: Seidel (1998, p.2)

Após a explicação das diversas fases da investigação, é importante compreender os objectivos que estiveram presentes em cada capítulo, mais concretamente em cada subsecção. Para isso, deve ser visualizado o Quadro 3, onde, de uma forma resumida e explícita, é feita a relação entre os objectivos e as questões de investigação de cada subsecção.

Quadro 3: Objectivos, Questões de Investigação e Subcapítulos da Dissertação

Objectivo 1 Analisar a principal tendência de gestão no sector público, nos últimos anos, a nível internacional e nacional	
Questões de investigação	Subsecção
Q.1 Quais as razões que motivaram o aparecimento de uma nova gestão no sector público?	2.1
Q.2 Quais as características que definem esta nova gestão?	
Objectivo 2 Caracterização do Sistema de Saúde europeu e a sua evolução ao longo dos últimos anos	
Questões de investigação	Subsecção
Q.3 Qual a importância do Sistema de Saúde na sociedade?	2.2
Q.4 Quais os modelos que existem, actualmente, na Europa?	
Q.5 Dado que a natural evolução da sociedade trouxe desafios aos diferentes sistemas de saúde na Europa, será que o aparecimento de uma nova filosofia de gestão aliada às variadíssimas pressões que os países enfrentam, será a resposta aos problemas que o sector da saúde se debate?	

Objectivo 3 Identificar as diferentes fases do SNS, com particular enfoque na adopção de um modelo empresarial na gestão dos hospitais	
Questões de investigação	Subsecção
Q.6 As diferentes fases pelo qual o SNS atravessou são um reflexo das mudanças e tendências assistidas internacionalmente?	2.3 e 4.1

Objectivo 4 Perceber quais os principais impactos que o processo de empresarialização teve no SNS	
Questões de investigação	Subsecção
Q.7 Em que consiste a empresarialização dos hospitais públicos?	2.3 e 4.2
Q.8 Quais os principais eixos de empresarialização e medidas adoptadas pelos Hospitais EPE?	

Objectivo 5 Analisar o modelo de financiamento adoptado pelos Hospitais EPE, nomeadamente as suas características e resultados	
Questões de investigação	Subsecção
Q.9 Qual o impacto qualitativo e quantitativo que a adopção de um novo modelo de financiamento trouxe ao sector da saúde em Portugal?	2.4 e 4.4

Objectivo 6 Identificar os impactos que houve a nível da produtividade e da eficiência, nos Hospitais EPE	
Questões de investigação	Subsecção
Q.10 Os hospitais Portugueses com o processo de empresarialização tiveram melhorias significativas na produtividade. No entanto, até que ponto é que o aumento de produtividade se traduziu numa maior eficiência?	4.3

Fonte: Própria

Deste modo, conclui-se que na primeira parte, deste estudo estão presentes as questões de investigação 1 a 9, que correspondem às subsecções 2.1 a 2.4 (Capítulo 2). Também é possível observar que estas questões aparecem, não apenas, na primeira parte do estudo, mas também, na segunda parte. Isto porque, o que se pretende é que a primeira parte da investigação seja uma análise qualitativa das mudanças ocorridas com o processo de empresarialização, enquanto, a segunda parte seja uma análise mais quantitativa dos factos¹⁵. Assim sendo, a segunda parte integra as questões de investigação 6 a 10 que vão ser respondidas nas subsecções 4.1 a 4.4 (Capítulo 4).

¹⁵ É por este motivo que decidiu-se manter os mesmos títulos na segunda parte.

3.3. Fontes e Métodos de Recolha de Informação

Para o presente estudo de investigação foram utilizadas variadíssimas fontes de informação (Quadro 4). O tipo de informação utilizada dependeu, largamente, dos objectivos de cada capítulo. Tal como foi referido anteriormente, o Capítulo 2, assentou numa análise mais qualitativa, como tal, este capítulo foi suportado, essencialmente, pela revisão de literatura. Sendo que, o tipo de documentos utilizados, na revisão de literatura, foram artigos científicos, *papers* utilizados em congressos, livros de referência e legislação e regulamentação portuguesa.

O Capítulo 4, como consistiu numa combinação da análise quantitativa com a análise qualitativa, recorreu-se, essencialmente, a relatórios publicados por diferentes entidades, que de uma forma directa ou indirecta, procuraram avaliar o desempenho dos Hospitais EPE. Destacam-se, assim, os seguintes documentos:

- Relatório de Actividade do Ano 2003, o qual é o único relatório, elaborado pela Unidade de Missão, que faz o balanço do processo de empresarialização. A informação que nele consta serviu de base para esta investigação;
- Relatório Global de Avaliação do Modelo de Gestão dos Hospitais SEE, este relatório resultou de uma auditoria por parte do Tribunal de Contas aos Hospitais EPE, e forneceu informação quantitativa sobre o desempenho dos hospitais;
- Relatório da Comissão para Avaliação dos Hospitais SA (CAHSA), o qual foi elaborado por uma equipa criada pelo Conselho de Ministros, e forneceu informação quantitativa relativamente à qualidade, acesso, produção e eficiência dos Hospitais EPE.

A utilização destes relatórios foi fundamental para o desenvolvimento deste trabalho, pois, grande parte dos dados utilizados, foram obtidos através da sua leitura e análise. Para além da obtenção de dados, os relatórios também constituíram uma importante mais-valia, pelo facto de conterem importantes pareceres sobre o processo de empresarialização. Algumas das suas conclusões foram utilizadas nesta investigação.

Quadro 4: Fontes de investigação utilizados nas diferentes questões de investigação

Objectivos	Questões de Investigação	Fontes
Objectivo 1	Q.1 Quais as razões que motivaram o aparecimento de uma nova gestão no sector público?	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão de literatura
	Q.2 Quais as características que definem esta nova gestão?	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão de literatura
Objectivo 2	Q.3 Qual a importância do Sistema de Saúde na Sociedade?	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão de literatura
	Q.4 Quais os modelos que existem, actualmente, na Europa?	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão de literatura
	Q.5 A natural evolução da sociedade trouxe desafios aos diferentes sistemas de saúde na Europa, será que o aparecimento de uma nova filosofia de gestão aliada às variadíssimas pressões que os países enfrentam, será a resposta aos problemas que o sector da saúde se debate?	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão de literatura
Objectivo 3	Q.6 As diferentes fases pelo qual o SNS atravessou são um reflexo das mudanças e tendências assistidas internacionalmente?	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão de literatura • Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde
Objectivo 4	Q.7 Em que consiste a empresarialização dos hospitais públicos?	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão de literatura
	Q.8 Quais os principais eixos de empresarialização e medidas adoptadas pelos Hospitais EPE?	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão de literatura • Relatório de Actividade do Ano 2003 • Relatório Global do Programa Conforto
Objectivo 5	Q.9 Qual o impacto qualitativo e quantitativo que a adopção de um novo modelo de financiamento trouxe ao sector da saúde em Portugal?	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão de literatura • Relatório Global de Avaliação do Modelo de Gestão dos Hospitais SEE
Objectivo 6	Q.10 Os hospitais Portugueses com o processo de empresarialização tiveram melhorias significativas na produtividade, no entanto, até que ponto é o aumento de produtividade se traduziu numa maior eficiência?	<ul style="list-style-type: none"> • Relatório de Actividade do Ano 2003 • Relatório Global de Avaliação do Modelo de Gestão dos Hospitais SEE • Relatório da CAHSA

Fonte: Própria

4. Estudo Empírico

Neste capítulo pretende-se quantificar os diferentes aspectos relacionados com os hospitais Portugueses. Por outras palavras, os diferentes temas abordados na revisão de literatura vão ser agora alvo de uma análise quantitativa. Para isso, será feita uma análise de duas fases distintas. A primeira fase diz respeito ao período que antecedeu o processo de empresarialização, enquanto, que a segunda fase corresponde ao processo de empresarialização, durante o período de 2002 a 2005.

4.1. Antes da Empresarialização

4.1.1. Contexto Macroeconómico

Desde a década de 70, vários economistas têm procurado comparar os gastos com a saúde entre os diversos países, isto porque “...comparisons of this kind permit a systematic investigation of the impact of various organisational structures and other explanatory variables” (Jönsson e Eckerlund, 2003: 108). Por este motivo, no texto que se segue, procurar-se-á analisar e comparar os gastos com a saúde dos vários países da União Europeia, assim como, os factores que contribuíram para o aumento dos gastos com a saúde.

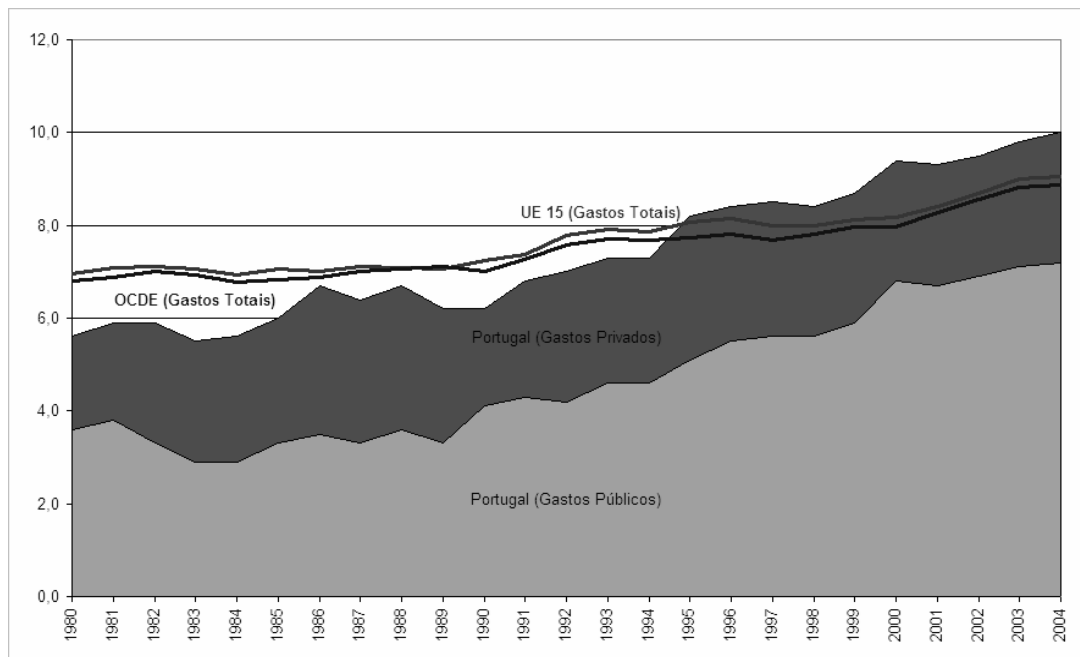
Nos últimos anos tem-se assistido, por toda a União Europeia, a uma evolução significativa dos gastos com a saúde (ver a Figura 5). Evolução que em alguns casos tem sido superior ao crescimento económico.

No caso específico de Portugal, em 1980, a percentagem dos gastos com a saúde no PIB era de 5,6%. Em 2004, este valor era de 10% do PIB, o que representa um valor bastante superior ao valor médio dos países da União Europeia 15 ou da OCDE. A Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde (2007: 61) justifica este facto com a “...pressão do crescimento da componente pública dos gastos”.

Contudo, existem outras razões que explicam o elevado crescimento dos gastos com a saúde, não só de Portugal, mas também da União Europeia. Alguns autores (Pinto, 2009; Vrangbaek e Christiansen, 2005; Jönsson e Eckerlund, 2003) referem a existência de diversos factores. Entre eles os que mais se destacam são os factores de natureza económica, como o aumento do rendimento (quanto maior for o rendimento

maior é o consumo de cuidados de saúde), a evolução da produtividade do sector da saúde (Efeito de Baumol)¹⁶ e o crescimento económico (associado à elasticidade positiva das despesas com a saúde face ao PIB); factores de natureza demográfica, como é o caso do aumento da esperança média de vida e o envelhecimento da população, e por último, factores de natureza tecnológica, nomeadamente, a velocidade da inovação e o desenvolvimento tecnológico nos domínios do diagnóstico e da terapêutica. Face a este último factor, Jönsson e Eckerlund (2003: 108) alertam para o seguinte facto “...it is difficult to judge of technology is the cause of the increase in costs or a consequence of increased spending on health care, a problem exacerbated by the difficulty in obtaining a measurable proxy for technology”.

Figura 5: Evolução do peso dos gastos com a Saúde no PIB (%), em Portugal, UE15 e OCDE, entre 1990 e 2004



Fonte: Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde (2007, p.62)

A evolução dos gastos da saúde, tal como foi referido anteriormente, tem sido significativa, não só para o Estado, mas também para os cidadãos. Isto porque a despesa total no sector da saúde em Portugal, à semelhança de outros países da União Europeia, encontra-se dividida em despesa pública e despesa privada. A despesa pública, representa os gastos do Estado, e o seu financiamento provem, essencialmente, de

¹⁶ A Lei de Baumol considera que, se o sector público tiver ganhos de produtividade inferiores aos do sector privado, haverá uma transferência de recursos do sector privado para o sector público. Essa transferência de recursos tenderá a ser crescente ao longo do tempo e insustentável a longo prazo.

receitas fiscais. Enquanto, que a despesa privada corresponde aos gastos directos dos cidadãos, que pode ser sob a forma de pagamento directo do serviço de saúde ou através de seguros de saúde. Como se pode observar através da Figura 6, Portugal foi dos países onde a evolução da despesa pública foi mais significativa. Em 1980 esta representava 3,6% e em 2004 o valor era de 7,2%, ou seja, em 24 anos a despesa pública duplicou, situação contrária à dos outros países, onde a despesa pública não sofreu aumentos tão significativos. No caso da despesa privada, embora tenha existido um aumento, o impacto foi bastante inferior.

