



GESTÃO HOSPITALAR: QUATORZE ANOS DE EMPRESARIZAÇÃO EM PORTUGAL

RESUMO

As reformas da gestão da saúde, desde a criação do Serviço Nacional de Saúde, foram projetadas para maximizar a eficiência e a produtividade dos hospitais e para promover a sustentabilidade do setor que apresentava custos elevados e uma dificuldade em manter um adequado controle dos mesmos. Com base em quatro experiências de gestão e na integração da perspectiva da *New Public Management*, no ano 2002 iniciou-se uma nova reforma na saúde que consistiu na adoção de uma gestão de caráter empresarial por parte dos hospitais públicos portugueses. Esta implementação foi gradual e teve lugar nos últimos anos, existindo ainda em 2016 hospitais que não têm esse estatuto. Este artigo trata-se de uma revisão teórica que apresenta, caracteriza e detalha em cada uma das fases, a experiência portuguesa com a implementação de práticas de administração privada/empresarial nos hospitais públicos entre os anos 2002 e 2016.

Palavras-chave: Práticas de Administração; Sistema de Saúde; Hospitais; Gestão Empresarial.

FOURTEEN YEARS OF BUSINESS ADMINISTRATION PRACTICES IN HEALTH MANAGEMENT: THE PORTUGUESE EXPERIENCE

ABSTRACT

The health management reforms, since the creation of the National Health Service, were aimed to maximizing efficiency and productivity in hospitals to promote more sustainability for the health sector. The health systems had high costs and difficulties in maintaining an adequate cost control. Based on four management experiences and integrating the administrative perspective of the New Public Management, in 2002 it began a new health care reform with the adoption of a corporate management by portuguese public hospitals. This implementation was gradual and occurred over the past few years. In 2016 some hospitals don't have enterprised management. This review article presents features and details in each phase of the portuguese experience with the implementation of private / business management practices in public hospitals, between 2002 and 2016.

Keyword: Public: Management Practices; Health Care System; Hospitals; Corporate Management.

Alexandre Morais Nunes¹

¹ Doutor em Administração da Saúde pela Universidade de Lisboa - ULISBOA, Lisboa (Portugal). Assessor do Ministro da Saúde, Lisboa (Portugal). Investigador no Instituto Superior Técnico da Universidade de Lisboa, Lisboa (Portugal).
E-mail: alexandre.m.nunes@tecnico.ulisboa.pt

INTRODUÇÃO

O setor público da saúde tem uma posição especial com grande impacto na vida dos cidadãos, a nível profissional, social e económico. O estado de saúde da população determina o crescimento e o desenvolvimento de um país, pois só com uma população saudável se pode produzir mais e melhor (Campos, 2003; 2008).

Nos últimos anos a grande procura de cuidados de saúde desencadeou um crescimento acentuado das despesas com a saúde em Portugal (despesa pública e privada) (Barros, 2013). Mas, este não foi um problema local ou específico de um só país, mas transversal em todos os países mais desenvolvidos (Folland, Goodman, & Stano, 2007).

O aumento da despesa em saúde foi objeto de debate público ao longo das últimas décadas. Foram levantadas questões sobre a futura sustentabilidade do sistema de saúde e a capacidade de o Estado garantir, no futuro, o acesso universal (para todos), geral (em todos os casos) e tendencialmente gratuito (Fernandes, 2014; Fernandes & Nunes, 2016).

A literatura internacional indica que a gestão ineficiente das instituições de saúde foi uma das principais causas do aumento da despesa (Folland, Goodman, & Stano, 2007; Jacobs, Smith, & Street, 2006; Wortington, 1999). Portugal não é exceção e na análise dos principais problemas, foi reconhecido que os hospitais eram as principais fontes de ineficiência da gestão, de má utilização de meios, de avultados desperdícios e, para além dos elevados gastos, ainda acumulavam elevadas dívidas (Pereira, 2005; Nunes, 2016). Dessa forma, foi reconhecida a necessidade de tornar o sistema de saúde bem mais eficiente sem por em causa a qualidade dos cuidados. Este facto levou os governos a repensar as suas políticas de saúde, o que conduziu a reformas no setor para a procura de maior eficiência, eficácia e efetividade (Alves, 2014; Fernandes, 2014; Harfouche, 2012).

