

em foco

Hospital-empresa: crónica de um nascimento retardado

ANTÓNIO CORREIA DE CAMPOS

A gestão empresarial dos hospitais é uma velha aspiração do sistema e dos profissionais da saúde em Portugal. Já o Estatuto Hospitalar de 1968 previa a organização e a gestão dos hospitais «em termos de gestão empresarial». A Lei de Bases da Saúde, de 1990, relembra que a administração das unidades de saúde deveria obedecer a «regras de gestão empresarial». O Hospital Fernando da Fonseca, criado desde 1991, foi objecto de concessão de gestão por contrato, precedendo concurso público, a uma entidade privada, em 1995. Em 1997, o relatório do Grupo de Trabalho sobre o Estatuto Jurídico do Hospital recomendava a adopção da

figura de instituto público com natureza empresarial, adequada autonomia de gestão e forte responsabilidade, podendo regular-se, em alguns domínios, por normas de direito privado. Em 1998 foi criado o Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira, com formas inovadoras de gestão, utilizando meios de gestão maleáveis. Em 1999 foi criada a Unidade Local de Saúde de Matosinhos, englobando não apenas o Hospital de Pedro Hispano, naquela cidade, mas também os quatro centros de saúde da sua área de atracção. Em 2001 foi criado o Hospital do Barlavento Algarvio, em moldes semelhantes aos do Hospital de São Sebastião.

Os restantes hospitais públicos mantiveram a estrutura e regras de funcionamento convencionais. Observa-se que o modelo de gestão convencional do hospital público tem hoje consequências desfavoráveis para os cidadãos, para os profissionais que nele trabalham e também para o sistema de saúde no seu conjunto.

Em 2002, uma nova lei alterou disposições da Lei de Bases da Saúde de 1990 e aprovou um novo regime jurídico de gestão hospitalar. De acordo com ele, a

rede de prestação de cuidados de saúde passou a integrar vários modelos de hospitais: hospitais SPA, hospitais EPE, hospitais SA, clínicas privadas com ou sem nome de hospital, instituições e serviços geridos por entidades públicas ou privadas, mediante contrato de gestão e hospitais PPP.

Analisa-se os ganhos introduzidos pelo modelo inovador de hospital SA, no que respeita ao estatuto, dotação de capital, poderes especiais, regras de controlo financeiro, regimes laborais, órgãos sociais, instrumentos de gestão e direcção técnica.

Finalmente, antecipa-se um quadro analítico de oportunidades e riscos sobre este modelo.

As críticas têm-se concentrado sobre a estratégia de mudança e sobre o mecanismo de escolha dos dirigentes e das respectivas chefias intermédias. Em relação à estratégia, conclui-se ser a questão mais empírica do que conceptual. Em relação à forma de identificação dos dirigentes, recomenda-se o acompanhamento crítico da experiência, salientando-se, a par do que ela pode trazer de positivo, os riscos de partidarização e instabilidade.

□

António Correia de Campos é professor catedrático de Economia da Saúde. É actualmente presidente do conselho científico da ENSP. Correspondência sobre este artigo deve ser-lhe dirigida para: acampos@ensp.unl.pt



1. Hospital-empresa

A gestão empresarial dos hospitais é uma velha aspiração do sistema e dos profissionais da saúde em Portugal. Já o Estatuto Hospitalar de 1968 (Decreto-Lei n.º 48357/68), no seu artigo 35.º, previa a organização e a gestão dos hospitais «em termos de gestão empresarial». No preâmbulo desse diploma escrevia-se que «a administração dos hospitais se tornou tarefa de profissionais com preparação cuidada e estatuto adequado. A gestão hospitalar, infra-estrutura indispensável de toda a acção médica, terá de desenvolver-se de acordo com as técnicas próprias da vida económica, embora subordinada aos objectivos sociais e humanos que prossegue». Um dos mais constantes lutadores a favor deste princípio, Nogueira da Rocha, escrevia, já em 1985, que, «se queremos que o hospital [...] se liberte de contradições impeditivas de uma dinâmica condizente com o que dele se exige, torna-se ilógico manietá-lo no colete-de-forças da actual concepção marcadamente administrativista» (Rocha, 1985). Vinte anos depois do Estatuto Hospitalar, o Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro, reafirmou o princípio empresarial no seu artigo 7.º: os hospitais «devem organizar-se e ser administrados em termos de gestão empresarial». Dois anos mais tarde, a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto) relembra, na base xxxvi, que a administração das unidades de saúde deveria obedecer a «regras de gestão empresarial».