Figura 6: Evolução do peso dos gastos totais, Públicos e Privados com a Saúde no PIB, em Portugal, UE15, OCDE e Países Seleccionados, entre 1980 e 2004

	Gastos Totais em Saúde						Gastos Públicos em Saúde						Gastos Privados em Saúde					
	1980	1985	1990	1995	2000	2004	1980	1985	1990	1995	2000	2004	1980	1985	1990	1995	2000	2004
Alemanha (a)	8,7	9,0	8,5	10,3	10,4	10,9	6,8	7,0	6,5	8,3	8,2	8,5	1,8	2,0	2,0	2,0	2,2	2,4
Áustria	7,5	6,5	7,0	9,7	9,4	9,6	5,1	4,9	5,1	6,7	6,6	6,8	2,3	1,5	1,8	3,0	2,8	2,8
Bélgica (a)	6,3	7,0	7,2	8,2	8,6	10,1	0,0	0,0	0,0	6,4	6,5	7,2	0,0	0,0	0,0	1,8	2,1	2,9
Dinamarca (b)	8,9	8,5	8,3	8,1	8,3	8,9	7,9	7,3	6,9	6,7	6,8	7,1	1,1	1,2	1,4	1,4	1,5	1,4
Espanha	5,3	5,4	6,5	7,4	7,2	8,1	4,2	4,3	5,1	5,4	5,2	5,7	1,1	1,0	1,4	2,1	2,0	2,4
Finlândia	6,3	7,1	7,8	7,4	6,7	7,5	5,0	5,6	6,3	5,6	5,0	5,7	1,3	1,5	1,5	1,8	1,7	1,8
França	7,0	7,9	8,4	9,4	9,2	10,5	5,6	6,2	6,4	7,2	7,0	8,3	1,4	1,7	2,0	2,2	2,2	2,3
Grécia	6,6	0,0	7,4	9,6	9,9	10,0	3,7	0,0	4,0	5,0	5,2	5,3	2,9	0,0	3,4	4,6	4,7	4,7
Holanda	7,2	7,1	7,7	8,1	7,9	9,2	5,0	5,0	5,2	5,7	5,0	5,7	2,2	2,1	2,5	2,3	2,9	3,5
Irlanda	8,3	7,5	6,1	6,7	6,3	7,1	6,8	5,7	4,4	4,8	4,6	5,7	1,5	1,8	1,7	1,9	1,7	1,5
Itália	0,0	0,0	7,7	7,1	7,9	8,4	0,0	0,0	6,1	5,1	5,8	6,4	0,0	1,6	1,6	2,0	2,1	2,0
Luxemburgo	5,2	5,2	5,4	5,6	5,8	8,0	4,8	4,6	5,0	5,1	5,2	7,3	0,4	0,6	0,4	0,4	0,6	0,8
Portugal	5,6	6,0	6,2	8,2	9,4	10,0	3,6	3,3	4,1	5,1	6,8	7,2	2,0	2,7	2,1	3,1	2,6	2,8
Reino Unido	5,6	5,9	6,0	7,0	7,3	8,3	5,0	5,0	5,0	5,8	5,9	7,1	0,6	0,8	1,0	1,1	1,4	1,2
Suécia	9,0	8,6	8,3	8,1	8,4	9,1	8,3	7,8	7,5	7,0	7,1	7,7	0,7	0,8	0,8	1,1	1,3	1,4
Austrália (a)	6,8	7,2	7,5	8,0	8,8	9,2	4,3	5,1	5,1	5,3	6,0	6,2	2,5	2,1	2,5	2,7	2,7	3,0
Canadá	7,1	8,2	9,0	9,2	8,9	9,9	5,4	6,2	6,7	6,5	6,3	6,9	1,7	2,0	2,3	2,6	2,7	3,0
Estados Unidos	8,8	10,1	11,9	13,3	13,3	15,3	3,6	4,0	4,7	6,0	5,8	6,9	5,2	6,1	7,2	7,3	7,4	8,5
Japão (a)	6,5	6,7	5,9	6,8	7,6	8,0	4,6	4,7	4,6	5,7	6,1	6,5	1,9	2,0	1,3	1,2	1,4	1,5
UE 15 (c)	7,0	7,1	7,2	8,1	8,2	9,0	5,5	5,6	5,5	6,0	6,1	6,8	1,5	1,5	1,7	2,1	2,1	2,3
OCDE (c)	6,8	6,8	7,0	7,7	8,0	8,9	5,1	5,0	5,1	5,5	5,7	6,4	1,7	1,8	1,9	2,2	2,3	2,5

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

Fonte: Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde (2007, p.63)

Devido ao constante aumento da despesa com a saúde, nos últimos anos o Estado tem feito um crescente esforço financeiro de forma a financiar o SNS. Face a este cenário, Portugal tem sido alvo de sucessivos alertas por parte da OCDE, para a necessidade de contenção das despesas, os quais têm sido levados em conta pelos recentes governos que, nos últimos anos, têm procurado reformular as suas prioridades políticas, de forma a assegurar a sustentabilidade financeira do sector da saúde (Ferreira *et al.*, 2006).

4.1.2. O Sector da Saúde em Portugal

O sector da saúde, em Portugal, é caracterizado pela existência de operadores públicos e privados, sem ou com fins lucrativos, respectivamente, os quais efectuem actividades em diferentes áreas, ver Quadro 5. O peso de ambos os operadores é variável, dependendo do tipo de serviço prestado. No caso do sector público, este é o que tem maior peso na prestação de cuidados hospitalares, enquanto o sector privado assume uma maior notoriedade nos meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Quadro 5: Caracterização do Sector de Saúde em Portugal

Promoção e Protecção da Saúde	<ul style="list-style-type: none">• Campanhas de educação (ex: higiene; nutrição; estilos de vida; exercício físico) e combate a comportamentos de risco (ex: álcool; tabaco; estupefacientes).• Vacinação, exames de <i>check-up</i> e actuações de prevenção.
Cuidados Primários	<ul style="list-style-type: none">• Cuidados de saúde não agudos/não diferenciados, em regime de ambulatório.• Diagnósticos (análises clínicas e outros meios de diagnóstico como é o caso da imagiologia).
Cuidados Diferenciados	<ul style="list-style-type: none">• Cuidados de saúde agudos/especializados, incluindo tratamentos em regime de internamento.• Diagnósticos especializados/de fim de linha.
Cuidados Continuados	<ul style="list-style-type: none">• Tratamentos de evolução prolongado (ex: hemodiálise, oncologia, diabetes).• Cuidados de reabilitação.• Cuidados de geriatria.

Fonte: Unidade de Missão dos Hospitais SA (2004, p.14)

Cabe assim, ao SNS, a responsabilidade de prestação de todo o tipo de cuidados de saúde a toda a população. No entanto, ano após ano, tem-se assistido a uma crescente intervenção dos organismos privados, o que constitui uma mais-valia para o sector de saúde, pois permite colmatar as várias lacunas existentes. Tal como Simões e Silva (2009) referem “O sector privado tem assumido um papel de complementaridade face ao SNS...” isto porque, para “...além de oferecer serviços no seio do SNS, tem também garantido a prestação de cuidados em áreas não cobertas pelo mesmo”. O sector privado existe, assim, através dos subsistemas privados (Planos de Saúde do Grupo Portugal Telecom, SAMS, CTT) ou através dos seguros de saúde voluntário (Multicare, Medis), ambos coexistindo com o SNS.

Relativamente ao SNS, antes do processo de empresarialização, este era constituído por uma vasta rede de Centros de Saúde e Hospitais (cf. Quadro 6), que mais tarde, foi segmentada. O processo de empresarialização implicou a passagem de alguns hospitais SPA para Hospitais EPE.

Quadro 6: Caracterização do SNS em Portugal Continental, em 2002

1. População residente	9.927.441
2. Centros de saúde	362
2.1 Centros de Saúde com SAP	254
2.2 Centros de Saúde com Unidades de Internamento	60
2.3 Total de camas	886
3. Hospitais	97
3.1 Centrais	36
3.1.1 Gerais	13
3.1.2 Especializados *	23
3.2 Distritais gerais	40
3.3 Distritais de nível I	21
3.4 Total de camas	26.133
3.4.1 Especialidades cirúrgicas	11.918
3.4.2 Especialidades médicas	12.820
3.4.3 Outras	1.395

* Inclui 6 hospitais Psiquiátricos, 3 Centros Regionais de Alcoologia (CRA) e 1 Centro Psiquiátrico de Recuperação (CPR)

Fonte: Direcção-Geral da Saúde (2002, p.7, adaptado)

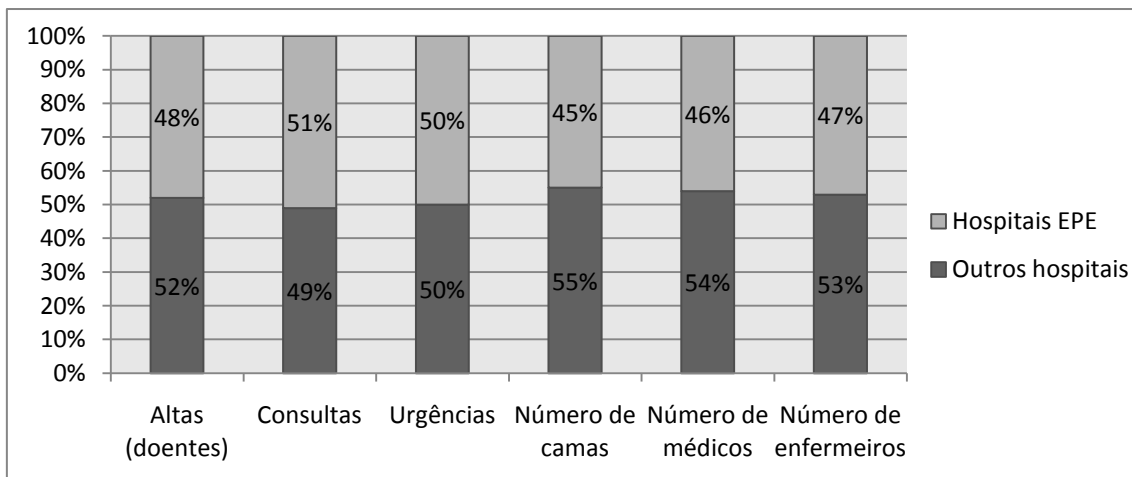
A criação do Sector Público Empresarial trouxe, assim, um impacto na configuração dos hospitais do SNS, isto porque dos 97 hospitais existentes, 31 hospitais passaram para o sector empresarial por via da transformação de 34 hospitais SPA. Esta transformação teve um impacto significativo, visto que, no seu conjunto, os 31 hospitais representam quase metade da actividade hospitalar pública (Figura 7) (Unidade de Missão dos Hospitais SA, 2004).

A passagem dos 31 hospitais, para EPE, foi feita ao longo de todo o país, encontrando-se distribuídos da seguinte forma:

- Onze unidades na Região Norte, nomeadamente, os hospitais de Amarante, Barcelos, Bragança, Guimarães, Vale de Sousa, Santo António, e Vila Nova de Famalicão, os centros hospitalares do Alto Minho (Viana do Castelo e Ponte de Lima) e de Vila Real (Vila Real e Peso da Régua), a Unidade de Saúde de Matosinhos, e o IPO do Porto;

- Sete unidades na Região Centro, os quais fazem parte, os hospitais de Aveiro, Figueira da Foz, Leiria, Santa Maria da Feira, Viseu, o centro hospitalar da Cova da Beira (Covilhã e Fundão), e o IPO de Coimbra;
- Onze unidades na Região de Lisboa e Vale do Tejo, nomeadamente, os hospitais do Barreiro, Egas Moniz, Garcia de Orta, Pulido Valente, Santa Cruz, Santa Maria, Santarém, São Francisco Xavier, Setúbal, o centro hospitalar do Médio Tejo (Abrantes, Tomar e Torres Novas), e o IPO de Lisboa;
- Uma unidade na Região do Alentejo - o Hospital de Beja;
- Uma unidade na Região do Algarve - o Hospital do Barlavento Algarvio.

Figura 7: Peso relativo dos Hospitais EPE no sistema hospitalar (2002)



Fonte: Unidade de Missão dos Hospitais SA (2003, p.2, adaptado)

4.2. Reformas Realizadas no período 2002-2005

Em 2003, o Programa do XV Governo Constitucional descrevia o estado do sector da saúde da seguinte forma:

“Em Portugal, a situação do sector da saúde degradou-se fortemente nos últimos anos, apresentando contornos de extrema gravidade, sendo, hoje, generalizadamente reconhecida a desorganização e degradação do Serviço Nacional de Saúde, com crescimento descontrolado das despesas públicas e défices elevadíssimos, frustrando o direito dos cidadãos ao acesso generalizado e de qualidade aos cuidados de saúde”.

Face a esta situação, o Governo manifestou a vontade de proceder a uma reforma no sector da saúde com "...vista à criação de um verdadeiro Sistema Nacional de Saúde justo e solidário". Proclamando no seu programa essa mesma vontade:

"Neste contexto, o actual Serviço Nacional de Saúde deverá ser profundamente reformado por forma a passar de um sistema público, de natureza monopolista e administrativa, para um sistema misto de serviços de saúde, onde coexistam entidades de natureza pública, privada e social, agindo de forma integrada e orientado para as necessidades dos utentes".

O governo inicia, assim, uma nova etapa no SNS ao admitir a ineficiência deste e alertando para a necessidade de mudar para um novo sistema que permita:

"Gerir com competência, premiar o mérito, responsabilizar com eficácia e incentivar a produtividade serão pilares essenciais da política de rigor na administração desse Serviço Nacional de Saúde"

Deste modo, nas páginas que se seguem, apresenta-se uma análise exaustiva dos principais impactos que o processo de empresarialização teve no SNS em Portugal. Para tal a ênfase é colocada, essencialmente, nas principais mudanças ocorridas durante o período 2002-2005.

4.2.1. Cultura de Gestão por Objectivos e de Responsabilização por Resultados

O processo de empresarialização foi um importante passo no desenvolvimento de uma nova cultura de gestão por objectivos e de responsabilização por resultados. Contudo, a inexistência de uma gestão de informação que fosse atempada e fiável, constituiu uma importante barreira à criação dessa nova cultura de gestão. A escassez de informação, tal como Ribeiro (2004: 75) afirma, tem como consequência "o grande desperdício do nosso Sistema de Saúde" que resulta da "...falta de informação oportuna e fiável...", e acrescenta que a solução para esse problema estará na informatização progressiva que levará "...ao combate ao desperdício, à burocracia e à falta de informação de gestão, que impede um conhecimento permanente sobre as variáveis de qualidade ou financiamento que se pretendem monitorizar". Como tal, a criação de um instrumento que permitisse visualizar o hospital no seu todo, constituiria um importante

passo na divulgação de informação entre os hospitais da Rede EPE, que por sua vez, contribuiria para a criação de uma nova cultura de gestão. Face a essa necessidade, foi implementado nos hospitais o *Tableau de Bord* que enquanto instrumento de informação permitiu:

- Aferir mensalmente o grau de desempenho relativo, como também, a evolução nos Hospitais EPE;
- Acompanhar a actividade; e
- Efectuar comparações entre os hospitais de modo a identificar as áreas de actuação prioritárias.