Foram implementadas experiências inovadoras de gestão em quatro hospitais entre os anos 1995 e 2001 que incluíam a concessão a uma entidade privada (Hospital Fernando da Fonseca), a implementação de uma gestão empresarial com práticas administrativas características do setor privado, mas com gestão pública (Hospital de São Sebastião e Hospital do Barlavento Algarvio) e a integração de cuidados hospitalares com atenção primária (Unidade Local de Saúde de Matosinhos) (Harfouche, 2008).

Para tentar resolver estes problemas e evitar a rotura do Serviço Nacional de Saúde foram adotadas, no ano de 2002, práticas de administração empresarial (empresarização). O conceito de empresarização defendido por Solé (2008) e Rodrigues, Silva e Dellagnello (2014), se refere à forma como o modelo de gestão das empresas se converteu numa tendência a

seguir pelas organizações e que colocou em prática novos pressupostos na organização como a busca da qualidade e da eficiência. No entanto, é importante notar que “empresarializar” não significa privatizar os hospitais, pois são mantidas a titularidade e o financiamento público, não existindo qualquer transferência para o setor privado (Nunes, 2013; Simões, 2004a).

Esta reforma da gestão hospitalar em Portugal, se baseou na perspectiva teórica da *New Public Management* (NPM), nascida no Reino Unido (com a reforma gerencialista do Governo de Margaret Thatcher), com o objetivo de melhorar a eficiência, a produtividade, o desempenho, a prestação de contas e a responsabilização dos gestores públicos (Nunes & Harfouche, 2015). Os grandes eixos estratégicos para o Governo focavam o controlo da despesa, a obtenção de um equilíbrio nas contas (sem novas dívidas) e um aumento em simultâneo da atividade assistencial e da qualidade em saúde (Campos, 2008).

A implementação desta medida de reforma não foi feita de uma só vez e ocorreu em cinco momentos distintos, conhecidos como “fases de empresarização” que se desenvolveram entre os anos 2002 e 2016. Uma sexta fase poderá estar ainda por vir e por isso foi criado um novo capítulo relativo à perspectiva futura com uma nova política de saúde, com um quadro inovador e em busca da recuperação de um serviço de saúde público que ficou debilitado após um período de austeridade.

As mudanças registradas na Administração Pública e por consequência na Administração dos Serviços de Saúde hospitalares, forçou o Estado a se adaptar e a assumir um papel de regulação, fiscalização e supervisão da atividade económica (Bilhim, 2013).

Neste artigo realiza-se uma revisão da literatura com o objetivo de caracterizar a origem e a evolução de todo o processo de adoção da empresarização dos hospitais portugueses “fases de empresarização” que conferiu a universalização das práticas de gerenciamento (Solé, 2008) na busca de ganhos de eficiência, produtividade e melhoria na qualidade e no acesso à saúde.

MÉTODO

Este artigo trata de um estudo de caso sobre o desenvolvimento e as fases de implementação do processo de empresarização dos hospitais públicos em Portugal entre os anos 2002 e 2016. A estratégia definida para a sua realização passou por uma extensa revisão da literatura relativa às razões políticas (inclui documentos do Ministério da Saúde, legislação), económicas que estiveram na base da adoção das

práticas de gestão (como a referência a autores que estiveram no centro da decisão) e em seguida se faz a descrição de toda a experiência portuguesa bem como a perspectiva futura (de acordo com o Programa do atual Governo). Assim, este artigo tem a intenção de dar um contributo positivo perante a falta de pesquisa pormenorizada sobre o caso da adoção da empresarização em Portugal. O critério de inclusão das obras adveio da sua importância na concretização prática das reformas, perante a referida falta de referências teóricas recentes.

RAZÕES PARA ADOÇÃO DA EMPRESARIZAÇÃO

A gestão tradicional dos hospitais públicos em Portugal foi baseada num modelo criado nos anos 80, que nunca foi revisto ou atualizado de acordo com as transformações ocorridas na sociedade e na Administração Pública. Dada a estagnação, houve fortes limitações à gestão que dependia do poder central do Governo para realizar a maioria das suas atividades, como por exemplo as aquisições de bens e a contratações de recursos humanos (Nunes, 2016). Assim, não havia nenhuma autonomia ou flexibilidade de gestão nos hospitais nem liberdade para inovar ou implementar novas medidas, o que não permitia obter melhores resultados, (Alves, 2014; Ministério da Saúde, 1997).