Em finais de 1995, o Hospital Fernando da Fonseca, criado desde 1991 e colocado em regime de instalação, é objecto de concessão de gestão por contrato, precedendo concurso público, a uma entidade privada, a «Hospital Amadora/Sintra, Sociedade Gestora, S. A.». Em 1997, o Grupo de Trabalho sobre o Estatuto Jurídico do Hospital, coordenado por Vasco Pinto dos Reis, concluiu a sua análise, propondo que «[...] qualquer novo modelo de estatuto a ensaiar nos hospitais do SNS, mantendo-os na propriedade pública, os deverá afastar de modelos do tipo do burocrático-administrativo que predomina na actividade do Estado [...] Em termos estatutários, o hospital deverá aproximar-se da figura de instituto público com natureza empresarial e com adequada autonomia de gestão, com possibilidade de, em diferentes domínios, se regular por normas de direito privado e ser fortemente responsabilizada» (Portugal. Ministério da Saúde. DEPS, 1997). Em 1998, o Decreto-Lei n.º 218/96 criou o Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira, «com formas inovadoras de gestão, utilizando meios de gestão maleáveis e adequados, como a contratualização do financiamento em função das actividades a prosseguir, o estabelecimento de incentivos aos profissionais de saúde e a agilização da contratação dos meios necessários ao seu funcionamento». Um ano depois, em 1999, é criada a Unidade Local de Saúde de Matosinhos, englobando não apenas o Hospital de Pedro Hispano, naquela cidade, mas também os quatro centros de saúde da sua área de atracção: Matosinhos, Senhora da Hora, São Mamede de Infesta e Leça da Palmeira. Apesar de ligeiramente diferente na orgânica, as regras internas de gestão seguem o modelo inovador do Hospital de São Sebastião. Em 2001, o Decreto-Lei n.º 76/2001 cria o Hos-

pital do Barlavento Algarvio, em moldes semelhantes aos do Hospital de São Sebastião.

2. O modelo convencional em perda

Os restantes hospitais públicos mantiveram a estrutura e regras de funcionamento convencionais. Em 2000 caracterizávamos a situação da grande maioria dos hospitais públicos portugueses como pesadamente ineficiente, com baixa produtividade, reduzida responsabilidade social, excesso, escassez e desajustamento de oferta, procura fortemente induzida, orientada e controlada pelos prestadores, elevado ritmo de crescimento dos encargos anuais em despesa corrente, qualidade nem sempre satisfatória e direcções de qualidade desigual, flutuando ao sabor da conjuntura política (Campos, 2000).

Os hospitais eram reconhecidos como institutos públicos, dotados de autonomia administrativa e financeira. Todavia, dependiam do Orçamento do Estado em cerca de 90%, o que tornava retórica a sua autonomia. Todo o pessoal mantinha o estatuto de funcionário público, com estabilidade, remuneração fixa, progressão na carreira independente do mérito e reforma relativamente generosa aos 60 anos de idade e trinta e seis de serviço. A dimensão dos quadros de pessoal, obedecendo a regras de densidade centralmente fixadas, carecia de aprovação conjunta dos Ministérios da Saúde e das Finanças, com escassa interferência dos órgãos internos de administração e quase sempre de forma tardia. As normas para aquisição de bens e serviços são as comuns a todos os serviços públicos, com ou sem autonomia. O investimento financiado pelo Plano é decidido a nível central, mas, sendo altamente burocratizado, muitos estabelecimentos têm

tendência a esquecê-lo, financiando tais encargos por verbas de funcionamento regular, o que amplia desnecessariamente os défices de exercício. Sempre que se trate de novos investimentos, a pressão local, do município, dos profissionais, dos promotores imobiliários e da opinião pública, em geral, exerce-se de forma acrítica, forçando um volume de investimento quase sempre superior ao necessário, pelo menos acima da dimensão eficiente.

Estas características estruturais do modelo de gestão têm consequências negativas para os cidadãos que recorrem aos hospitais, para os profissionais que neles trabalham e também para o sistema de saúde no seu conjunto.

O paciente sofre de fragilidades na relação que deveria ser personalizada com o seu médico e que é diluída numa orgânica com pouco espaço para a relação directa. Os níveis de satisfação, medidos pela percentagem de respondentes que se declaram muito satisfeitos, ou satisfeitos, são relativamente aceitáveis no internamento (75%) e menos no ambulatório (55%) e na urgência (54%) (Cabral, Silva e Mendes, 2002). Apesar da universalidade fixada na lei, a acessibilidade é desigual, sendo desfavorecidos os pacientes com níveis de cultura mais baixos e com menor capacidade de relacionamento com quem os atende, desde o balcão até à privacidade do gabinete. A referência vertical no sistema é ainda pouco praticada, levando à compartimentação excessiva entre serviços: são raros os doentes admitidos no hospital a partir de uma carta do clínico geral e são também poucos ainda os doentes que saem do hospital com um documento de alta dirigido ao respectivo médico de família. Por outro lado, em 1999 eram os médicos a categoria profissional mais acusada nas reclamações do Livro Amarelo (40,9%), sendo os hospitais as unidades orgânicas do sector público com

maior número de reclamações (35,1%) (Portugal. Instituto do Consumidor, 1999), sem que a percepção dos ganhos em qualidade de cuidados no sector público compensasse as vantagens relativas que os utentes atribuem às amenidades do privado.