O *Tableau de Bord*, dos Hospitais EPE, é constituído por um conjunto de indicadores de actividade hospitalar: (i) indicadores de eficiência operacional; (ii) indicadores de índole económico-financeira e (iii) indicadores de qualidade e serviço (Quadro 7). Estes indicadores foram escolhidos de modo a que "... possibilitassem uma imagem geral da organização e em particular das sub-unidades, para que fosse possível proceder a uma comparação da produtividade entre as organizações – o denominado *benchmarking*" (Silvestre e Araújo, 2009: 8).

O primeiro *Tableau de Bord* compreendeu a informação de um ano inteiro (Janeiro-Dezembro de 2003), sendo que, os restantes foram publicados mensalmente tal como estava previsto. O último foi em Junho de 2005, altura em que o *Tableau de Bord* foi substituído. A existência de informação sobre o seu desaparecimento é praticamente inexistente, contudo, Leite e Rodrigues (2010: 11) publicaram no seu artigo alguma informação sobre o abandono do *Tableau de Bord* nos hospitais: "O instrumento de *Tableau de Bord*, usado nos dois primeiros anos de empresarialização, essencialmente com indicadores económico-financeiros suportados em custos unitários ajustados que permitiram elaborar um *ranking* de eficiência, foi substituído por um conjunto de cerca de 50 indicadores, de periodicidade trimestral, acrescentado mais indicadores clínicos qualitativos aos económico-financeiros, mas sem *ranking* e sem divulgação pública". Deste modo, é impossível saber se realmente existe ou não um outro instrumento de substituição. No entanto, é evidente que o objectivo inicial da Unidade de Missão, em tornar pública a informação relativa ao desempenho dos Hospitais EPE, perdeu-se com o abandono do *Tableau de Bord*. Da mesma opinião é o próprio responsável pela já extinta Unidade de Missão, o Dr. Mendes Ribeiro, que numa entrevista realizada ao Fórum Hospital do Futuro (2005) referiu o seguinte: "Infelizmente interrompeu-se mais

um ciclo de mudança que vai deixar todos os agentes sem confiança em mudanças futuras. A informação sobre os Hospitais era totalmente pública e estava disponibilizada na Internet. Agora já não encontramos informação actualizada e isso compromete toda a transparência necessária à credibilização da mudança”.

No entanto, algumas prioridades estabelecidas mantiveram-se; é o caso do acompanhamento orçamental. Este tem sido constantemente desenvolvido, como também tem sido cada vez mais rigoroso, devido, principalmente, às dificuldades que o país tem enfrentado, que têm obrigado a um maior controlo orçamental. É importante também, referir que com a criação dos Hospitais EPE, “...e pela primeira vez na história do SNS, todos os hospitais da Rede EPE tiveram a sua actividade auditada por Revisores Oficiais de Contas (ROC)” (Unidade de Missão dos Hospitais SA 2004).

Quadro 7: Indicadores presentes no Tableau de Bord

Síntese dos Indicadores de Acompanhamento dos Hospitais EPE		
	Indicadores	Observações
Eficiência Económico-Financeira e Operacional	<u>Indicador global de eficiência:</u> Valor da produção do hospital a custos médios <i>versus</i> valor da produção do hospital aos custos reais O indicador considera quatro linhas de produção (internamento, consulta, urgência, e Hospital de dia)	O indicador mede a eficiência relativa do hospital face à eficiência média dos 31 hospitais, ou seja, compara a quantidade de recursos que cada hospital gasta para produzir actos médicos equivalentes, depois de ajustados pelo casemix e factor de estrutura de cada hospital. Fórmula: Produção do hospital a custos médios da Rede, ajustados pelo casemix e factor de estrutura do hospital/ Custos Totais Reais.
	<ul style="list-style-type: none">➤ Demora média do internamento ajustada por complexidade (dias)➤ Taxa de utilização das camas (%)➤ Pessoal clínico por cama ajustado por complexidade (médicos e enfermeiros, efectivos/10 camas)	Eficiência a nível de “consumo” de recursos.
	<ul style="list-style-type: none">➤ Peso das horas extraordinárias nos custos com o pessoal (%)	Eficiência a nível do “custo” dos recursos.

Indicadores Económico-Financeiros dos Hospitais EPE		
Comparação dos custos face ao período homólogo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 61 – Compras (%) ➤ 62 – Fornecimentos e Serviços Externos (%) ➤ 64 – Custos com Pessoal (%) 	<p>Compara o respectivo mês com o período homólogo de 2003 e 2004. Inicialmente, no <i>Tableau de Bord</i> de Dezembro de 2003, a comparação foi feita a partir do que estava orçamentado, pelo facto de ainda não existirem dados reais.</p> <p>Desvio negativo: significa que os custos desse ano foram superiores aos custos do ano anterior</p> <p>Desvio positivo: significa que os custos desse ano foram inferiores ao ano que está a ser feita a comparação.</p>
Indicadores de Produção dos Hospitais EPE – Volume de actividade		
Internamento e cirurgia ambulatória (Variação homóloga)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Doentes saídos por cama (doentes/cama/mês) ➤ Taxa de utilização do internamento ➤ Cirurgia ambulatória no total de cirurgias (%) ➤ Número de doentes Saídos (%) ➤ Dias Internamento dos doentes saídos (%) 	
Consultas externas (Variação Homóloga)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Consultas por gabinete (consultas/gab./dia útil) ➤ Número de consultas (%) 	
Urgências (Variação Homóloga)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Número de urgências por 100 consultas ➤ Cirurgias urgentes no total de cirurgias ➤ Número de urgências (%) 	
Hospital Dia (Variação Homóloga)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hospital dia (sessões/unid/mês) ➤ Número de sessões de Hospital de dia (%) 	
Indicadores de Produção dos Hospitais EPE		
Demora média do internamento	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Demora média simples (dias) ➤ Demora média ajustada por complexidade (dias) 	
Bloco operatório (Variação Homóloga)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cirurgia programada por sala (cirurgia/sala/mês) ➤ Número de cirurgias de ambulatório (%) ➤ Número total de cirurgias (%) 	
Outros indicadores dos Hospitais EPE		
Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Médicos por 10 camas ajustado por complexidade ➤ Enfermeiros por 10 camas ajustado por complexidade ➤ Restante pessoal / por 10 camas ➤ Peso das horas extraordinárias (%) 	<p>Existe um índice de ajustamento que é utilizado com o objectivo de reflectir os graus de utilização de recursos humanos associados a diferentes patologias.</p>
Outros Recursos (em euros)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Medicamentos por doente ajustados por complexidade ➤ Outros consumíveis por doente ajustado por complexidade ➤ Custos com FSEs por doente 	

Fonte: Unidade de Missão dos Hospitais SA (2004, pp. 37-39, adaptado).

4.2.2. Acompanhamento Rigoroso e Publicação Regular da Informação

A criação dos Hospitais EPE trouxe como requisito fundamental a realização de um Plano de Actividades por hospital. O Plano de Actividades "... define as prioridades de actuação e define os compromissos" (Hospitais EPE). A sua elaboração é da responsabilidade de cada Hospital EPE, sendo que, no final, este deverá ser discutido com a Unidade de Missão, as ARS, o IGIF e a Direcção Geral do Tesouro.

O Plano de Actividades foi considerado "... um marco fundamental do planeamento da prestação de cuidados de saúde em Portugal" (*ibid*), pois estabelece a base para a fixação da produção a contratar. Para além de ser um instrumento fundamental da gestão, este é, também um documento que possibilita a formalização de um compromisso bilateral entre o hospital e o accionista Estado, e a elaboração do contrato-programa de cada Hospital EPE.

Inicialmente, também estava previsto a elaboração de um Relatório de Actividade anual, onde fossem divulgados, os dados e as principais informações sobre o desempenho de toda a Rede EPE. Desta forma, foi criado o Relatório de Actividade do Ano 2003, no qual foi feito um balanço de todo o processo de empresarialização e, inclusivamente, a divulgação das prioridades para o ano 2004. Ao contrário do que seria previsto, no ano seguinte, não houve a elaboração do Relatório de Actividade do ano 2004. Ao invés deste surgiu o Relatório de Acompanhamento e Avaliação dos Hospitais, cuja imagem é totalmente diferente. A diferença deve-se ao facto deste relatório cingir-se, apenas a aspectos relacionados com a produção e a situação económico-financeira.

Contudo, em ambos os casos, a divulgação dos relatórios no site dos Hospitais EPE, foi feita apenas nos primeiros anos. Sendo que, actualmente, não existe qualquer informação sobre o desempenho global da Rede EPE.

4.2.3. Melhoria da Qualidade e da Eficiência Operacional

Uma das grandes inovações do processo de empresarialização foi a adopção do *benchmarking* nos hospitais Portugueses. O uso do *benchmarking* teve uma elevada importância no início do processo de empresarialização, pois permitiu perceber quais é que eram os hospitais mais eficientes e menos eficientes de toda a Rede EPE.

O processo de *benchmarking* desenvolveu-se em quatro fases e demorou cerca de quatro meses a estar concluído. Numa primeira fase, procedeu-se à recolha de toda a informação junto dos 31 Hospitais EPE, da ARSs e do IGIF, e ao seu respectivo tratamento. Na segunda fase, determinou-se o nível de desempenho relativo entre as unidades hospitalares e foram identificadas as alavancas primordiais, que permitiram compreender o desempenho do sistema no seu conjunto. Numa terceira fase, efectuaram-se análises comparativas das diversas alavancas encontradas e identificou-se o potencial de melhoria dos hospitais. Por último, identificaram-se os programas de actuação primordiais e os hospitais prioritários para a sua execução.

Decorridas as quatro fases foi possível proceder à medição do desempenho global de cada unidade, tendo sido criado o IGE. O IGE é o indicador responsável pela medição da eficiência relativa do hospital face à média dos 31 hospitais (Figura 8). Na prática, o que este indicador faz é comparar a “... a quantidade de recursos que cada hospital consome para produzir actos médicos equivalentes, depois de a produção de cada hospital ser ajustada pela respectiva complexidade e pelo factor de estrutura de cada hospital” (Unidade de Missão dos Hospitais SA 2004: 31). O IGE obtido pode ser superior, igual ou inferior a 100 o que significa que o hospital pode ser mais ou menos eficiente, caso o valor seja igual 100 significa que o hospital está dentro da média de eficiência da Rede EPE.

Figura 8: Definição e fórmula de cálculo do IGE

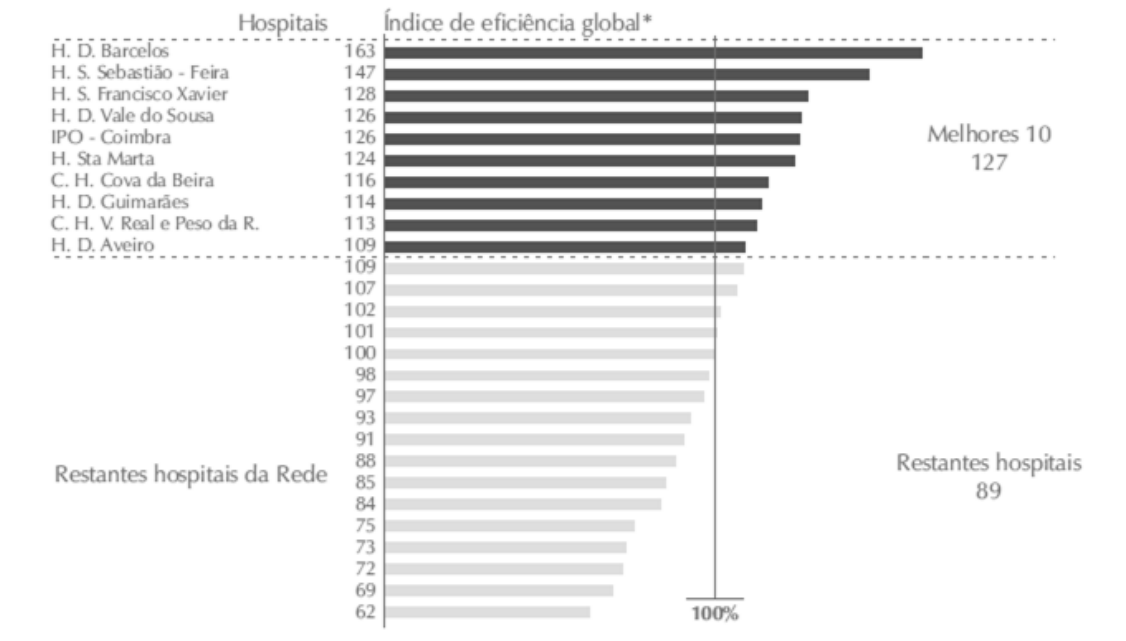
Produção do hospital a custos médios da Rede, ajustados pelo <i>casemix</i> e factor de estrutura do hospital	> 100 Eficiência relativa do hospital superior ao nível médio dos 31
	= 100 Eficiência relativa do hospital igual ao nível médio dos 31
Produção do hospital a custos reais do hospital	< 100 Eficiência relativa do hospital inferior ao nível médio dos 31

Fonte: Unidade de Missão dos Hospitais SA (2004, p.31)

O primeiro exercício de *benchmarking* (Figura 9) foi concluído no final de 2002 e permitiu retirar importantes conclusões. Em primeiro lugar, permitiu concluir que os 10 melhores hospitais eram 10% mais eficientes que a média da Rede EPE, e que os restantes eram 11% menos eficientes. O que em valores monetários, se traduzia da seguinte forma, os 10 hospitais mais eficientes tinham um custo total de 409 milhões de

euros, enquanto os hospitais menos eficientes tinham um custo de 1.184 milhões de euros.