Este modelo foi contestado pela ineficiência da gestão e pelos efeitos negativos que teve para os cidadãos, profissionais e sistema de saúde (Campos, 2000b). Para localizar e ajudar o Governo a tomar uma decisão sobre o futuro da gestão hospitalar em Portugal foram realizados vários estudos entre 1997 e 1998 por entidades independentes.

O primeiro estudo foi desenvolvido em 1997 pelo Grupo de Trabalho sobre o Estatuto Jurídico do Hospital Público (pertencente ao Ministério da Saúde), o segundo em 1998 da autoria do Conselho de Reflexão sobre a Saúde e um terceiro em 1999 promovido pela Direção-Geral da Saúde e intitulado “O hospital português”. Ambos os estudos tinham como objetivo fazer um ponto de situação dos problemas, limitações e constrangimentos vividos e sentidos pelas unidades hospitalares. Como resultados, foram apontadas falhas de organização (falta de autonomia, não atribuição de responsabilidades, ausência de competição entre as unidades); económicas e financeiras (subfinanciamento e a atribuição de verbas baseada no histórico); nos recursos humanos (falta de incentivos, dificuldade em contratar profissionais) e com fraca qualidade dos cuidados (Ministério da Saúde, 1997; Simões, 2004b).

As conclusões obtidas dos estudos nacionais refletiram a necessidade de reformar os estatutos dos hospitais, de forma a terem um único modelo, que mantendo a propriedade pública deveriam adotar medidas de gestão empresarial e cortar com os

imperativos burocráticos que dificultavam a prática da boa administração (Ministério da Saúde, 1997; OCDE, 1998, Reis, 2007).

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, OCDE (1998) “Economic Surveys” apresentou os resultados de uma avaliação do sistema de saúde português. Nos resultados globais foi muito destacado o facto que os elevados custos aplicados no setor não refletiam o estado de saúde da população (como exemplo foi referida a assimetria na taxa de mortalidade infantil). Isto significa que havia desperdícios incalculados e má gestão na aplicação do dinheiro público (OCDE, 1998). Quanto aos hospitais, para além dos fatores apontados pelos estudos nacionais, foram ainda colocados outros pontos negativos. No lado da gestão, referiram que esta se encontrava limitada, sem planeamento, sem fluxo de informação e sem capacidade de organização e que a remuneração dos gestores não tinha em conta o seu desempenho. Ao nível da aquisição de serviços, foi ainda criticado o facto dos processos de aquisição de equipamentos e adjudicação de empreitadas serem muito demorados. Quanto ao acesso foi apontada a baixa utilização de equipamentos, o recurso excessivo a convenções com o setor privado e ainda a formação de longas listas de espera.

Todas estas ineficiências refletiram-se ao nível do aumento de custos dos hospitais, da baixa produtividade, em problemas de qualidade e numa baixa motivação dos profissionais e dos gestores (Alves, 2014; Campos, 2000a, 2003; Gouveia *et al.*, 2006, Simões, 2004b).

Ao longo dos anos, verificou-se que os hospitais públicos têm uma representação significativa nos custos do Serviço Nacional de Saúde, representando mais de 50% da despesa em saúde (Barros, 2013; INE, 2014).

Com base nos resultados destes estudos, foram realizadas experiências de gestão empresarial nos hospitais portugueses. A primeira, em 1998 no Hospital de São Sebastião em Santa Maria da Feira, a segunda em 1999 na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (integrava o hospital e a atenção primária) e uma terceira em 2001 no hospital do Barlavento Algarvio (no Algarve). Uma outra experiência foi iniciada em 1995 com a concessão da Gestão do Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca a um grupo privado, experiência esta que durou apenas um contrato e nunca mais se voltou a realizar (Nunes, 2016).

A EMPRESARIZAÇÃO DOS HOSPITAIS PÚBLICOS

A implementação de práticas de administração empresarial na gestão das unidades hospitalares públicas foi iniciada em 2002 com um processo de

reforma estrutural que se iniciou com a publicação de um novo regime jurídico para a gestão hospitalar (Lei n.º 27, 2002).

O novo regime jurídico definia que os hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde podem revestir uma das seguintes figuras jurídicas:

- a) Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;
- b) Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial;
- c) Sociedades Anónimas de capitais exclusivamente públicos;

Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos (artigo 2º, Lei n.º 27, 2002).