Os profissionais de saúde reconhecem que o trabalho no sector público lhes garante elevada estabilidade de emprego, mas lamentam a escassa motivação profissional que caracteriza o seu desempenho, uma vez passada a fase inicial de ingresso na organização. O absentismo no pessoal dos hospitais é elevado, 13,1%, correspondendo a 29,6 dias de ausência por ano por efectivo hospitalar (Portugal. Ministério da Reforma do Estado e da Administração Pública. DGAP, 2000). A flexibilidade com que se tolera a prática privada a profissionais do sector público, mesmo em funções de chefia superior ou intermédia, gera conflitos de interesses que quase sempre se saldaram em perdas de produtividade no hospital público (Antunes, 2000)¹ e em alguns casos em redução da qualidade dos cuidados prestados. O profissional sente que a responsabilidade no hospital público se encontra diluída por muitos prestadores, em diversos escalões do processo de prestação de cuidados, sem que estejam definidos com rigor os poderes e deveres de cada um na organização (Portugal. INA, 1999). As questões éticas são escassamente apresentadas e discutidas e, quando resolvidas, nem sempre o são com a transparência necessária. Embora o espaço de discussão destes temas se tenha ampliado consideravelmente nos últimos anos,

¹ «Confrontados com a necessidade de manterem os seus consultórios particulares em pleno funcionamento, assiste-se a uma tendência progressiva para a diminuição do período de trabalho no hospital, especialmente dos elementos mais seniores, que geralmente têm uma clínica particular mais florescente» (Antunes, 2000).

muitos profissionais tendem ainda a reagir de forma defensiva. A indústria de medicamentos e de equipamentos hospitalares tem acesso directo aos profissionais e aos decisores internos, quase sem restrições, e a sua influência nas aquisições de medicamentos e equipamentos, sobretudo os produtos da inovação e os materiais ainda sem avaliação tecnológica completa, é quase sempre superior ao desejável, limitando os graus de liberdade dos decisores financeiros.

As consequências destas características para o sistema de saúde no seu conjunto são extremamente perniciosas: o sistema, abandonado a uma inércia sem grandes estímulos internos, revela níveis de efectividade inferiores ao seu potencial. São frequentes as redundâncias, os vazios de intervenção e as ineficiências. Acumula desigualdades que geram queixa difícil de avaliar e de corrigir. Os registos anuais do Livro de Reclamações da Administração Pública (Livro Amarelo), já referidos no relatório de Abril de 1999 do Secretariado da Modernização Administrativa (Portugal. Secretaria de Estado da Administração Pública, 1999), colocam o sector da saúde em lugar cimeiro da escala de desagrado, com 66,8% das reclamações. Dados comparativos europeus sobre a satisfação dos cidadãos em relação ao respectivo sistema de saúde colocavam-nos, em 1997, a par da Itália, com os piores indicadores de satisfação, 59,3% da população a considerar-se muito ou ligeiramente insatisfeitos (Portugal. OPSS, 2001). Registam-se casos frequentes de rudeza de trato, com reciprocidade entre pessoal e utilizadores, e em alguns locais há registos de violência larvar ou até consumada. Apesar de episódios negativos, a última avaliação comparada de três hospitais (Amadora/Sintra, Santa Maria da Feira e Matosinhos) dá nota de «uma maior satisfação (dos utentes) para com os prestadores directos de

cuidados e uma menor satisfação com os aspectos da informação fornecida, do planeamento da alta e da comunicação, embora os utilizadores se sintam, em geral, tratados com dignidade». Mesmo assim, é surpreendente que nos inquéritos de satisfação lançados aos utilizadores à pergunta se se sentiram esquecidos na urgência responderam afirmativamente 27% dos entrevistados em Matosinhos, 28% em Santa Maria da Feira e 64% em Amadora/Sintra (Portugal. INA, 2002). As preocupações com a qualidade encontram eco difícil. O controlo de gastos por consenso é praticamente impossível. A centralização excessiva em que vive o sistema de saúde coloca em cheque os titulares da pasta em qualquer questão local, fragilizando a liderança e acelerando a deterioração do capital político, como aconteceu com os óbitos causados pelo excesso de alumínio na água da unidade de hemodiálise no Hospital Distrital de Évora em 1991. A rotação dos responsáveis políticos é rápida e não permanecem o tempo suficiente para cumprirem um programa². As reformas tendem a ser permanentemente adiadas.

² Entre 1990 e 2002, em doze anos, passaram pelo Ministério da Saúde 7 ministros e 14 secretários de Estado.