Figura 9: Níveis de desempenho relativo aos Hospitais EPE, em 2002



* Custos da produção realizada com custos unitários alinhados com a média do sistema face ao total dos custos reais da produção realizada

Fonte: Unidade de Missão dos Hospitais SA (2004, p.32)

Em segundo lugar, permitiu avaliar o desempenho dos hospitais por diferentes linhas de actividades, onde se averiguou que:

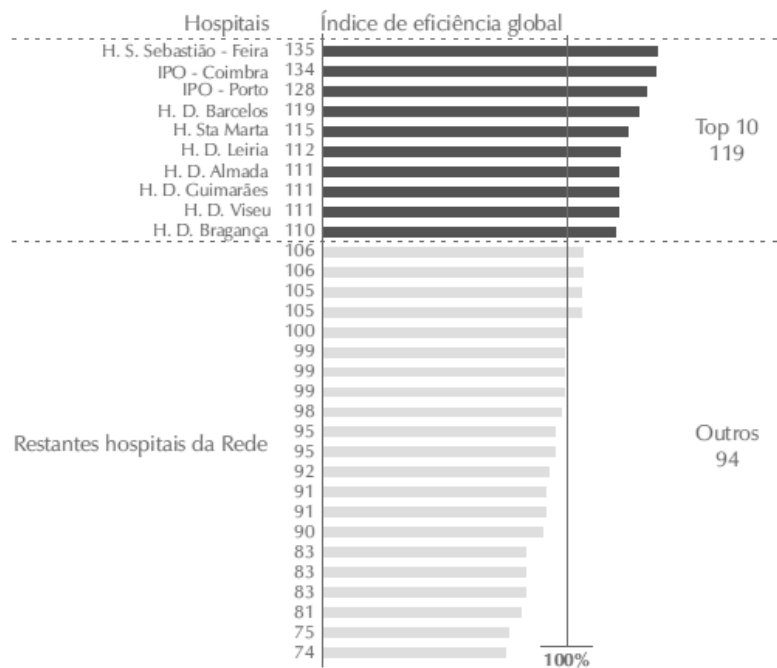
- No caso do internamento, uma alta custava aproximadamente 1.922 euros por doente nos 10 melhores hospitais, enquanto, nos restantes esse valor era de 2.792 euros, o que significa que os primeiros eram 31% mais eficientes do que os restantes. É importante referir que o internamento, nesta altura, era a linha de actividade que exercia maior peso nos custos totais da Rede EPE. Face a esse elevado peso, em 2002, cerca de 63% da diferença de custos entre os hospitais era explicada por esta actividade;
- Relativamente à linha de consultas externas, os 10 melhores hospitais apresentavam um custo médio por consulta de 79 euros, enquanto os restantes hospitais apresentavam um valor de 106 euros, ou seja, os 10 melhores hospitais eram 26% mais eficientes do que os restantes. O impacto das consultas externas

não era tão significativo como no internamento. No entanto, explicava 17.5% do diferencial de custos entre os hospitais;

- No caso da linha de urgências, os melhores hospitais apresentavam um valor por episódio de 78 euros, e os restantes hospitais apresentavam um valor de 119 euros, neste caso. Os melhores hospitais eram cerca de 34% mais eficientes que os restantes. As urgências, por sua vez, explicavam em cerca de 18%, o diferencial de custos totais; e
- Os episódios registados no Hospital de dia, no caso dos hospitais mais eficientes, estes apresentavam um custo de 98 euros, ao passo que os restantes o custo era de 122 euros, isto é, os primeiros eram 20% mais eficientes. O Hospital de dia, de todas as linhas de actividade, era o que explicava menos as diferenças de custo existentes, tendo sido a sua contribuição de cerca de 2%.

Com a identificação das diferenças de desempenho, no global e por hospital, foi possível identificar os potenciais de melhoria de toda a Rede EPE. No ano seguinte, assistiu-se algumas melhorias, tal como pode ser visto na Figura 10, onde é visível uma clara aproximação entre os hospitais mais eficientes e menos eficientes.

Figura 10: Níveis de desempenho relativo aos Hospitais EPE, em Dezembro de 2003



Fonte: Unidade de Missão dos Hospitais SA (2004, p.33)

A comparação entre os Hospitais EPE foi feita durante algum tempo, mas com o fim do *Tableau de Bord*, em Junho de 2005, deixou de existir o IGE. Sendo assim, actualmente, não é possível saber o desempenho global e individual dos Hospitais EPE. Por outras palavras, nos dias de hoje, o comum utilizador, não consegue ter acesso a informações como o custo unitário por cada linha de actividade, a lista de hospitais mais e menos eficientes e a sua respectiva evolução. No entanto, é importante realçar que o facto de a informação não se encontrar publicada, não quer dizer que não exista. Contudo, levanta-se uma séria de questões, em primeiro lugar questiona-se se o esforço inicial e o investimento realizado foram úteis; em segundo lugar que tipo de regulação é que existe actualmente, visto que, com o aumento de autonomia dos prestadores de cuidados de saúde é necessário a existir uma maior regulação, e por último, até que ponto é que a não divulgação da informação constitui uma estratégia dos órgãos de gestão e, até mesmo, do próprio Governo.

Ao contrário do que sucedeu em Portugal, o Reino Unido tem continuado a apostar no *benchmarking*, tendo nos últimos anos sido tomadas iniciativas como o desenvolvimento do *Star Rating System*¹⁷, cujo conceito de *benchmarking* está intrinsecamente implícito. Este sistema, tal como foi referido, é uma forma de *benchmarking* entre as organizações, contudo, os parâmetros avaliados estão essencialmente ligados à qualidade do Sistema de Saúde.

O Reino Unido, actualmente, possui dois importantes sites onde é possível ter acesso a toda a informação sobre o desempenho do *NHS*. Os sites são www.dh.gov.uk/en/index.htm (Site do Departamento de Saúde) e www.cqc.org.uk/ (Entidade Reguladora).

4.2.4. Promoção do Mérito e do Desenvolvimento Profissional

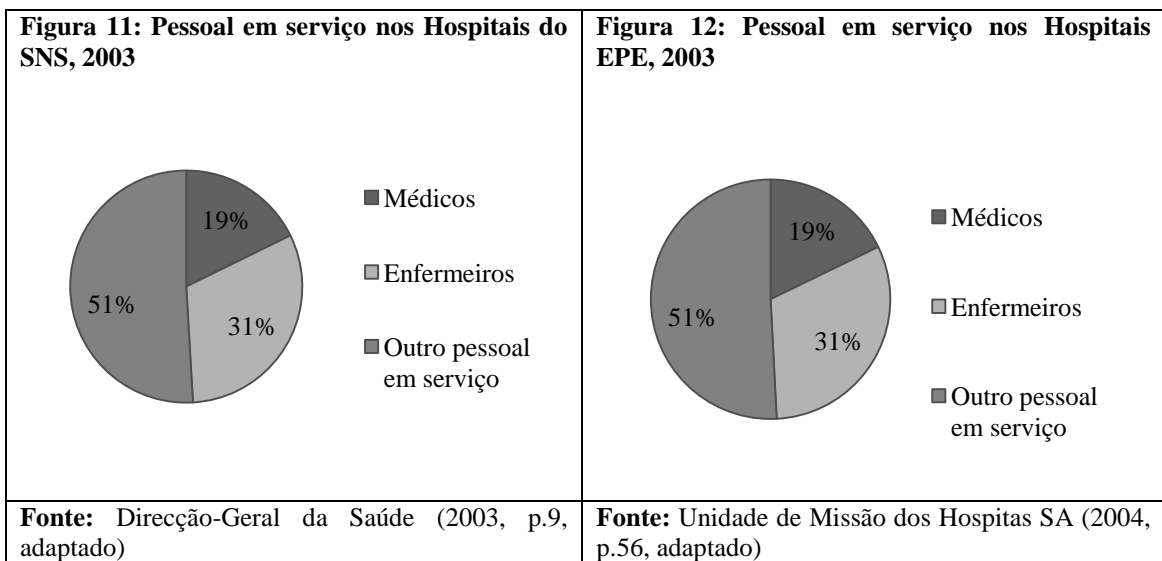
O processo de empresarialização trouxe mudanças significativas na política de recursos humanos dos hospitais da Rede EPE: a “... necessidade de definir orientações estratégicas, com vista à introdução de novos conceitos de gestão...”, levou a que uma nova estratégia fosse delineada com o objectivo de “...promover uma política assente no desenvolvimento dos colaboradores, instituindo políticas de meritocracia e de

¹⁷ Trata-se de um sistema que foi desenvolvido para avaliar o desempenho das organizações locais do *NHS*. O desempenho é medido através de quatro dimensões: o tempo de espera, a satisfação do utente, o desempenho clínico e a capacidade da organização na prestação de cuidados de saúde.

responsabilização por resultados, apostando simultaneamente na qualificação profissional” (Unidade de Missão dos Hospitais SA, 2004).

4.2.4.1. Recursos Humanos

Em 2003, os hospitais de Portugal Continental dispunham de 90.265 colaboradores, entre eles 16.012 médicos, 28.288 enfermeiros e 45.965 colaboradores prestadores de outros serviços (ver a Figura 11) (Direcção-Geral da Saúde, 2003). Com o processo de empresarialização, a Rede EPE passou a integrar parte dos colaboradores presentes no SPA, ou seja, assistiu-se a uma repartição de recursos. Deste modo, os Hospitais EPE passaram a dispor da colaboração de quase 41.000 colaboradores, entre eles 7.350 médicos e 12.956 enfermeiros (ver a Figura 12) (Unidade de Missão dos Hospitais SA, 2004).



Relativamente à composição dos recursos humanos, inicialmente, os hospitais eram compostos, em média, por 6 médicos, 11 enfermeiros e 21 colaboradores prestadores de outros serviços, por cada 10 camas. Nos anos seguintes, assistiu-se a pequenas alterações da constituição dos recursos humanos, sendo que, no último registo efectuado, em Junho de 2005, os valores existentes eram, em média, de 7 médicos, 12 enfermeiros e 22 outros colaboradores por 10 camas (Unidade de Missão dos Hospitais SA, 2005).

A estrutura etária dos colaboradores dos Hospitais EPE é relativamente homogénea, contudo, existe uma pequena percentagem de colaboradores com idades inferiores a 24 anos e uma preponderância dos mesmos com idade superior a 45 anos. A elevada idade de alguns dos colaboradores, é reflectida na experiência profissional dos mesmos, ou seja, nos Hospitais EPE, cerca de 24% têm um nível de experiência entre 11 e 20 anos e 21% entre 5 e 10 anos.

4.2.4.2. Sistema de Incentivos

A criação de um sistema de incentivos foi uma das “... ferramentas fundamentais ao processo de empresarialização” (Unidade de Missão dos Hospitais SA 2004: 27). A sua criação significou uma profunda mudança na cultura de gestão de cada hospital, visto que terminou com uma cultura de gestão baseada em orçamentos anuais e em custos históricos, para dar lugar a uma cultura baseada na meritocracia. A implementação de uma nova cultura, pretendeu assim “... diferenciar pela positiva, a qualidade do desempenho demonstrado, permitindo, dessa forma, fomentar o desenvolvimento dos colaboradores, a sua motivação, qualidade do serviço e a eficiência de custos” (Centro em Revista, 2004: 2).

O desenvolvimento de um sistema de incentivos contribuiu não só para uma gestão de recursos humanos eficaz, como também deu resposta às seguintes necessidades (Centro em Revista, 2004: 2):

- “Implementação de uma filosofia de gestão empresarial, aos vários níveis da estrutura de gestão;
- Melhorar a produtividade do conjunto de colaboradores recompensando-os pelos resultados;
- Comunicar e envolver cada colaborador na consecução dos objectivos estratégicos de cada hospital”.

Inicialmente, desenvolveu-se o sistema de incentivos com o apoio de oito hospitais-piloto¹⁸. Mais tarde, no primeiro semestre de 2004, procedeu-se a sua implementação em toda a Rede EPE. O sistema de incentivos (ver Quadro 8) é aplicado a todos os colaboradores dos hospitais. O prémio atribuído é de natureza pecuniária e

¹⁸ Esses hospitais foram: Hospital Egas Moniz, Hospital José Joaquim Fernandes – Beja, Centro Hospitalar da Cova da Beira, IPO Porto, Hospital de São Sebastião – Feira, Unidade Local de Matosinhos, Hospital Pulido Valente e Hospital de Santa Marta.

representa o cumprimento dos objectivos individuais (mérito profissional ou o desempenho individual) e globais (resultados obtidos pelo hospital).

Quadro 8: Sistema de Incentivos

Tipo de prémio	Target	Descrição
Prémio de Mandato (PM)	Conselhos de Administração (excepto os administradores não executivos)	É atribuído em função do cumprimento dos resultados/objectivos fixados, em cada ano de mandato, como também pela sua consistência ao longo do mandato.
Prémio pela Participação em Projectos Específicos (PE)	Todos os colaboradores que participem no projecto	Premeia a realização de projectos específicos e de natureza pontual. Tem como objectivo incentivar a elaboração de novos projectos.
Prémio de Contribuição Individual (PCI)	Todos os profissionais	Premeia o contributo individual para a concretização dos objectivos pré-definidos. Os objectivos são definidos a três níveis: hospital (60%), serviço (25%) e individual (15%) ¹⁹ . Contudo, caso o desempenho individual seja inferior a 90% não haverá qualquer pagamento, independentemente, dos resultados do serviço e do hospital.

Fonte: Unidade de Missão dos Hospitais SA (2004, p.61, adaptado)

Por último, é importante referir que a definição dos objectivos, globais e individuais, estará a cargo de diferentes responsáveis (Figura 13) e que a gestão dos incentivos e a avaliação de desempenho será feita através de uma aplicação informática – SIGA (Sistema de Informação e Gestão da Avaliação). O SIGA é responsável pelo registo, monitorização e controlo dos objectivos definidos, o que permite avaliar cada profissional, hospital e serviço.