Além da necessidade de organizar e reformar o sector hospitalar ao nível da sua gestão, estava também em causa a sustentabilidade do sistema público de saúde que enfrentava o risco de esgotamento (Bago D'úva, 2010; Pereira, 2005). Dessa forma, a reestruturação das unidades hospitalares assentava numa perspectiva económico-financeira e numa perspectiva social e constitucional de garantir a prestação de cuidados de saúde a toda a população (universal), em todas as patologias (geral) e de forma tendencialmente gratuita (pois há taxas moderadoras) (Barros, 2013; Nunes & Harfouche, 2015).

Os objetivos que se pretendiam para esta reforma assentavam eram:

- Maior flexibilidade da gestão (com mais autonomia);
- Implementação de uma nova cultura empresarial;
- Promoção de uma política de controle de custos (novos sistemas de custeio);
- Aumento de eficiência e qualidade;
- Introdução de mecanismos de contratualização;
- Implementação de um novo modelo de financiamento baseado na contratualização da produção;
- Promoção da satisfação dos recursos humanos;
- Aplicação de políticas que visem o cidadão no centro do sistema (Harfouche, 2012; Nunes, 2013, 2016; Pereira, 2005).

As expectativas no momento era que as medidas a implementar envolveriam práticas processos e formas de gestão típicas do setor privado/empresarial de acordo com os princípios que regulam a teoria da *New Public Management*, base da reforma (Nunes & Harfouche, 2015).

AS FASES DO PROCESSO DE EMPRESARIZAÇÃO

A reforma iniciada em 2002 passou por uma série de fases sucessivas conhecidas por "fases de

empresarização". Cada uma destas fases corresponde ao um período temporal e permite analisar melhor e conhecer, a fundo, todas as medidas tomadas que permitiram transformar um universo de 100 hospitais em apenas 39 entidades com gestão empresarial entre as quais 7 hospitais de forma singular²; 21 centros hospitalares; 8 unidades locais de saúde e 3 Institutos Portugueses de Oncologia (IPO's) (Nunes, 2016).

Ao mesmo tempo que se desenvolveu o processo de empresarização houve algumas mudanças no modelo de organização dos hospitais que se fundiram entre si, originando os Centros Hospitalares ou as Unidades Locais de Saúde, quando essa fusão integrou uma ou mais unidades de atenção primária (Nunes, 2016).

Primeira fase de Empresarização (2002-2004/5).

Após a publicação do regime jurídico da gestão hospitalar optou-se pelo estatuto jurídico de Sociedade Anónima que culminou na criação dos hospitais S.A. Na prática, o processo foi iniciado com a publicação da Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002, que ditou a transformação do regime jurídico de 34 hospitais de média dimensão integrados no Setor Público Administrativo (SPA), em 31 hospitais sociedade Anónima (S.A.)

Para realizar o monitoramento detalhado deste processo, o Governo criou em 2003 um grupo de trabalho constituído por 15 peritos, ao qual foi nomeado de Unidade de Missão dos Hospitais Sociedade Anónima (Hospitais S.A.), cuja missão estava regulamentada em diploma legal pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 15 (2003) (Ribeiro, 2004).

Antes desta reforma, eram 93 as unidades hospitalares que se encontravam integradas no Setor Público Administrativo (SPA), ou seja, hospitais públicos com gestão tradicional. A tabela seguinte apresenta a distribuição dos hospitais portugueses por ano.

² Entenda-se por hospitais singulares os hospitais, que embora empresarializados, não foram sujeitos a qualquer processo de concentração/fusão com outras unidades hospitalares ou unidades de cuidados de saúde primários.

Tabela 1 - Evolução em números das unidades hospitalares ao longo da empresariação, até final de 2004

Regime jurídico das instituições hospitalares do SNS - Final de 2004								
Ano	Hospitais SPA	Hospitais S.A.	C.H. S.A.	ULS, S.A.	E.P.E.			Total
					Hosp.	CH	ULS	
2002	93	-	-	-	-	-	-	93
2003	58	26	4	1	-	-	-	89
2004	56	24	6	1	-	-	-	87

Fonte: Elaboração própria

Em 2004, no final da primeira fase de empresariação existiam 87 hospitais, 56 integrados no Setor Público Administrativo (64%) e 31 integrados no setor empresarial sob a forma de Sociedade Anônima (36%). Entre estes existiam 6 Centros Hospitalares e 1 Unidade Local de Saúde.