3. Experiências inovadoras de gestão. Inovação incompleta

É certo que a Lei de Bases da Saúde, de 1990, deu alguns passos em frente na adopção prática do modelo empresarial na gestão de unidades de saúde e delegou a responsabilidade da tutela dos serviços centrais para órgãos desconcentrados de nível regional, as administrações regionais de saúde. Permitindo experiências inovadoras de gestão, veio abrir a porta a um esboço de regulamentação no Estatuto do SNS, em 1993, que definiu a possibilidade de os estabelecimentos hospitalares e centros de saúde terem gestão privada, para o que autorizou a migração de pessoal do sector público para o sector privado sem perda de vínculo. Propôs um seguro alternativo de saúde. Abriu a porta à municipalização de serviços de cuidados primários de saúde e à devolução de outros para instituições privadas de solidariedade social, nomeadamente misericórdias; permitiu a delegação da gestão de unidades de saúde a empresas privadas ou a grupos de médicos, por concurso e tabelas prefixadas, e abriu a porta, de novo, a convenções, de base geográfica, a celebrar entre o SNS e grupos de médicos. Talvez pelo seu carácter inovador, e apesar da forte dose de

consenso político nelas substanciado, excluindo as quatro experiências hospitalares já referidas e o apelo às IPSS para colaborarem nos programas de redução das listas de espera em cirurgia electiva, nenhuma destas medidas teve aplicação prática.

A partir destas duas peças legislativas elaborámos o *Quadro I*, que descreve as principais experiências inovadoras e exemplifica os casos onde tiveram alguma continuidade.

Dada a predominância que assumiram os dois modelos hospitalares, concessão de gestão e quase-empresarialização, vale a pena observar as características de cada um deles.

A concessão de gestão foi realizada no Hospital Fernando da Fonseca, ou Amadora/Sintra, por concurso público, por um período de cinco anos, renovável³. A retribuição ao concessionário é praticada por unidade de produção, ou doentes tratados em internamento, com acesso às consultas ou assistidos na urgência, sob a forma de duodécimos; o investimento inicial foi totalmente

³ Concurso público n.º 8/94, de 14 de Setembro de 1994, com base na Portaria n.º 704/94, de 25 de Julho. O contrato de gestão do Hospital Fernando da Fonseca foi publicado pela respectiva Sociedade Gestora em 1995.

Quadro I
Experiências inovadoras de gestão na sequência da Lei de Bases de 1990

Modalidades	Sequência	Data
Concessão de gestão de hospitais	HFF	1995
Quase-empresarialização	HSS, ULSM, HBA	1996, 1999, 2000
Convenções com médicos	Locais dispersos	—
Seguro alternativo (<i>opting out</i>)	Não implementado	—
Municipalização de serviços de saúde	Não implementada	—
Devolução de responsabilidades a IPSS	«Acesso» e PECLEC	1998, 2003
Delegação da gestão em empresas privadas	Não implementada	—
Cooperativas de profissionais de saúde	Não implementadas	—

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

Os três casos de quase-empresarialização têm muito de comum entre si, embora no caso de Matosinhos tenham sido agregados o hospital e os centros de saúde numa única unidade local de saúde com gestão conjunta.

As principais características destes modelos são as seguintes: cada hospital teve um período de três anos de funcionamento experimental, seguindo-se uma avaliação, a qual teve lugar para o Hospital de São Sebastião e para a Unidade Local de Saúde de Matosinhos (em conjunto com nova avaliação do Hospital Fernando da Fonseca) entre Julho de 2001 e Abril de 2002, pelo Instituto Nacional de Administração (INA), a mesma entidade que realizou a avaliação conjunta dos Hospitais Fernando da Fonseca e Garcia de Orta em 1999⁴. O controlo financeiro é feito *a posteriori* por uma comissão de fiscalização

com participação maioritária do Ministério das Finanças; a gestão é feita por contratos-programa, com planeamento financeiro plurianual. O financiamento do hospital é proporcional à produção, com base em tabelas gerais; o risco de gestão é fortemente partilhado com o conselho de administração, que responde civil, penal e disciplinarmente; o hospital está organizado segundo centros de responsabilidade e com regras de contratualização interna. Do ponto de vista das regras de gestão financeira e de pessoal, estas três experiências concentram soluções inovadoras: os hospitais dispõem de autonomia financeira, baseada em programação trienal, com reversão dos saldos de gerência; o pessoal sem vínculo pode ser admitido segundo regras de contrato individual de trabalho, com direito a ingresso na função pública se a experiência cessar, uma vez que existe uma garantia de vínculo jurídico de emprego público; o pessoal pode ainda optar pelo regime da aposentação pública e de cobertura de saúde pela ADSE (Campos, 2000).