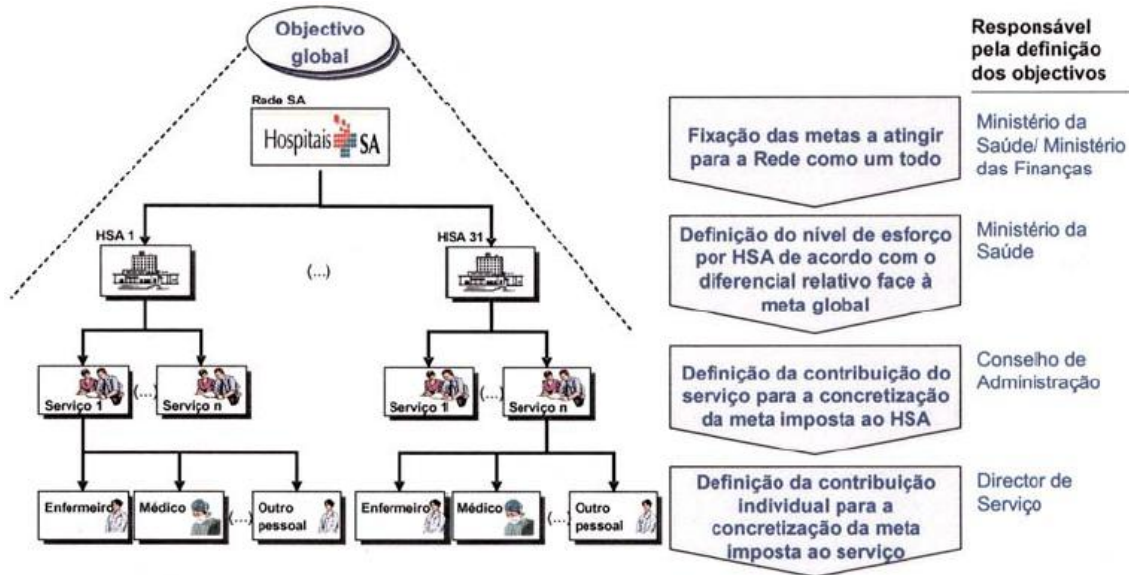
4.2.4.3. Formação

Os Hospitais EPE, face às exigências do processo de empresarialização, “... tem vindo a desenvolver junto dos seus profissionais esforços permanentes de actualização de conhecimentos e de divulgação de novas práticas” (Unidade de Missão dos Hospitais SA, 2004: 59). Como tal, o processo de empresarialização originou o aparecimento de novas necessidades e novos desafios levando à criação de um programa de formação

¹⁹ Este tema foi desenvolvido no capítulo anterior.

que teve como objectivo a aquisição e reforço de competências. O programa de formação abrangeu diversas áreas (finanças, gestão clínica, gestão empresarial) e profissionais de diferenciadas áreas, de especialidade e de actividade.

Figura 13: Processo de definição de objectivos dos Hospitais EPE.



Fonte: Unidade de Missão dos Hospitais SA (2004, p.31, adaptado)

4.2.5. Melhoria da Comunicação e Serviço aos Utentes

Uma das grandes preocupações do utente, nos últimos anos, tem sido a qualidade dos serviços prestados pelo SNS. No entanto, a qualidade percebida pelo utente não está directamente relacionada com o acto clínico; tal como Ribeiro (2004: 74) afirma: “interessa ao utente se é atendido a horas, se o local onde espera ou é atendido é confortável, se está limpo, se o atendimento é cortês e a “papelada” simples”. Tendo, em vista as preocupações do utente foram, assim, desenvolvidas iniciativas como Projecto ComuniCare, Facilitar e Acreditar. A criação destes projectos visa, essencialmente, assegurar a satisfação e o bem-estar do utente.

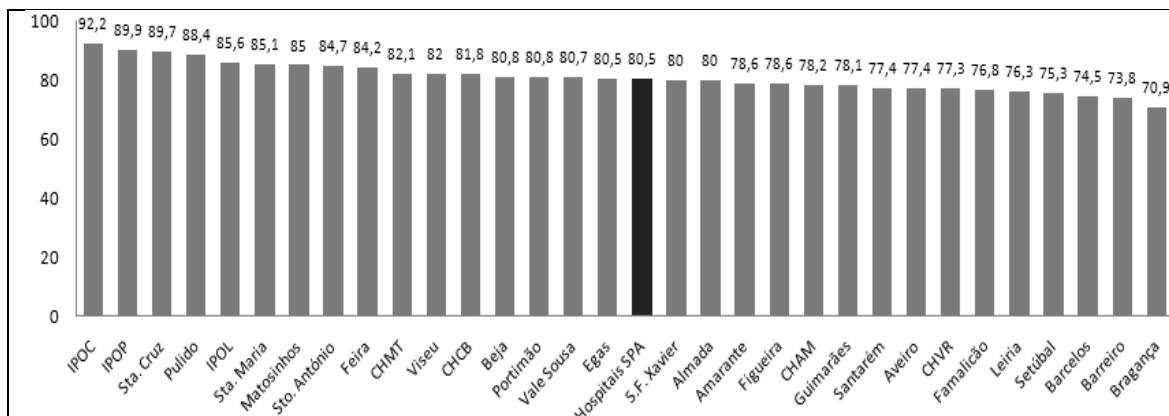
4.2.5.1. ComuniCare - Qualidade

O projecto ComuniCare “...tem como principal objectivo melhorar o desempenho dos hospitais SA a nível da comunicação e do serviço ao utente” (Unidade

de Missão dos Hospitais SA, 2004: 28). Como tal, a Unidade de Missão em parceria com o Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa (ISEGI/UNL), e no âmbito do protocolo de colaboração deste instituto com a Associação Portuguesa para a Qualidade e o Instituto Português da Qualidade, procederam ao estudo do ECSI Portugal²⁰ (Índice Nacional de Satisfação do Cliente), com o objectivo de recolher informação sobre a qualidade dos serviços prestados pelos Hospitais EPE.

O primeiro ano de avaliação da satisfação do utente ocorreu no primeiro trimestre de 2003 (Figura 14), onde foram realizadas 11.808 entrevistas a utentes com idades compreendidas entre os 15 e os 75 anos e que estiveram, pelo menos uma vez internados nos Hospitais EPE. Os resultados do questionário revelaram um índice de satisfação²¹ de 80,5%.

Figura 14: Ranking dos Hospitais EPE (%), em 2003



Fonte: Unidade de Missão dos Hospitais SA (2004, p.17, adaptado)

Em 2006, procedeu-se a um inquérito semelhante, contudo as entrevistas foram alargadas não só aos utentes internados, mas também, aos utentes que frequentaram uma consulta externa e que usufruíram do serviço de urgência, em determinado período do ano 2005. Os resultados com o índice de satisfação foram de 81,7% para os internamentos, 78,5% para as consultas externas e 70,6% para as urgências.

²⁰ A criação do índice ECSI foi uma iniciativa da *EOQ-European Organization for Quality* junto da Comissão Europeia, e que abrangeu diversos países da União Europeia. A criação do ECSI teve como objectivo o desenvolvimento de um índice europeu de satisfação dos clientes e foi adoptado por 12 países: Portugal, Bélgica, Dinamarca, Espanha, Finlândia, França, Grécia, Islândia, Itália, Reino Unido, Suécia e Suíça.

²¹ As variáveis do índice de satisfação correspondem a: Imagem, expectativas, instalações, pessoal de admissão, médicos, enfermeiros, pessoal auxiliar, exames e tratamentos, visitas, alimentação, processo de alta, qualidade global, reclamações, satisfação e lealdade.

No entanto, o estudo anterior não efectuou análises comparativas com os Hospitais SPA. Para tal é necessário recorrer a outros estudos efectuados, como é o caso do estudo elaborado pela CAHSA (2006), onde se procedeu à análise comparativa da qualidade entre EPE e SPA. As principais conclusões deste estudo foram as seguintes:

- A qualidade dos Hospitais EPE era superior à dos SPA antes da existência da empresarialização, sendo que esta teve um impacto nulo na qualidade percebida pelos utentes; e
- A mortalidade, que constitui “um dos indicadores mais importantes da qualidade da prestação de cuidados”, teve uma redução positiva nos hospitais SA, na maioria das patologias (CAHSA, 2006: 28).

Por último, existe um Relatório Global de Avaliação do Modelo de Gestão dos Hospitais SEE, elaborado pelo Tribunal de Contas (2006) onde foi avaliada a qualidade técnica e funcional dos Hospitais EPE e SPA. Entendendo-se como qualidade técnica a qualidade intrínseca dos cuidados de saúde, enquanto a qualidade funcional é o resultado da avaliação da forma como os cuidados de saúde são prestados ao doente.

Neste estudo a avaliação não é feita com base na opinião do utente, mas sim através de indicadores existentes nos hospitais. No caso da qualidade técnica procedeu-se à utilização de seis indicadores: (i) taxa de mortalidade – maiores de 65 anos; (ii) taxa de mortalidade – menores de 65 anos; (iii) readmissões em GDH cirúrgicos; (iv) complicações relacionadas com procedimentos cirúrgicos; (v) úlcera de decúbito²² como diagnóstico secundário; e (vi) por último, a percentagem de infecções nosocomiais²³. O impacto da transformação dos hospitais em EPE foi sentido em alguns aspectos como:

- A taxa de mortalidade, que foi consideravelmente mais reduzida para maiores de 65 anos. Contudo essa diferença tem apenas significância estatística para 2003; e
- A percentagem de complicações relacionadas com procedimentos cirúrgicos que foi tendencialmente inferior, assim como, os níveis de ocorrência de úlceras de decúbito.

²² É considerada um indicador de qualidade dos serviços de saúde na América do Norte e na Europa, por tratar-se de uma doença que pode ser evitada através do uso de materiais e equipamentos adequados.

²³ Trata-se de um indicador de qualidade por ser uma das maiores causas de morte. A existência desta infecção evidencia uma má qualidade na prestação de cuidados de saúde.

O Tribunal de Contas (2006) aponta, como razão para as diferenças existentes, o aumento da qualidade da prestação de cuidados, que resultou do investimento realizado com a transformação dos hospitais em EPE.

Relativamente à qualidade funcional foram utilizados como indicadores os casos extremos de longa duração no internamento, que são casos cujo tempo de permanência é superior aos parâmetros estabelecidos pelo GDH²⁴. Nesta situação, assistiu-se a uma tendência generalizada para a diminuição dos episódios de longa duração.

Por último, foi ainda criado um indicador global de qualidade, que engloba os dois indicadores anteriores e que permite concluir que existiu um aumento da qualidade média do serviço nos Hospitais EPE no período de 2003 a 2004.

Para além da avaliação da qualidade, o Projecto ComuniCare abrangeu outras iniciativas como o Programa Conforto. Este visa, essencialmente, “... melhorar a experiência dos utentes nas deslocações e permanência nos hospitais” (Unidade de Missão dos Hospitais SA, 2004: 53). No âmbito deste projecto, procedeu-se a uma avaliação feita por técnicos especializados que se dirigiram aos diversos hospitais, no qual se concluiu que existem determinados hospitais que necessitam de proceder a intervenções substanciais, nomeadamente, as seguintes (Hospitais SA, 2004):

- Ampliação dos espaços de espera do serviço de Urgência;
- Instalação de sistema de ventilação e ar condicionado, nos serviços de Urgência e Consulta Externa; e
- Reformulação da Envolvente Exterior, incluindo a criação de mais parques de estacionamento.

Também foi identificada a necessidade de intervenções ligeiras que tal como o nome indica, são intervenções mais simples e menos dispendiosas, como por exemplo:

- Adequar a decoração da sala de espera de Pediatria;
- Melhorar os níveis de limpeza das instalações sanitárias; e
- Reorganização do mobiliário na sala de espera das urgências, facilitando/permitindo acesso das pessoas com mobilidade reduzida às instalações sanitárias.

²⁴ O uso desta informação é uma forma de monitorizar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes. Isto porque, em hospitais, em que os casos se afastem deste padrão são considerados casos atípicos, que devem de ser alvo de avaliação.

4.2.5.2. Facilitar – Acessibilidade

Uma das prioridades da Rede EPE foi promover a acessibilidade aos cuidados de saúde. Sendo que, esta “...existe quando os cidadãos têm facilidade para iniciar e manter o diagnóstico e tratamento da doença...” e a sua medição é feita através da quantidade e do tipo de serviços prestados (Unidade de Missão dos Hospitais SA, 2004: 42).

No primeiro ano da Rede EPE, de acordo com o Unidade de Missão dos Hospitais SA (2004: 42), este foi bastante positivo, pois assistiu-se a um aumento do volume de serviços prestados²⁵. O relatório também menciona a razão pela qual houve um aumento de produção, atribuindo como principal factor “as melhorias de eficiência conseguidas”. Realçando “a melhoria do acesso às consultas, ao Hospital de dia e às cirurgias” e a implementação de um sistema de triagens de prioridades, o que contribuiu para o melhoramento da organização dos serviços de urgência.

Num estudo feito pela CAHSA, também foi avaliada a acessibilidade, contudo, a sua avaliação foi realizada sob uma perspectiva diferente. Neste caso, a medição não foi feita através da quantidade e tipos de serviços utilizados, mas sim através da (in)existência de discriminação. Isto é, pretendeu-se compreender se a empresarialização dos hospitais levou a uma distinção entre os doentes com diferentes entidades pagadoras e com idades diferentes. Este estudo procurou, essencialmente, responder a duas questões: “Haverá indícios no padrão de utilização que revelem dificuldades no acesso? Haverá indícios de discriminação entre grupos de doentes, presumivelmente de acordo com a sua “rentabilidade para o hospital?” (CAHSA, 2006: 43).

De acordo com CAHSA (2006), as principais conclusões foram: (i) a inexistência de discriminação dos doentes por entidade pagadora, ou seja, a transformação dos hospitais em EPE em nada afectou a propensão para atender doentes do SNS com diferentes subsistemas de saúde; (ii) os doentes com idades superiores a 65 anos não tiveram qualquer tipo de dificuldade em aceder aos cuidados de saúde por parte da Rede EPE; e (iii) por último, os cuidados foram administrados com a mesma qualidade dos hospitais SPA.

²⁵ Ver capítulo sobre a produtividade e a eficiência dos Hospitais EPE.

Por último, foi realizado um estudo, por Costa e Lopes (2005: 18), onde se pretendeu analisar o desempenho dos hospitais com base na efectividade e na eficiência. Entre as várias conclusões retiradas foca-se a seguinte: “face ao exposto, tudo indica que o processo de empresarialização em Portugal, nos dois primeiros anos, não contribuiu para uma diminuição no acesso aos cuidados de saúde, tanto em termos quantitativos, como qualitativos e que inclusivamente estes acréscimos de produção não implicaram sacrifícios ao nível da qualidade e da eficiência dos cuidados prestados, visto que globalmente estes apresentaram resultados mais positivos nos Hospitais SA”.

Deste modo, é possível concluir, com base nos dois estudos analisados, que a transformação dos Hospitais em EPE trouxe um aumento significativo na quantidade de serviços prestados, o que permitiu a sua utilização por um maior número de utentes, sendo que, essa mesma utilização não foi alvo de qualquer tipo de discriminação.

4.2.5.3. Acreditar – Acreditação

Uma das grandes prioridades do Projecto Acreditar é a acreditação dos hospitais. O processo de acreditação consiste num processo voluntário em que uma entidade independente avalia os serviços prestados pela instituição de saúde, de forma a verificar se os serviços prestados estão de acordo com as normas de qualidade exigidas por essa mesma entidade. O processo de acreditação tem assim por “... objectivo garantir a prestação de cuidados com um alto nível de qualidade, sobretudo por avaliação da estrutura e dos procedimentos utilizados por cada prestador, esperando-se (se não explicita pelo menos implicitamente) que tal se traduza na obtenção de melhores resultados” (Boto *et al.*, 2008: 104).