Segunda fase de empresariação (2005 - 2006)

Três anos passados desde o início do processo de empresariação não se verificaram os ganhos de eficiência esperados com a adoção de práticas de administração empresarial pelo setor público. Os hospitais continuavam ineficientes, pouco produtivos e cada vez mais endividados com graves problemas de qualidade e acesso (Campos, 2008).

O Governo que em 2005 tinha acabado de iniciar funções decidiu intervir a este respeito, considerando a emergência dos administradores dos hospitais serem dotados de maior autonomia e responsabilização, para se obter maior eficiência, mais capacidade de resposta e melhores indicadores assistenciais, de qualidade e acesso (Edwards, Carrol, & Lashbrook, 2011; Rego et al, 2010).

Para cumprir com os objetivos enunciados, o governo opta pela progressiva transformação dos hospitais S.A. em Entidades Públicas Empresariais, constituindo os hospitais E.P.E. Assim, é em 2005 que se inicia a segunda fase de empresariação com a transformação dos 31 hospitais S.A. e dos 5 hospitais SPA, em entidades E.P.E. Ao nível dos procedimentos e práticas de administração mantêm-se as obrigações legais e contratuais passando os hospitais a ter uma maior autonomia administrativa, financeira e patrimonial, não estando sujeitas às normas da contabilidade pública (Decreto-Lei n.º 93, 2005).

Nesta segunda fase iniciou-se uma maior tendência em fundir unidades de saúde, como medida de obtenção de melhores resultados, de centralização de meios e evitar a subutilização dos meios (Campos, 2008; Harfouche, 2008).

A segunda fase, embora curta, teve a sua importância acrescida pela integração de um modelo inovador para a administração hospitalar (Nunes, 2016). A tabela seguinte apresenta a distribuição dos hospitais portugueses por ano.

Tabela 2 - Evolução em números das unidades hospitalares ao longo da empresariação, até final de 2006

Regime jurídico das instituições hospitalares do SNS - Final de 2006								
Ano	Hospitais SPA	Hospitais S.A.	C.H. S.A.	ULS, S.A.	E.P.E.			Total
					Hosp.	CH	ULS	
2002	93	-	-	-	-	-	-	93
2003	58	26	4	1	-	-	-	89
2004	56	24	6	1	-	-	-	87
2006	51	-	-	-	21	9	1	82

Fonte: Elaboração própria

Em 2006, no final da primeira e segunda fases de empresariação existiam 82 hospitais, 51 integrados no Setor Público Administrativo (62%) e 31 integrados no setor empresarial sob a forma de Entidade Pública Empresarial (36%). Entre estes existiam 9 Centros Hospitalares e continuava a existir 1 Unidade Local de Saúde.

Terceira fase de empresariação (2007 – 2016)

A terceira fase de empresariação veio reafirmar a vontade do Ministério da Saúde em dar

continuidade ao processo de transformação dos hospitais públicos SPA em hospitais E.P.E. integrando assim todos os hospitais num único estatuto jurídico, o que estava definido no Programa de Estabilidade e Crescimento (2005-2009) entregue por Portugal à Comissão Europeia.

A partir do ano 2007 iniciou-se um processo de disseminação dos hospitais E.P.E. e de redução dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo

(Campos & Simões, 2011; Ministério da Saúde, 2010). Nos anos seguintes os hospitais foram também sujeitos a fusões, medida entendida como mais indutora de eficiência (Campos, 2008). Desde este momento e até final de 2016, assistiu-se à fusão de hospitais em centros hospitalares, bem como à integração de hospitais em Unidades Locais de Saúde com estatuto E.P.E., com o objetivo de racionalizar recursos e evitar a duplicação de serviços (Tabela 3).

Tabela 3 - Evolução, em números, das unidades hospitalares e do modelo de organização ao longo da empresarização, até dezembro de 2016

Regime jurídico das instituições hospitalares do SNS - Final de 2016								
Ano	Hospitais SPA	Hospitais S.A.	C.H, S.A.	ULS, S.A.	E.P.E.			Total
					Hosp.	CH	ULS	
2002	93	-	-	-	-	-	-	93
2003	58	26	4	1	-	-	-	89
2004	56	24	6	1	-	-	-	87
2006	51	-	-	-	21	9	1	82
2007	29	-	-	-	16	16	2	63
2008	23	-	-	-	17	16	5	61
2010	13	-	-	-	17	19	6	55
2013	7	-	-	-	10	21	8	46
2016	5	-	-	-	11	20	8	44

Fonte: Elaboração própria

Em 2016, no final da terceira fase de empresarização existem 44 hospitais, 5 integrados no Setor Público Administrativo (11%) e 39 integrados no setor empresarial sob a forma de Entidade Pública Empresarial (89%). Entre estes existiam 20 Centros Hospitalares e 8 Unidades Locais de Saúde.