Na primeira avaliação comparada entre o Hospital Fernando da Fonseca (Amadora-Sintra) e um de modelo convencional, como o Hospital Garcia de Orta, em Almada (Portugal. INA, 1999), observaram-se na gestão privada as seguintes vantagens: ganhos de eficiência, contenção de gastos, aquisições a melhor preço, proximidade a resultados, formação orientada para o desempenho e prémios proporcionais à qualidade e aos resultados do desempenho individual. Em compensação, observaram-se, como inconvenientes, o menor incentivo à diferenciação profissional, a concentração de casuística em diagnósticos mais frequentes e de menor severidade e alguma fungibilidade entre consultas externas e urgências devido ao facto de o sistema de retribuição tratar ambas da mesma forma.

4. Finalmente, o hospital-empresa

A Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002 definiu com algum detalhe as regras a que deveria obedecer a transformação de estabelecimentos públicos prestadores de cuidados hospitalares em entidades públicas empresariais (EPE). A opção por esta figura (EPE), «justificada pela maior proximidade com a natureza dos serviços, cuja natureza se intenta transformar, não prejudicava que na devida altura se pudesse vir a recorrer ao modelo de sociedade comercial de capitais públicos». A reforma é acelerada pela inclusão no Programa de Estabilidade e Crescimento (actualizado para o período de 2002-2005) apresentado à União Europeia, onde Portugal se comprometeu expressamente a «converter em empresas públicas hospitais de média dimensão e com capacidade estrutural e experiência positiva de desempenho que lhes permita, com dotação extraordinária de capital, melhorar as condições de qualidade e eficiência de desempenho e resolver o passivo acumulado».

A Resolução n.º 41/2002 estabelecia procedimentos de identificação de unidades hospitalares a transformar em EPE, de forma participada, envolvendo as entidades públicas prestadoras de cuidados hospitalares, as administrações regionais de saúde e as estruturas centrais do Ministério da Saúde. Começar-se-ia por uma fase de manifestação de interesse por parte das unidades, a que se seguiria uma apresentação de candidatura, coordenada pelas administrações regionais de saúde. Posteriormente, por despacho do Ministro da Saúde, seriam identificadas caso a caso as unidades a transformar em EPE por decreto-lei. As condições básicas de elegibilidade seriam a dimensão média, uma dívida acumulada nunca superior a 35% da despesa total do ano anterior e capacidade demonstrada

⁴ O relatório desta segunda avaliação conjunta foi entregue ao signatário, como ministro da Saúde, nos primeiros dias de Abril de 2002 e, por a sua conclusão ter coincidido com a transição do XIV para o XV Governos, nunca foi publicado.

de gestão. O projecto de transformação empresarial deveria fundar-se em estudo prévio de viabilidade económico-financeira e incluir propostas concretas de estrutura de gestão e de um contrato-programa plurianual de gestão, bem como um projecto de regulamento interno. Em 2002, a Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, veio alterar de forma decisiva algumas disposições da Lei de Bases da Saúde, de 1990: admitiu o contrato individual de trabalho e a contratação colectiva de trabalho como instrumentos laborais regulares, ao lado do estatuto da função pública; determinou o financiamento directo aos hospitais, não por dotações globais, mas por actos realizados e remunerados por tabela de preços centralmente definida; permitiu que entre os modelos de gestão dos hospitais passasse a figurar a sociedade anónima de capitais públicos; alargou à prática privada em regime liberal a regulamentação e fiscalização pelo Ministério da Saúde do exercício de qualquer profissão que implique a prestação de cuidados de saúde; aprovou um novo regime jurídico de gestão hospitalar. De acordo com o Regime Jurídico da Gestão Hospitalar, anexo à Lei n.º 27/2002, a rede de prestação de cuidados de saúde integra vários

modelos jurídicos de hospitais (Quadro II):

- Os estabelecimentos públicos dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial (hospitais SPA);
- Os estabelecimentos públicos dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial (hospitais EPE);
- As sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos (hospitais SA);
- Os estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos (clínicas simples e clínicas com nome de hospital);
- As instituições e serviços do SNS, geridas por entidades públicas ou privadas, mediante contrato de gestão (exemplo: Hospital Fernando da Fonseca, ou Amadora/Sintra) ou em regime de convenção por grupos de médicos e outros profissionais de saúde⁵ (sem exemplo conhecido);

⁵ A expressão «podendo aderir à mesma (convenção) outros profissionais de saúde, em termos a definir no despacho que autorize a convenção», não existia na Lei n.º 48/90.

- A estas categorias haverá ainda a acrescentar a espécie dos hospitais públicos a construir em financiamento por parceria público-privada (hospitais PPP) no caso de não se subsumirem em alguma das categorias anteriores.