Nos últimos anos, não só em Portugal, mas também em outros países, a “*Accreditation, quality and continuous improvement have become an intrinsic part of the discourse and activities of health services*” (Greenfield e Braithwaite, 2008: 172). Desde 1970, “...*health care accreditation programs and accrediting organizations emerged and developed*”(ibid). Contudo em Portugal, a preocupação com a qualidade do sector surgiu mais tarde, em 1999, com a criação do Instituto da Qualidade na Saúde (IQS), que nos dias de hoje é “... a referência do “sub-sistema de qualidade na saúde” (OPSS, 2010).

Com a criação dos Hospitais EPE, deu-se início ao processo de acreditação, mais concretamente, em Maio de 2003, com sete hospitais (Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães, Hospital Padre Américo - Penafiel, Hospital de S. Sebastião – Santa Maria da Feira, Hospital de Santo André – Leiria, Centro Hospitalar da Cova da Beira – Covilhã, Centro Hospitalar do Médio Tejo - Torres Novas, Hospital José Joaquim Fernandes – Beja). Para este processo de acreditação foi aplicado o modelo da *Joint Commission International* (JCI). A JCI é uma entidade independente, sem fins lucrativos, e líder mundial na Acreditação de cuidados de saúde. A acreditação da JCI “... pode ajudar instituições de saúde internacionais, agências de saúde pública, ministérios da saúde e outros a avaliar, melhorar e demonstrar a qualidade do cuidado ao paciente em seus países enquanto acomoda factores legais, religiosos e culturais específicos dentro de uma nação” (Joint Commission International Accreditation)

Contudo, o processo de acreditação tem se arrastado por vários anos e, actualmente, apenas 4 hospitais encontram-se acreditados pela JCI:

- Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE a 11 de Julho de 2008;
- Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE - Unidade de Guimarães, no dia 20 de Dezembro de 2008;
- Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE a 29 Março de 2010; e
- Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE - Hospital de Vila Real no dia 28 Outubro de 2010.

4.3. A Produtividade e a Eficiência da Rede EPE

A empresarialização dos hospitais surge como resposta a uma série de problemas existentes no sector da saúde em Portugal. Ribeiro (2004: 66), num artigo publicado, resume os principais problemas ao mencionar o ponto de partida que levou à transformação dos hospitais do SNS. No seu artigo pode ser vista a seguinte afirmação: “O ponto de partida assentava num diagnóstico exhaustivamente repetido pelos especialistas do sector, constituído por quatro aspectos fundamentais: problemas de eficiência na afectação de recursos, falta de produtividade sistémica, despesa pública a crescer a ritmos in comportáveis para o país e uma crescente insatisfação dos utentes com o serviço prestado”. Alguns dos aspectos apontados foram analisados em capítulos anteriores, sendo que, a principal conclusão obtida foi que, em geral, a transformação

dos hospitais em EPE contribuiu positivamente para a resolução e melhoramento de alguns problemas dos hospitais Portugueses. No entanto, falta ainda avaliar se a transformação dos hospitais em EPE contribuiu, efectivamente, para o aumento da produtividade e da eficiência.

De acordo com a informação obtida, através da Unidade de Missão dos Hospitais SA (2004) e da ACSS (2006), constatou-se que a produção teve um aumento bastante significativo durante os primeiros anos de empresarialização, tal como é demonstrado na Figura 15. Contudo, a questão que se coloca é se, efectivamente, houve um aumento da produção e se esse aumento foi sinónimo de uma maior eficiência. De forma a analisar esta questão foram feitos alguns estudos como é o caso do estudo elaborado pela CAHSA (2006), onde foram retiradas as seguintes conclusões, relativamente, à produção: (i) em primeiro lugar, constatou-se que no internamento o número de “doentes saídos” teve um acréscimo médio de 6%; (ii) em segundo lugar, assistiu-se a um aumento significativo das consultas externas, sendo que a produção adicional foi de 4%, quando comparada com os hospitais SPA; (iii) em terceiro lugar, verificou-se que as urgências tiveram uma redução significativa, contudo, essa redução não foi estatisticamente significativa; (iv) em quarto lugar, assistiu-se a um acréscimo de 13% no Hospital de dia, quando comparado com os hospitais SPA; (v) e por último, a transformação dos hospitais em EPE levou a um aumento generalizado do número de cirurgias de ambulatório, sendo que esse aumento foi de 34%.

Relativamente à eficiência, a CAHSA procedeu, também, à respectiva análise e concluiu que a empresarialização reduziu “...os custos (por volta de 8%) para uma mesma produção em quantidade, complexidade e qualidade”, ou seja, a transformação dos Hospitais em EPE trouxe melhorias a nível da eficiência.

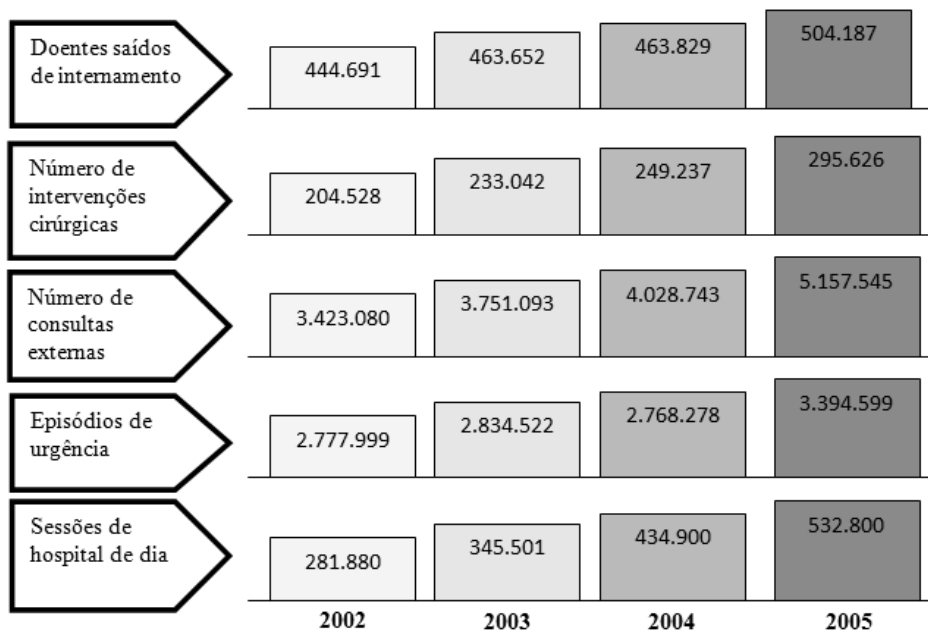
O Tribunal de Contas (2006: 21) apresenta conclusões semelhantes no seu relatório de auditoria, afirmando que existe “...aumentos relativos de eficiência nos hospitais SA, no período pós-transformação”.

Por último, existe um outro estudo elaborado por Giraldes *et al.* (2007), cujas conclusões retiradas vem contradizer o primeiro estudo realizado em 2005 por este mesmo autor. Nesse estudo, afirmava que os Hospitais EPE eram menos eficientes do que os Hospitais SPA. No entanto, neste novo estudo, a conclusão é completamente diferente, pois as conclusões retiradas são que “ao comparar os Hospitais EPE e SPA, com as mesmas características classificados no âmbito do mesmo grupo e convenientemente homogeneizados, é de salientar que os Hospitais EPE, ocupam, em

geral, a melhor posição, no que respeita à eficiência, contrariamente ao que se verificava em 2003”, acrescentando ainda que a transformação dos hospitais em EPE começa “... a produzir efeitos ao nível do desempenho dos hospitais” (Giraldes *et al.*, 2007: 483)

Face às conclusões apresentadas pelos vários estudos, conclui-se que a criação dos Hospitais EPE trouxe melhorias significativas, quer a nível de produtividade e de eficiência, no período de 2002 a 2005.

Figura 15: Produção hospitalar entre o período 2002 e 2005 – Rede EPE



Fonte: Unidade de Missão dos Hospitais SA (2004, p. 12, adaptado) e ACSS (2006, p.3, adaptado)

4.4. Financiamento - Avaliação dos Contratos-Programa

A empresarialização trouxe uma clara separação entre o financiador e as entidades prestadoras, e introduziu uma nova relação entre o Estado e os hospitais – a relação accionista. Esta clara modificação originou o aparecimento dos contratos-programa, cuja utilização visa estabelecer os critérios de financiamento dos hospitais, funcionando assim como instrumento na relação entre o financiador e as entidades prestadoras. Deste modo, cada hospital passa a estar vinculado a um contrato-programa, no qual é estabelecido o volume de produção e os respectivos valores de pagamento, tendo em conta a dimensão e a complexidade de cada hospital.

Os contratos-programa são contratos complexos, os quais são calculados a partir de um preço unitário de referência, que é ajustado em função do nível de complexidade (Índice de Case Mix – ICM) da respectiva quantidade produzida e de um subsídio designado de “Verba de Convergência”²⁶. Inicialmente, os contratos-programa basearam-se em valores históricos e assumiram um determinado regime financeiro que foi-se modificando (Quadro 9), no período de 2003 a 2005. Como tal, estes começaram por abranger, apenas, algumas linhas de produção (o internamento, a consulta externa e a urgência). No entanto, a tendência é para que, cada vez mais, os contratos-programa incluam novas linhas de produção.

Relativamente à celebração dos contratos-programa de 2003 e 2004, são apontadas algumas críticas, pelo Tribunal de Contas e pela CAHSA. Algumas delas dizem respeito à utilização de valores históricos para o cálculo dos preços e das quantidades, pois em ambos os casos pode ser posta em causa a fiabilidade da informação utilizada. A CAHSA alerta, ainda, para o facto de os contratos terem sido celebrados na segunda metade do ano respectivo, o que fez com que diminuísse “... o seu valor como instrumento de planeamento e de gestão da actividade dos hospitais” (CAHSA, 2006: 104). A mesma comissão fez ainda uma importante crítica à forma como os hospitais foram confrontados com os contratos-programa: ao que tudo indica os contratos foram impostos e não negociados, tal como seria previsto, o que leva a crer que os objectivos de produção tenham estado desalinhados com a prática efectiva do hospital. Contudo, a mesma comissão afirma que também pode ser feita uma crítica oposta, pois, como “... não houve definição clara e detalhada das necessidades de saúde e dos cuidados hospitalares que serviriam tais necessidades, os contratos tiveram um elemento importante de inércia e limitaram-se a pedir a cada hospital níveis de produção que pouco se afastavam da tendência das suas histórias recentes” (CAHSA 2006: 104).

²⁶ É o valor pago a cada hospital de modo a compensar as ineficiências estruturais e o “desvio entre os custos operacionais e a valorização da produção contratada”, que corresponde à diferença entre o que o hospital gasta a tratar os doentes e aquilo que o Estado efectivamente lhes paga. A verba de convergência deverá tender para zero, ao longo do tempo.

Quadro 9: Conteúdos estabelecidos nos Contratos-Programa

Itens dos contratos	2003	2004	2005
Preço por unidade produzida por linha de produção baseado no GDH e ajustado pelo ICM (Internamento, Cirurgia de Ambulatório e Consulta Externa)	S	S	S
Linhas de Produção:			
➤ Internamento, Consulta Externa e Urgência;	S	S	S
➤ Cirurgia do Ambulatório;	-	S	S
➤ Desagregação do Internamento (vg. GDH médicos, GDH cirúrgicos e GDH cirúrgicos urgentes);	-		S
➤ SIGIC ²⁷ .			S
Programas Verticais/Específicos (vg. Transplantes; Diagnóstico da retinopatia; PECLEC²⁸)	S	S	S
Regras gerais respeitantes ao financiamento da Produção Marginal:			
➤ Positiva: Remuneração parcial da produção excedente até 10% do volume contratado;	S	S	S
➤ Negativa: Remuneração parcial da produção até 50% do volume contratado;	S/-	S	S
➤ Pagamento da produção que exceda os 10% ou que não atinja os 50% do volume de produção contratada.	S/-	N	N
Urgência:			
➤ Remuneração da Urgência superior a 10% do volume contratado;	-	S	S
➤ Remuneração da Produção Marginal Negativa da Urgência.	-	S	S
Determinação de um Valor de Convergência	S	S	S
Investimento Estratégico (vg. PIDDAC; FEDER (2004-2005))	S	S	S
Ajustamento do Glossário de conceitos	-	S	S
<i>OBS: S – Sim; N – Não; - Não definido</i>			

Fonte: Tribunal de Contas (2006, p.24, adaptado)

Por último, é importante referir que os contratos-programa prevêem situações em que os valores de produção poderão estar acima ou abaixo dos valores contratados - a designada produção marginal. No caso de a produção ser inferior à contratada, os contratos prevêem o pagamento dessa mesma produção com uma pequena penalização. Contudo, alguns autores consideram que as penalizações aplicadas penalizam mais quem produz acima da produção acordada, em vez de, penalizar mais quem produz abaixo da produção contratada. O que levou estes a concluir que os contratos são um incentivo à não produção. A CAHSA (2006: 106) alerta que "...esta visão é incorrecta mas compreende-se que uma leitura do articulado dos contratos a possa sugerir".

²⁷ O SIGIC - Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia foi criado pela Unidade de Missão, cuja aplicação se estendeu a todo o SNS.

²⁸ Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgica.

4.4.1. Execução Física e Financeira (2003-2004)

A grande questão que se coloca sobre os contratos-programa é se os hospitais conseguiram cumprir com os valores contratados. De acordo com a Tabela 1, pode-se observar que os valores facturados foram inferiores aos contratados, ou seja, tanto em 2003 como em 2004, os hospitais não conseguiram atingir os valores previstos.

Tabela 1: Valores globais Contratados e Facturados

	Contratados	Facturados	%
2003	1.171.471.915,78	1.154.477.465,50	-1,45
2004	1.254.644.169,30	1.210.684.469,54	-3,50
	Contratados 04-03	Facturados 04-03	
	7,10%	4,87%	
OBS: Aos totais facturados em 2003 e 2004 acrescem, ainda, os montantes de 180.840.266 e 190.110.221 euros, respectivamente, referentes ao valor de convergência			

Fonte: Tribunal de contas (2006, p.29, adaptado)

A razão pela qual os valores facturados são inferiores aos contratados deve-se ao facto dos hospitais não terem conseguido atingir as quantidades contratadas (cf. Tabela 2). No geral, as linhas de produção atingiram valores de execução superiores a 90%, com excepção da cirurgia ambulatório cuja execução foi de 72%.