PRÁTICAS DE ADMINISTRAÇÃO ADOPTADAS PELOS HOSPITAIS EMPRESA

A empresarização dos hospitais públicos arrastou para a gestão hospitalar várias novidades do mundo empresarial. Para complementar e valorizar neste artigo, foi realizada uma extensa análise da literatura em busca das principais práticas de administração empresarial/privada implementadas nos hospitais E.P.E. ao nível do acesso, da eficiência e da qualidade.

Maior autonomia para a ação da administração hospitalar

Os administradores foram dotados de estratégias inovadoras que permitiram a flexibilização de instrumentos de gestão. A capacidade de decisão, a aquisição de serviços e a contratação de recursos humanos é mais rápida e deixa de estar centralizadas nas estruturas da administração direta do Estado (Nunes, 2010), que se assume como regulador da atividade (Bilhim, 2013).

Responsabilidade de gestão pelos seus atos

Em linha com a autonomia crescente dos administradores está associada a um aumento da responsabilização pelos seus atos pois a autonomia reque um elevado grau de transparência, cumprimento e respeito pelas regras da boa gestão. Caso contrário o gestor público será alvo de processos (Unidade de Missão Hospitais S.A., 2005) de acordo com os trâmites definidos pelo Estatuto do Gestor Público (Decreto-Lei n.º 71, 2007).

Prestação regular de contas

Um ponto forte da transparência é a publicação regular de contas e dos resultados operacionais dos hospitais. Como exemplos destacam-se as publicações mensais do “Tableu de Board”, os Relatórios de Acesso e os Relatórios de Gestão anualmente produzidos (Harfouche, 2012; Unidade de Missão Hospitais S.A., 2005)

Novo modelo de financiamento baseado na contratualização

O modelo de financiamento foi alterado com a gestão empresarial. Os custos e a produção passaram a ser contratualizados entre os hospitais e o Ministério

da saúde através de contratos-programa que determinam os objetivos e as prioridades com critérios de qualidade definidos. (Abreu, 2011; Santana, 2005). Com o estabelecimento de um compromisso contratual, existe uma real separação entre o agente pagador e o agente prestador com a devida partilha de risco (Abreu, 2011; Tribunal de Contas, 2006).

Gestão eficiente de recursos, evitando desperdício

O desperdício na saúde é classificado como um grande sinal de ineficiência (Campos, 2008). Na luta contra o desperdício, a criação dos centros hospitalares associada ao estatuto E.P.E. gerou um reaproveitamento dos recursos, o que gerou indícios de uma maior rentabilidade o que torna o sistema de saúde mais justo e com maior qualidade (Nunes, 2009).

Incentivos ao desempenho dos profissionais

A gestão eficiente de recursos e a luta contra o desperdício depende em parte do uso correto e responsável de recursos por parte dos profissionais (Harfouche, 2012). De acordo com as práticas de gestão empresarial, a atribuição de incentivos por desempenho é uma forma de motivar os profissionais e que contribuiu para o aumento da qualidade, da eficiência e da satisfação dos utentes (Reis, 2005).

Mais qualidade e melhor acesso

A qualidade percebida pelo paciente é aquela que se manifesta pelo cumprimento dos tempos de espera, pelo conforto das instalações, pela limpeza dos espaços e pela simpatia e educação no atendimento. A qualidade dos profissionais em termos de competências clínicas não é avaliada pela maioria dos doentes que são leigos nessa matéria (Ribeiro, 2004).

No entanto, a empresarização veio trazer preocupações com os indicadores de qualidade e de acesso dos hospitais (indicadores de gestão), que são medidos diariamente e comparados entre hospitais (Nunes, 2016).

PONTO DE SITUAÇÃO ATUAL E PERSPECTIVA DE FUTURO PARA A GESTÃO HOSPITALAR

A política de saúde definida pelo Governo em funções estabeleceu como prioridade melhorar a governação dos hospitais e dos serviços clínicos.