Ainda não se conhecem as regras que regerão internamente os hospitais que ficarão com o estatuto SPA. À data em que escrevemos existe apenas um documento em discussão, o qual pode ainda vir a sofrer alterações antes de publicado. Já analisámos as regras de funcionamento das três experiências precursoras dos hospitais EPE. Como a lei afirma que as regras a que obedecerá o funcionamento dos estabelecimentos a quem seja atribuído esse estatuto serão estabelecidas por diploma próprio do governo, para cada um deles, não se anunciando a criação de novas unidades, e tendo o seu funcionamento sido já atrás descrito, não se considera por agora necessário regressar a eles. A legislação que rege as clínicas privadas, as clínicas que funcionam sob o nome de hospital e os pequenos hospitais que historicamente pertenceram e continuam a pertencer

Quadro II
Nova tipologia jurídica dos hospitais da rede

Tipo	Natureza	Legislação	Quantidade
Hospitais SPA	Personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira	Em discussão	Ignorada
Hospitais EPE	Idem, mais natureza empresarial	Desconhecida	Ignorada
Hospitais SA	Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos	31 decretos-leis, de Dezembro de 2002	34
Clínicas com e sem nome de hospital	Estabelecimentos privados	Legislação existente	Numerosa
Contrato de gestão	Estabelecimentos públicos	Legislação existente	1
Hospitais PPP	Estabelecimentos públicos, estatuto a definir	Em preparação	10

cer a instituições privadas de solidariedade social (IPSS) não tem neste momento actualidade de análise.

O único contrato de gestão até hoje realizado, o do Hospital Fernando da Fonseca, ou Amadora/Sintra, encontra-se em discussão por tribunal arbitral nele previsto. Tendo em conta esse facto, não parece útil comentar-se por agora a legislação que o habilitou.

Resta-nos a legislação relativa aos hospitais SA. A sua publicação foi prioridade assumida pelo governo para que a eles pudesse ser aplicado, ainda em 2002, o dispositivo de dotação de volumoso capital social que, absorvendo o défice acumulado em cada um deles, permitiu deslocar, das despesas de funcionamento para as despesas de capital, quase 900 milhões de euros, ou seja, 0,7% do PIB desse ano, valor assim subtraído ao défice da execução orçamental. No final do ano de 2002 foram publicados os diplomas que transformavam 34 hospitais de médio porte em 31 sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos. Os diplomas são iguais para todos os estabelecimentos, apenas variando o nome do hospital e a dotação em capital. Vejamos os seus pontos essenciais.

5. Hospital SA, precursor ou cobaia?

Em boa lógica, o modelo de hospital SA deveria ter surgido só depois de publicada a nova regulamentação dos hospitais SPA e dos hospitais EPE. Já se apontaram as razões do salto lógico. Interessa agora analisar os ganhos introduzidos por este novo modelo, o qual irá certamente influenciar os que vierem publicados a seguir. Analisemos as principais ideias relativas ao estatuto, dotação de capital, poderes especiais, regras de controlo financeiro, regimes laborais, órgãos

sociais, instrumentos de gestão e direcção técnica.

Estatuto: trata-se de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos. O que não parece impedir a sua alienação a outros institutos públicos ou a autarquias locais. Mais discutível será saber se basta apenas uma alteração do diploma constitutivo da sociedade para a alienação de capital a privados, iniciando uma privatização casuística do SNS. Esse será um ponto interessante em termos políticos e técnicos. Por agora, tendo em conta a natureza «exclusivamente pública» dos capitais constitutivos, discutir a privatização é matéria especulativa. Por agora, o hospital SA está integrado no SNS, sendo seu accionista o Estado, representado pelos Ministérios das Finanças e da Saúde. Mas o hospital SA pode associar-se em agrupamentos complementares de empresas e outras formas permitidas por lei. Rege-se, além da sua legislação própria, pelo regime jurídico do sector empresarial do Estado e pelo direito comercial, a lei reguladora das sociedades anónimas. Será também o direito comercial que regula as futuras alterações de estatutos. Dotação em capital: cada um dos 31 novos hospitais SA foi dotado de um capital social diferente, para cuja determinação contribuiu o montante do défice acumulado. Os bens, direitos e obrigações do anterior estabelecimento (hospital incumbente) foram incluídos no capital próprio, como reservas, pelo valor contabilístico. Todavia, fixou-se o princípio de, até final de 2003, o valor inicial ser corrigido com nova informação patrimonial.

Poderes especiais: sendo embora uma empresa regida pelo direito privado, o novo estabelecimento pode requerer expropriações por utilidade pública. Tem à sua inteira guarda e responsabilidade as infra-estruturas preexistentes, concessionária actividades relacionadas com o seu fim social no âmbito dos

meios que lhe estão afectos, como se de ente público se tratasse. Pode celebrar contratos ou acordos de gestão relativos a partes funcionalmente autónomas do hospital com entidades privadas ou grupos de profissionais de saúde.