Tabela 2: Quantidades Contratadas e Realizadas

	Linhas de produção			
2003	Internamento	Consulta Externa	Urgência	Cirurgia Ambulatório
Contratadas	358.444	3.022.295	2.213.186	
Realizadas	339.287	3.008.173	2.186.191	
%	-5,34%	-0,47%	-1,08%	
	Linhas de produção			
2004	Internamento	Consulta Externa	Urgência	Cirurgia Ambulatório
Contratadas	353.496	3.211.031	2.191.220	43.067
Realizadas	328.577	3.180.005	2.145.608	30.859
%	-7,05%	-0,97%	-2,08%	-28,35%
Contrat. 04-03	-0,46%	6,24%	-0,99%	
Realizad. 04-03	-3,16%	5,71%	-1,99%	

Fonte: Tribunal de contas (2006, p.29, adaptado)

4.4.2. Avaliação da Implementação dos Contratos-Programa

Tanto a CAHSA como o Tribunal de Contas apresentaram, nos seus relatórios, conclusões relativamente à implementação dos contratos-programa, no período de 2003 e 2004. A primeira conclusão diz respeito ao facto dos contratos-programa terem entrado em vigor a meio do respectivo ano. Do ponto de vista do Tribunal de Contas (2006: 36) esta situação “...terá prejudicado a afirmação de autonomia de gestão dos hospitais” e, como tal “... a aplicação do modelo foi retrospectiva e não prospectiva”. Outra das conclusões, expressa em ambos os relatórios, diz respeito ao facto dos contratos-programa de 2004 não reflectirem, necessariamente, o acréscimo de produção de 2003. De facto, embora em ambos os anos os hospitais tenham conseguido cumprir com 90% do que estava estipulado, certo é que não houve diminuição de listas de espera para as cirurgias e consultas, o que demonstra que existe “...um desajustamento às necessidades efectivas de saúde, à capacidade instalada e à actividade programada naqueles hospitais” (*ibid*).

Por último, ambos expressam a sua opinião relativamente às verbas de convergência. A CAHSA (2006: 120) adverte que “...as verbas de convergência correm o risco de funcionar de forma perversa, já que ao pagar mais aos mais ineficientes os incentivamos a não corrigir a situação”. Contudo, “...há sempre a possibilidade de estes subsídios facilitarem correcções estruturais”. Relativamente a esta última questão, a CAHSA chegou a uma conclusão contrária ao que seria expectável, já que concluiu que as verbas de convergência estão a ser contraproducentes, ou seja, estão a funcionar como um desincentivo à superação de problemas estruturais. O Tribunal de Contas (2006: 36), por sua vez, chegou a uma conclusão idêntica, afirmando que o valor de convergência não “...teve quaisquer incentivos associados à qualidade e eficiência dos prestadores”.

5. Conclusão

Este estudo pretende ser um importante contributo para o entendimento do processo de empresarialização dos hospitais públicos Portugueses. Isto porque, ao serem identificados os diversos factores, que motivaram a transformação dos hospitais em EPE, e as implicações que daí advieram, foi dado mais um passo no campo do conhecimento, de todo este processo, que dura até aos dias de hoje.

Tal como foi referido, anteriormente, este estudo limitou-se ao período de 2002 a 2005, e por isso, as conclusões que se seguem serão um balanço desses quatro primeiros anos de empresarialização.

5.1. Resultados da Investigação

No capítulo da metodologia foram apresentadas as questões metodológicas deste estudo. De seguida, serão apresentadas as respostas a essas mesmas questões.

Q.1. Quais as razões que motivaram o aparecimento de uma nova gestão no sector público?

O aparecimento do NPM deveu-se a diversos factores, nomeadamente, factores ideológicos e políticos e factores económico-financeiros. Estes factores levaram a que se procurasse novas formas de governação que permitissem criar uma Administração Pública mais eficiente e eficaz, com uma maior transparência e com um melhor desempenho.

Q.2. Quais as características que definem esta nova gestão?

A nova gestão pode ser caracterizada pela descentralização, que se reflectiu no aumento da autonomia da gestão; pela adopção de práticas de gestão típicas de empresas privadas no sector público; pela promoção da concorrência do sector público e privado e pelo aumento da preocupação com os resultados e com a forma como estes são alcançados.

Q.3. Qual a importância do Sistema de Saúde na sociedade?

O Sistema de Saúde assumiu uma elevada importância com a II Guerra Mundial onde se assistiu a uma significativa evolução, deste sector. Actualmente nenhuma sociedade moderna vive sem um Sistema de Saúde e com o avanço da medicina, cada vez mais, as populações tornam-se dependentes deste sistema. Razão pela qual, actualmente, o sector da saúde é responsável por uma grande parcela das despesas do Estado.

Q.4. Quais os modelos que existem, actualmente, na Europa?

De acordo com Barros e Gomes (2002) existem três grupos com diferentes modelos, os quais são distinguidos em função do método de financiamento. Como tal, países em que o modelo de financiamento provém de seguros (Áustria, Benelux, França, Alemanha e Suíça) o sistema designa-se de modelo Bismarck; por seu lado, em países cujo modelo depende essencialmente dos impostos (Dinamarca, Finlândia, Islândia, Noruega, Suécia e Reino Unido) este é designado de modelo Beveridge. Existe, ainda, um grupo de países, nos quais se considera que estão em fase de transição (Grécia, Israel, Itália, Portugal, Espanha e Turquia), ou seja, são países que adoptaram o modelo Beveridge mais tarde e, como tal, este ainda não está verdadeiramente consolidado.

Q.5. Dado que a natural evolução da sociedade trouxe desafios aos diferentes sistemas de saúde na Europa, será que o aparecimento de uma nova filosofia de gestão aliada às variadíssimas pressões que os países enfrentam, será a resposta aos problemas que o sector da saúde se debate?

Nos últimos anos, tem-se assistido à passagem dos hospitais públicos para Hospitais EPE. Esta mudança vai de encontro à convicção de que a resposta, aos problemas que os hospitais enfrentam actualmente, passa pela criação de organismos com maior poder de decisão e, por sua vez, com maior responsabilidade. Certo é que, nos primeiros anos, o processo de empresarialização trouxe vantagens significativas e melhorou muitos aspectos do SNS. No entanto, factores como eficiência, eficácia e transparência devem continuar a ser uma prioridade dos órgãos de gestão. De acordo com os resultados, desta investigação, pode afirmar-se que algumas das boas práticas

adoptadas, que visavam o cumprimento dessas três prioridades, têm vindo a desaparecer. Se essas medidas desaparecerem por completo, poderá ser posto em causa os princípios que motivaram o processo de empresarialização e, por sua vez, corremos o risco de voltar aos problemas que caracterizavam o SNS.

Q.6. As diferentes fases pelo qual o SNS atravessou são um reflexo das mudanças e tendências assistidas internacionalmente?

Portugal, ao estar inserido na União Europeia é, fortemente, influenciado pelas tendências exteriores. O sector da saúde não foi uma excepção, Portugal, à semelhança de outros países deparou-se com problemas semelhantes que obrigaram a importantes reformas. A última reforma foi um reflexo, dessas mesmas tendências.

Q.7. Em que consiste a empresarialização dos hospitais públicos?

De acordo com a Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, ficou estabelecido que os Hospitais EPE são estabelecimentos públicos dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial. A empresarialização trouxe aos hospitais as mesmas regras aplicadas ao sector empresarial do Estado, ou seja, estes regem-se pelo direito privado, são tutelados pelo Ministro das Finanças e da Saúde e ao contrário dos hospitais SPA não recebem subsídios do Estado. No entanto, a principal intenção, ao transformar os hospitais em EPE, foi a de que estes adoptassem práticas de gestão empresarial.

Q.8. Quais os principais eixos da empresarialização e medidas adoptadas pelos Hospitais EPE?

A empresarialização assentou em cinco eixos prioritários, os quais foram definidos de acordo com a visão e os objectivos estratégicos para o sector hospitalar (ver a este respeito o Quadro 10).

Quadro 10: Eixos da empresarialização e medidas adoptadas

Eixos da empresarialização	Medidas
Cultura de gestão por objectivos e de responsabilização por resultados	<ul style="list-style-type: none">• <i>Tableau de Bord</i>
Acompanhamento Rigoroso e Publicação Regular da Informação	<ul style="list-style-type: none">• Plano de Actividades• Relatório de Actividade
Melhoria da qualidade e da eficiência operacional	<ul style="list-style-type: none">• <i>Benchmarking</i>
Promoção do mérito e do desenvolvimento profissional	<ul style="list-style-type: none">• Sistema de incentivos• Programas de formação profissional
Melhoria da comunicação e serviços aos utentes	<ul style="list-style-type: none">• Projecto ComuniCare• Projecto Acreditar• Projecto Facilitar

Fonte: Própria

Q.9. Qual o impacto qualitativo e quantitativo que a adopção de um novo modelo de financiamento trouxe ao sector da saúde em Portugal?

A criação dos contratos de programa trouxe a separação entre o Estado e os hospitais. Como tal, os hospitais passaram a ter poder para gerir a sua própria actividade. Contudo, para que esta medida pudesse funcionar foi necessário que os contratos programa reflectissem o valor exacto da actividade. Nos primeiros anos, tal não aconteceu, tal como pode ser visto no relatório elaborado pelo Tribunal de Contas e a CAHSA, onde são feitas algumas críticas à forma como os contratos-programa foram elaborados e executados. Desta forma, para que estes possam, efectivamente, trazer benefícios é necessário que a forma como estes são elaborados traduza a realidade dos hospitais.

Q.10. Os hospitais Portugueses com o processo de empresarialização tiveram melhorias significativas na produtividade. No entanto, até que ponto é que o aumento de produtividade se traduziu numa maior eficiência?

De acordo, com os estudos e relatórios elaborados por diferentes autores, a conclusão retirada é que, com a criação dos Hospitais EPE, houve um aumento de produtividade e esse aumento traduziu-se numa melhoria da eficiência, durante o

período de 2002 a 2005, ou seja, os Hospitais EPE conseguiram, com os mesmos recursos dos Hospitais SPA, produzir mais e de forma mais eficiente.

5.2. Contribuições Práticas e Teóricas

Com a criação dos Hospitais EPE, muitos tem sido aqueles que têm questionado se efectivamente houve melhorias nos hospitais públicos, e se a transformação não foi, apenas, uma forma de transferir recursos monetários para os hospitais. Assim sendo, este estudo pretende ser fruto de uma análise imparcial sobre o processo de empresarialização. Ao serem expostas todas as implicações que o processo de empresarialização teve, torna-se possível desmistificar algumas das teorias e opiniões existentes. Como tal, este estudo é um contributo não só para a comunidade científica, mas, também, para o público em geral.

Relativamente, ao contributo dado à contabilidade de gestão, este estudo permitiu compreender a importância que esta tem vindo a assumir no sector público, em particular na gestão dos hospitais públicos, desde o aparecimento do NPM. O surgimento do NPM alterou a gestão pública por completo, no sentido em que, se passou de um Estado com uma organização burocrática e bastante centralizada, para um Estado menos burocrático e descentralizado. Foi no seguimento do aparecimento desta nova ideologia que a contabilidade de gestão assumiu um importante papel, nomeadamente nos hospitais públicos. Em Portugal, os Hospitais EPE foram os primeiros a adoptar importantes medidas como a adopção do *Tableau de Bord* e *benchmarking*.

Como tal, este estudo é um contributo para o conhecimento na contabilidade de gestão em organizações do sector público, no sentido em que explora o impacto que adopção deste tipo de instrumentos de gestão teve nos hospitais públicos.

5.3. Limitações e Sugestões para Desenvolvimentos Futuros

Com o decorrer da investigação surgiram algumas limitações, sendo que a principal limitação foi dificuldade em reunir toda a evidência necessária à condução do presente estudo. Com o processo de empresarialização foi criada uma importante entidade – a Unidade de Missão – cuja principal finalidade, foi o acompanhamento de

todo o processo de empresarialização. Contudo, com a extinção desta entidade a informação disponível sobre o desempenho dos Hospitais EPE reduziu-se drasticamente, o que originou algumas dificuldades. De forma a superar algumas das lacunas de informação sobre o período analisado, foi feito um esforço adicional para se encontrarem as informações em falta, recorrendo-se a outras fontes de evidência, sempre que possível.

Aliada à limitação de documentos disponíveis sobre a introdução da empresarialização e corporatização dos hospitais em Portugal, houve igualmente limitações de ordem temporal relacionadas com o facto de se estar a elaborar uma dissertação de mestrado. De facto, com o processo de Bolonha o tempo previsto para a realização da dissertação foi reduzido, o que, necessariamente, limitou o tempo de pesquisa da investigador e impossibilitou que alguns dos temas pudessem ser mais aprofundados, como é o caso do financiamento.

Outras das limitações, deveu-se ao facto deste estudo procurar integrar todo o universo de Hospitais EPE. Ao integrar todos os hospitais foi necessário encontrar informação respeitante a todo o universo de organizações públicas hospitalares, o que dificultou a investigação, principalmente porque a informação obtida para alguns hospitais não está disponível da mesma forma para todos os hospitais²⁹.

Independentemente das limitações existentes, este estudo é um estudo inovador, visto que, até aqui nunca tinha sido feito nenhuma investigação que analisasse o processo de empresarialização, em Portugal, tendo subjacente uma amálgama de vertentes. Apesar do trabalho que se procurou realizar do estudo do impacto da empresarialização dos hospitais públicos em Portugal, muito há ainda, certamente, a realizar. Uma das sugestões que aqui se gostaria de deixar para futuras investigações refere-se à análise do desempenho e eficiência dos Hospitais EPE, após 2005 e até aos dias de hoje. Efectivamente, depois de 2005, o universo dos Hospitais EPE foi alargado e seria interessante compreender até que ponto a integração destes novos hospitais se traduziu numa melhoria da *performance* do SNS.

²⁹ Alguns hospitais, como é o caso do Centro Hospitalar do Médio Tejo, SA publicam, com regularidade, informação sobre o seu desempenho em diversas áreas. Contudo, na maior parte dos casos os hospitais não disponibilizam com a mesma regularidade e com o mesmo grau de detalhe informação sobre as actividades que desenvolvem.