Entre os anos 2013 e 2015 houve uma tentativa de terminar com os hospitais SPA mais pequenos passando a sua propriedade para o setor social. Ainda transitaram para esses moldes dois hospitais. Esta política foi revertida pelo novo Governo, que iniciou funções no final de novembro de 2015. Assim, no que se refere ao estatuto jurídico dos hospitais está válido

o modelo de hospital E.P.E. No entanto, entendeu-se que a contratualização com as unidades prestadoras de cuidados de saúde deveria ser melhorada, tendo-se efetuado alterações à metodologia de contratualização.

A contratação da atividade com os Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde passou a ter em conta um conjunto de medidas promotoras de eficiência e produtividade, entre as quais se destaca:

- A implementação do livre acesso e circulação entre unidades do Serviço Nacional de Saúde;
- O respeito pelos princípios de boas contas;
- A gestão partilhada de recursos entre os diferentes hospitais, de modo a utilizar toda a capacidade instalada em cada hospital, cumprindo tempos de espera mínimos;
- Reforço da transparência e prestação de contas;
- Melhorar o acesso dos utentes através do Sistema Integrado de Gestão do Acesso;
- Articular a relação entre hospitais e a atenção primária (ACSS, 2016).

O futuro da saúde passa por promover em rigor todas as práticas de gestão que promovam os melhores resultados em termos de acesso, eficiência e qualidade.

CONCLUSÃO

O modelo tradicional de gestão dos hospitais em Portugal entrou em crise e foi criticado pela sua ineficiência, pelos crescentes custos e pela forte dependência do poder central que limitava a ação dos administradores.

Nos últimos 14 anos os hospitais deixaram de pertencer ao Setor Público Administrativo passando a integrar o Setor Empresarial do Estado. Este movimento de empresarização inseriu-se numa política de modernização e revitalização do Estado que perdura até aos dias de hoje. Numa fase inicial complicada, com a primeira opção política, foi privilegiado o estatuto de Sociedade Anônima para os hospitais, rapidamente se percebeu que este não era o mais adequado e numa segunda fase do processo de empresarização se optou pelo estatuto empresarial do Estado, que conferia ainda mais autonomia.

Esta transformação implicou a adoção de práticas de administração empresarial com o objetivo de gerar mais eficiência, mais produtividade, mais qualidade a um menor custo e com melhores resultados de acesso e qualidade. Entre as principais novidades para a concretização deste objetivo destaca-se um maior autonomia para a ação da administração hospitalar, um aumento do rigor, da prestação de contas e da responsabilização da gestão, a introdução

de um novo modelo de pagamento que tem por base contratos-programa, o melhor aproveitamento de recursos e meios que até então estavam subutilizados e a maior oferta de serviços com promoção da qualidade privilegiando os processos de acreditação e certificação dos hospitais.

Em Portugal, através da empresarização os hospitais deram um passo significativo na excelência da prestação de cuidados, mas ainda há muito a fazer para conseguir fazer mais e melhor na busca da maximização da eficiência e da capacidade já instalada, de modo a que nenhum utente tenha de esperar por uma data para poder ser atendido. Este trabalho fundamentou os princípios e as fases do processo de empresarização, decorrido entre 2002 e 2016, e poderá servir de base a novas pesquisas que poderão analisar quantitativamente os resultados obtidos no acesso, na qualidade e no melhor desempenho dos hospitais.

REFERENCIAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde (2016). *Termos de Referência para contratualização hospitalar no SNS: Contrato-Programa 2016*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Alves, A. (2014). A inovação em Gestão Hospitalar. In Campos, A. & Simões, J. (Coord). *40 anos de abril na saúde* (pp.273 - 320). Coimbra: Almedina.

Bago D'eva, T (2010). Equidade no setor da saúde em Portugal. In Simões, J. (Coord.). *30 Anos de Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado* (pp. 83-109). Coimbra: Almedina

Barros, P. (2013). *Economia da saúde - conceitos e comportamentos* (3ª edição). Coimbra: Almedina

Bilhim, J. (2013). *Ciência da administração*. Lisboa: Universidade Aberta.

Campos, A. (2002a). *Confissões políticas da saúde - auto de breve governação*. Lisboa: Oficina do Livro.

Campos, A. (2002b). Das queixas às satisfações: dos riscos às oportunidades. In 3º encontro INA. *A reinvenção da função pública* (pp. 115-120). Oeiras: Instituto Nacional de Administração.

Campos, A. (2003). Hospital-empresa: crónica de um nascimento retardado. *Revista portuguesa de saúde pública*, 21(1), 23-33.