Regras de controlo financeiro: o hospital SA tem de produzir relatório e contas anuais, devendo submeter tais documentos aos ministros das Finanças e da Saúde pelo menos duas semanas antes da assembleia geral anual. É obrigado a prestar informação mensal sobre a execução orçamental. Tem limites ao endividamento: acima de 10% carece de autorização da assembleia geral e não poderá em caso algum ultrapassar os 30% do capital social.

Regime laboral: são quatro as modalidades laborais que podem coexistir nos hospitais SA: (a) regime de transição: os funcionários públicos do hospital incumbente transitam para o hospital SA, mantendo vínculo e estatuto; terão um ano para optarem pelo contrato individual de trabalho, para o que pedem exoneração do lugar inicial, cessando, *ipso facto*, o seu vínculo à função pública; (b) regime laboral público: preferindo, podem os funcionários públicos manter-se no quadro inicial, com direitos de promoção e progressão apenas internamente garantidos; (c) regime especial: contrato individual de trabalho celebrado com pessoal dos corpos especiais do SNS, em licença sem vencimento, regressando ao quadro de origem, em lugar a extinguir quando vagar, terminada a licença, ou sujeitando-se a outra colocação em lugar vago do quadro de outro serviço mais carenciado na mesma sub-região de saúde ou, se não existir, da região de saúde; (d) comissão de serviço, por três anos, tratando-se de outros funcionários do Estado, autarquias, empresas públicas e institutos.

Órgãos sociais: a assembleia geral, o conselho de administração (CA),

o fiscal único e outros órgãos: a comissão executiva do conselho de administração, o conselho executivo, os órgãos de apoio técnico. O conselho de administração poderá ter até cinco membros. A direcção técnica incumbe ao director clínico e ao enfermeiro-director, membros inerentes do CA, não executivos, mas com direito a voto; o mandato dos órgãos é de três anos, mas a assembleia geral pode destituí-los a todo o tempo com base em inobservância da lei ou regulamento, violação grave dos deveres de gestão ou não cumprimento do contrato-programa.

Instrumentos de gestão: o contrato programa plurianual a celebrar com o Ministério da Saúde com objectivos e metas quantificadas e calendarizadas e indicadores de desempenho; o contrato-programa é desdobrado em planos de actividades plurianuais e anuais; o orçamento, a conta e o relatório interno são instrumentos de rotina anual; poderá haver contratos-programa de formação; podem ser criados incentivos ao desempenho com verbas consignadas no orçamento anual; finalmente, os dirigentes destes hospitais dispõem de poder disciplinar, «nos termos da legislação aplicável», fórmula que carece de precisão.

Direcção técnica: a direcção técnica incumbe ao director clínico e ao enfermeiro-director: o primeiro

coordena toda a assistência prestada aos doentes, responde pela integração da actividade médica, garante a qualidade dos cuidados, resolve os conflitos e os problemas deontológicos, participa na gestão do pessoal médico, nomeadamente nos processos de admissão e de mobilidade interna e vela pela constante actualização do pessoal médico, acompanhando e avaliando o exercício da medicina e a formação dos médicos. O enfermeiro-director também coordena tecnicamente a enfermagem, elabora propostas de gestão do pessoal e colabora na avaliação, define padrões de qualidade e indicadores de avaliação de enfermagem, cria sistemas de classificação de pacientes com vista a identificar e quantificar as necessidades de enfermagem, realiza estudos custo-benefício no âmbito dos cuidados de enfermagem e acompanha e avalia a actividade da enfermagem e a formação dos enfermeiros.

6. Conclusão

O novo figurino de hospital SA, agora aplicado a 34 estabelecimentos, está ainda no início da sua implementação. Publicada a legislação no final de 2002, nomeados os primeiros dirigentes, estão a dar-se os primeiros passos para a regulação das novas entidades jurídicas. Ainda é muito cedo para balanços.

Todavia, tal não exclui a necessidade de antecipar um quadro analítico de oportunidades e riscos (*Quadro III*).

Do lado das oportunidades encontramos a clarificação do modelo empresarial, com a opção pela sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos. A definição de meios, em capital e receitas, a partir de facturação segundo tabela nacional, e de responsabilidades correspondentes, através da tentativa de transferir os riscos de má gestão para o conselho de administração, que a todo o tempo pode ser substituído pelo accionista Estado. A clarificação da estrutura interna, vantagem já atrás encontrada nos hospitais públicos concessionados a gestão privada, é uma das armas importantes no funcionamento das estruturas de governo interno. A limitação do endividamento está bem definida: 10% mediante autorização do accionista e acima de 30% acendendo a luz vermelha da demissão dos dirigentes; mas ninguém pode garantir que ela não passe de excepção a regra. Só a prática o poderá demonstrar, não se conhecendo ainda a filosofia a que vai obedecer a construção da tabela de actos. Acresce ainda o facto de a libertação das redundâncias em recursos humanos não ser fácil nem automática, podendo cada hospital ter de conservar, por mais tempo do que a eficiência interna aconselharia, pessoal desne-