Bibliografia

ACSS – Administração Central dos Serviços de Saúde (2006), Elementos económico-financeiros e de actividade dos Hospitais EPE 2005/2006, <http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/NR/rdonlyres/E3AD1516-A6E2-4394-983C-74D17C4BF7AD/8050/HospitaisEPE2006.pdf>, acessido no dia 20 de Fevereiro de 2011.

Araújo, J. (2007), Avaliação da gestão pública: a administração pós burocrática, *conclusões da Conferência da UNED*, Braga, Portugal: Universidade do Minho Portugal, 1-16.

Barros, P.P. e J. A. Simões (2007), Portugal: Health Systems review. Health Systems in Transition, *European Observatory on Health Systems and Policies*, 9(5), 1-140.

Barros, P. P. e J. P. Gomes (2002), Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português, *GANEC: Gabinete de Análise Económica*, Lisboa, Portugal: Universidade Nova de Lisboa.

Berry, A.J. e D.T. Otley (2004), Case-based research in accounting em Humphrey, C. e B. Lee (Eds.) *The Real Life Guide to Accounting Research*, Oxford: Elsevier, 231-255.

Boto, P., C. Costa e S. Lopes (2008), Acreditação, benchmarking e mortalidade, *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 7, 103-116.

CAHSA – Comissão Avaliação dos Hospitais Sociedade Anónima (2006), Resultados da avaliação dos Hospitais SA, http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/NR/rdonlyres/AC1A014D-5D80-449F-8732-DBF490284382/3721/Relatorio_CAHSA.pdf, acessido no dia 15 de Dezembro de 2010.

Campos, A. P. (2003), Hospital-empresa: Crónica de um nascimento retardado, *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 21(1), 23-32.

Campos, A. P. (2005), O Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de Junho – a transformação dos hospitais SA em entidades público empresariais (EPE), *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 23(2), 113-135.

Carvalho, M. T. G. (2009), *Nova Gestão Pública e Reformas da Saúde: O profissionalismo numa encruzilhada*. Lisboa: Sílabo.

Centro em Revista (2005), Sistema de Incentivos, <http://www.chmt.min-saude.pt/NR/rdonlyres/425CA85D-E992-4061-8488-5DC0AEC0E0FD/5647/CentroemRevistan5CadernoEspecial.pdf>, acessido no dia 21 de Fevereiro.

Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde (2007), Relatório Final, <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/050CB0A2-7ACC-4975-A1E4-4312A1FBE12D/0/RelatorioFinalComissaoSustentabilidadeFinanciamentoSNS.pdf>, acessido no dia 9 de Fevereiro de 2011.

Costa C. e S. Lopes (2005), Avaliação do desempenho dos Hospitais SA, http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/NR/rdonlyres/5623DD8D-58EB-4A1F-8164-035EA1D81747/3720/Estudo_Aval_Hosp_ENSP.pdf, acessido no dia 23 de Março de 2011.

Damelio, R. (1995), *The Basics of Benchmarking*. Portland, Oregon.: Productivity Press.

Direcção-Geral da Saúde (2002), Centros de saúde e hospitais: recursos e produção do SNS, <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006416.pdf>, acessido no dia 25 de Fevereiro de 2011.

Direcção-Geral da Saúde (2003), Centros de saúde e hospitais: recursos e produção do SNS, <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006792.pdf>, acessido no dia 25 de Fevereiro de 2011.

Ferreira, A., A. Harfouche, C. Campos, F. Ramos (2006), *Políticas de controlo dos gastos públicos com a saúde*, O Economista - Anuário da Economia Portuguesa. Lisboa.

Fórum Hospital do Futuro (2005), Um ano de depois: dos “SA” aos “EPE”..., <http://arquivo.hospitaldofuturo.com/?p=67>, acessido no dia 2 de Fevereiro de 2011.

Giraldes, M. R. (2007), Avaliação da eficiência e da qualidade em Hospitais: Entidades Públicas Empresariais e Sector Público Administrativo, *Acta Médica Portuguesa* 20, 471-490.

Greenfield, D. e J. Braithwaite (2008) Health sector accreditation research: a systematic review, *International Journal for Quality in Health Care* 20(3), 172-183.

Güven-Uslu, P. e L. Conrad (2008), Uses of management accounting information for benchmarking in NHS Trusts, *Public Money & Management*, 239-246.

Healy, J. e M. Mckeen (2002), The evolution of hospital systems, em Mckeen, M. e J. Healy (Eds.), *Hospitals in a Changing Europe*, Buckingham: Open University Press, 14-35.

Hood, C. (1991), A public management for all seasons?, *Public Administration* 69, 3-19.

Hood, C. (1995), The new public management in the 1980s: variations on a theme, *Accounting, Organizations & Society* 20, 93-109.

Hospitais EPE, Desenvolvimento dos 31 planos de actividade para o triénio 2004-2006, http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Projectos/Projectos_Implementados/planos_actividade_trienio_2004.html, acessido no dia 10 de Fevereiro de 2011.

Hospitais SA (2004), Relatório Global: Programa Conforto, http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Downloads_HEPE/com_servico_utente/Relat%C3%B3rio%20Conforto%20GLOBAL.pdf, acessido no dia 27 de Janeiro de 2011.

Joint Commission International Accreditation, <http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/Accreditation-and-Certification-Process/>, acessado no dia 16 de Abril de 2011.

Jönsson, B., e I. Eckerlund (2003), Why do different countries spend different amounts on health care? Macroeconomic Analysis of Differences in Health Care Expenditure, em OECD (Ed.), *A Diseased-based Comparison of Health Systems: What is best at what cost?* Paris: OECD Publication Services, 107-119.

Leite, J. M. e L. L. Rodrigues (2010), A Teoria institucional e o costing na contabilidade de gestão hospitalar: O caso da gestão central dos Hospitais EPE Portugueses, *Conclusões do VI Congresso Iberoamericano de Administração Empresarial e Contabilidade e IV Congresso Iberoamericano de Contabilidade de Gestão*, Valência, Espanha: 1-14.

Llewellyn, S. e D. Northcott (2005), The average hospitals, *Accounting, Organizations and Society* 30, 555-583.

Lapsley, I. (1999), Accounting and the new public management: instruments of substantive efficiency or a rationalising modernity?, *Financial Accountability & Management* 15(3) e (4), 201-207.

Larbi, G. A. (1999), *The new public management approach and crisis states*, UNRISD Discussion Paper N°112, Geneva: United Nations Research Institute for Social Development.

Mckeen, M., J. Healy, N. Edwards, e A. Harrison (2002), Pressures for change, em Mckeen, M. e J. Healy (Eds.), *Hospitals in a Changing Europe*, Buckingham: Open University Press, 36-58.

Miles M. B e A. M. Huberman (1994), *Qualitative Data Analysis*. Thousand Oaks, California.: Sage Publications.

Northcott, D. e S. Llewellyn (2003), The “ladder of success” in healthcare: the UK national reference costing index, *Management Accounting Research* 14, 51-66.

OECD – Organisation for Economic Co-operation Development (2010), Growing health spending puts pressure on government budgets, http://www.oecd.org/document/11/0,3343,en_2649_34631_45549771_1_1_1_37407,00.html, acessado no dia 14 de Outubro de 2010.

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2003), Evolução do Sistema de Saúde, <http://www.observaport.org/node/141>, acessado no dia 28 de Setembro de 2010.

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2010), Estado da arte, <http://www.observaport.org/node/25>, acessado no dia 15 de Março de 2011.

Pettersen, I. (2001), Implementing management accounting reforms in the public sector: the difficult journey from intentions to effects, *The European Accounting Review* 10(3), 561-581.

Pinto, C. G. (2009) *Gasta-se demais com a saúde em Portugal?*, Janus 2009-Anuário das Relações Exteriores. Lisboa: Público e Universidade Autónoma.

Programa do XV Governo Constitucional (2003), http://www.portugal.gov.pt/pt/GC15/Governo/ProgramaGoverno/Pages/programa_p024.aspx, acessado no dia 18 de Março de 2011.

Ramos, F. (2005), Descodificar os hospitais, *Jornal Expresso*, 16 de Abril.

Reis, V. P. (2004), A intervenção privada na prestação pública: da expansão do Estado às parcerias público-privadas, *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 4, 121-136.

Ribeiro, J. (2004), Reforma do sector público hospitalar: programa de empresarialização de 34 hospitais portugueses, *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 4, 65-77.

Rodrigues, M. A. V. e J. Araújo (2005), A nova gestão pública na governação local, *Actas do 3º Congresso Nacional de Administração Pública*, Oeiras, Portugal: INA, 1-12.

Rosa, E. (2004), Como funcionam os hospitais SA: a mercantilização e privatização da saúde é ali inevitável, http://resistir.info/portugal/hospitais_mercantilizacao.html, acessado no dia 6 de Janeiro de 2011.

Saltman, R e J. Figueras (1998), Analyzing the evidence on european health care reforms, *Health Affairs*, 17(2), 85-108.

Saltman, R. e V. Bankauskaie (2006), Conceptualizing decentralization in European health systems: a functional perspective, *Health Economics, Policy and Law* 1, 127-147.

Saul, J (2004), *Benchmarking for Nonprofits: How to measure, Manage and Improve Performance*. Saint Paul: Fieldstone Alliance Publishing Center.

Seidel, J. V. (1998), Qualitative data analysis em The Ethnograph v5 user's manual, Appendix E. Denver <http://pt.scribd.com/doc/7129360/Seidel-1998-Qualitative-Data-Analysis>, acessado em 15 de Abril de 2011.

Silvestre, H. M. C. e J. F.F.E. Araújo (2009), A gestão por resultados no sector público: O caso dos hospitais EPE, *6º Congresso Nacional da Administração Pública*, Lisboa, Portugal: INA, 1-22.

Simões, J. (2004), A avaliação do desempenho de hospitais, *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 4, 91-120.

Simões, J. A. (2004), As parcerias público-privadas no sector da saúde em Portugal, *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 4, 79-90.

Simões, J. e S. Silva (2009), *Público e privado nos cuidados de saúde*, Janus 2009-Anuário das Relações Exteriores. Lisboa: Público e Universidade Autónoma.

Stake, R. E. (1995), *The Art of Case Study Research*. Thousand Oaks, California.: Sage Publications.

Stapenhurst, T. (2009), *The Benchmarking Book: A how-to-guide to best practice for managers and practitioners*. Oxford: Elsevier.

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 Paper N°47/2008*, ISCTE.

Theodorakioglou, Y. e G. Tsiotras (2000), The need for the introduction of quality management into Greek health care, *Total Quality Management* 11, 1153-1165.

Tribunal de Contas (2006), O modelo de financiamento e a situação económico-financeira global dos hospitais do SEE Vol. 2, <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/BB6B6A75-8F17-45D6-B143-C340BD98996F/0/auditdgtcrel02020062svol2.pdf>, acedido no dia 17 de Março de 2011

Tribunal de Contas (2006), Relatório global de avaliação do modelo de gestão dos hospitais SEE Vol. 1, <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/E0D2B43C-917D-4076-B581-4697BB2B7315/0/auditdgtcrel02020062svol1.pdf>, acedido no dia 5 de Janeiro de 2011.

Unidade de Missão dos Hospitais SA (2003), Identificar o potencial de melhoria dos hospitais com base num benchmarking das 31 unidades SA, http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/projectos/projectos_implementados/benchmarking_hospitais.html, acedido no dia 1 de Novembro de 2010.

Unidade de Missão dos Hospitais SA (2004), Acompanhamento e avaliação dos Hospitais SA em 2003/2004, http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Downloads_HEPE/gestao_performance/Relat%C3%B3rio%20Acompanhamento%202004%20Hospitais%20SA.pdf, acedido no dia 20 de Fevereiro de 2011.

Unidade de Missão dos Hospitais SA (2004), Projecto ComuniCare: Sistema de Avaliação da Qualidade Apercebida e Satisfação do Utente nos Hospitais SA – 2003 http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Downloads_HEPE/com_servico_utente/resultados%20inquerito.pdf, acedido no dia 3 de Abril de 2011.

Unidade de Missão dos Hospitais SA (2004), Relatório de Actividade do Ano 2003, http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Comunicacao_Actualidade/Biblioteca_Online/gestao_performance/Rel_Actividade_2003.htm, acedido no dia 6 de Setembro de 2010.

Unidade de Missão dos Hospitais SA (2004), Reunião com os directores clínicos dos Hospitais SA, http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Downloads_HEPE/recursos_humanos/Directores%20Clinicos.pdf, acedido no dia 3 de Fevereiro de 2011.

Unidade de Missão Hospitais SA (2005), *Empresarialização dos Hospitais SA*, http://www.ieeta.pt/rtsaude/ficheiros/RTSaude_Doc%5Bempresarializacao_hospitais_s a%5D.pdf, acessado no dia 22 de Outubro de 2010.

Unidade de Missão dos Hospitais SA (2005), *Tableau de Bord*, http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Downloads_HEPE/area_financeira/tableau_bord/Tableau%20Bord%20-%20Junho%202005.pdf, acessado no dia 10 de Março de 2011.

Valente, M. C. (2010), *Contratualização em contexto hospitalar*, *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 9, 25-39.

Varanda, J. (2004), *Hospitais: a longa marcha da empresarialização*, *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 4, 57-63.

Vrangbaek, K. e T. Christiansen (2005) *Health policy in Denmark: leaving the decentralized welfare path?*, *Journal of Health Politics, Policy and Law* 30, 29-52.

Warrington, E. (1997), *Tree views of “the new public administration”*, *Public Administration and Development* 78, 3-12.

Legislação

Legislação Portuguesa

Constituição da República Portuguesa de 1976

Lei Constitucional 1/89, de 8 de Junho (Segunda Revisão Constitucional)

Lei 56/79, de 15 de Setembro (Serviço Nacional de Saúde).

Lei 48/90, de 24 de Agosto (Aprova a Lei de Bases da Saúde).

Lei 27/2002, de 8 de Novembro (Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e a primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto).

Decreto-Lei 11/93, de 15 de Janeiro (Estatuto do Serviço Nacional de Saúde).

Decreto-Lei 185/2002, de 20 de Agosto (Define o regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamentos privados).

Decreto-Lei 93/2005, de 7 de Junho (aprovou o novo regime jurídico da gestão hospitalar e a primeira alteração à Lei de Bases da Saúde).

Resolução do Conselho de Ministros 41/2002, de 7 de Março (Estabelece medidas para permitir a transformação de hospitais públicos em Entidades Públicas Empresariais).

Resolução do Conselho de Ministros 15/2003, de 5 de Fevereiro (Criação da Unidade de Missão dos Hospitais SA).