Campos, A. (2008). *Reformas da saúde – o fio condutor*. Coimbra: Edições Almedina.

Campos, A., & Simões, J. (2011). *O percurso da saúde: Portugal na Europa*. Coimbra: Almedina

Edwards, J., Carrol, S., & Lashbrook, A. (2011). Achieving efficiency: lessons from four top – performing hospitals. *Commonwealth Fund Publications.*, 15, 1-20.

Fernandes, A.C (2014). A combinação público-privado. In Campos, A. & Simões, J. (Coord). *40 anos de abril na saúde* (pp.213-231). Coimbra: Almedina.

Fernandes, A., & Nunes, A. (2016). Hospitals and the public-private combination in the Portuguese health system. *Acta Médica Portuguesa*, 29(3), 217-223.

Folland, S., Goodman, A., & Stano, M. (2007), *The economics of health and health care*. New Jersey: Prentice hall.

Gouveia, M.; Alvim, J.; Carvalho, C.; Correia, J., & Pinto, M. (2006). *Resultados da avaliação de desempenho dos hospitais S.A*. Lisboa: Comissão para a Avaliação dos Hospitais S.A.

Harfouche, A. (2008). *Hospitais transformados em empresas: análise do impacto na eficiência: Um estudo comparativo*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (ISCSIP).

Harfouche, A. (2012). *Opções políticas em saúde: efeitos sobre a eficiência hospitalar*. Coimbra: Edições Almedina.

INE - Instituto Nacional de Estatística (2014). *Conta Satélite da Saúde (2000-2012)*. Lisboa: INE.

Jacobs, R., Smith, P., & Street, A (2006). *Measuring efficiency in health care: analytic*. Cambridge: University Press.

Ministério da Saúde (2010). Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais (2010). *A organização interna e a governação dos hospitais*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (1997). *Relatório Final - Grupo de Trabalho sobre o Estatuto Jurídico do Hospital*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Nunes, A. (2013). *A gestão empresarial hospitalar na perspectiva dos gestores*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade de Lisboa - Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Nunes, R. (2009). *Regulação da saúde* (2ª Edição). Porto: Vida Económica.

- Nunes (2016). *Reformas na gestão hospitalar: análise dos efeitos da empresarização*. Tese de Doutoramento. Lisboa: Universidade de Lisboa - Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- OCDE (1998). *Economic Surveys*. Paris: OCDE.
- PEC - Programa de estabilidade e crescimento (2005). *Atualização para o período 2005-2009. Governo de Portugal*. Lisboa: Governo de Portugal.
- Pereira, L. (2005). *A reforma estrutural da saúde e a visão estratégica para o futuro*. Lisboa: Gradiva.
- Rego, G., Nunes, R., & Costa, J. (2010). The challenge of corporisation: the experience of portuguese public hospitals. *European Journal of Health Economics*, 11, 367-381.
- Reis, V. (2005). Hospital público português: o cinzeno progresso do caranguejo?. *Revista Associação Portuguesa de Administração Hospitalar*, 1, 12-17.
- Ribeiro, J. (2004), Reforma do sector público hospitalar: programa de empresarização de 34 hospitais portugueses. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, 65-77.
- Rodrigues, M., Silva, R., & Dellagnelo, E. (2014). O processo de empresarização em organizações culturais brasileiras. *Revista Pensamento Contemporâneo em Administração*, 8, 66-85.
- Simões (2004a). As parcerias público-privadas no sector da saúde em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, 79-90.
- Simões, J. (2004b). *Retrato político da saúde - dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Solé, A. (2008). L'entreprisisation du monde. In Chaize, J. & Torres, F. (Coord.) *Repenser l'entreprise: Saisir ce qui commence, vingt regards sur une idée neuve* (Capítulo 1). Paris: Le Cherche Midi.
- Unidade de Missão dos hospitais S.A. (2005). *Acompanhamento e Avaliação dos Hospitais SA em 2003/2004*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Worthington, A. (1999), *An empirical survey of frontier efficiency measurement techniques in healthcare services*. School of Economics and Finance Discussion Papers and Working Papers Series, 67. Australia: Queensland University of Technology.

REFERENCIAS LEGAIS

Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro

Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002, de 7 de março

Resolução do Conselho de Ministros n.º 15/2003, de 5 de fevereiro

Decreto-Lei n.º 93/2005 de 7 de junho

Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março