Quadro III
Hospitais SA. Algumas oportunidades e riscos

Oportunidades	Riscos
Absorção do défice	Novos défices, se forem irreais as tabelas ou atrasados os pagamentos
Modelo empresarial clarificado	Esquecimento da cultura do sector
Definição de meios e responsabilidades	Direcções internas flutuantes e idiosincráticas
Clarificação da estrutura interna	Incentivos ao desempenho dependentes da qualidade do sistema de informação
Limitação do endividamento	Pluralidade de estatutos de pessoal
Incentivos positivos ao desempenho	Incentivos à redundância de recursos humanos e ineficiência
Seleção natural do pessoal	

cessário eventualmente útil noutras unidades. Mas deve registrar-se a boa construção da lei, que induz os melhores, ou pelo menos os mais interessados num desempenho bem qualificado, a ficarem e tacitamente aconselha os mais passivos a abandonarem o estabelecimento, como que por selecção natural. Será muito útil a criação de incentivos ao desempenho, sobretudo os de natureza pecuniária, mas devem ser selectivos, isto é, por definição, não podem abranger todos os funcionários, mas só uma parte deles, para que sejam realmente discriminantes do bom desempenho. Finalmente, a absorção do défice passado é outra das grandes oportunidades que agora se oferecem aos hospitais SA. Começar vida nova de cara lavada.

Cada uma destas oportunidades pode gerar riscos correspondentes. Os gestores vindos de outras áreas podem trazer inovação e fertilização cruzada, mas pecam por desconhecerem a cultura específica do sector. O risco estará na assumpção de uma de duas atitudes extremas: ou a agressividade desnecessária contra o irracional, cuja criação se não entende, ou a tolerância excessiva face a supostas especificidades de um mundo que se desconhece e em relação ao qual se criam complexos de não agressão. A sábia posição intermédia pode levar tempo a conseguir, tempo durante o qual se acumularam erros e vícios.

A liberdade que se reputa de excessiva na nomeação e demissão das chefias intermédias, quase sem requisitos de senioridade, pode ser interessante em situações-limite, mas, como regra, é fonte de arbítrio e geração potencial de resistências passivas. Os incentivos ao bom desempenho só podem funcionar se existir um sistema de informação apurado e atempado que permita que prémio ou recompensa surjam próximos da conduta que os gerou, e não deles distanciados de modo a perderem influência nas condutas futuras. A pluralidade de estatutos de pessoal, necessária na fase de transição inicial, a qual pode bem durar uma década, traduz-se em maior complexidade de gestão e assimetrias de direcção impossíveis de evitar, dada a complexidade técnica de cada situação e a tendência natural de cada agente explorar a lei em vantagem própria. Finalmente, como já foi referido, a necessidade de contemporizar com direitos adquiridos pode eternizar distribuições ineficientes de recursos humanos, gerando redundâncias e vazios difíceis de tapar.

As críticas mais fortes ao novo modelo não se referem à orgânica, nem aos poderes, nem à partilha do risco, nem ao modelo de financiamento, embora este último nem sequer tenha sido explicitado. As críticas têm-se concentrado em três pontos: a ausência de mecanismos reguladores, a estratégia de

mudança (mudar de uma só vez 34 estabelecimentos) e o mecanismo de escolha dos dirigentes dos hospitais SA e, subsequentemente, das respectivas chefias intermédias. Em relação ao primeiro ponto, foi já anunciado que o estatuto da futura entidade reguladora da saúde se encontra em preparação. Em relação ao segundo ponto, tem sido considerado arriscado o passo de conversão de tão grande número de institutos públicos em hospitais SA devido à escassez nacional de experiência do modelo e à quase ausência de mecanismos de regulação do novo tecido institucional. Em relação à segunda crítica, pela vulnerabilidade que a nomeação livre e incondicionada oferece ao partidatismo, amiguismo, incompetência, fraude, corrupção e a todas as habituais consequências dos processos de escolha a grande distância do mecanismo eleitoral de legitimidade democrática, em contexto de insuficiência fiscalizadora e de escassa responsabilidade social.

Em relação à estratégia, há bons argumentos a favor, quer de uma mudança súbita, quer de uma mudança progressiva. A questão é mais empírica do que conceptual. Se houver meios para acompanhar, controlar e corrigir os erros de percurso de uma mudança brusca, ela pode superar a mudança lenta em vantagens. Embora abunde o cepticismo acerca dos meios e métodos de regulação das novas entidades,

Quadro IV
Nomeação de *outsiders*. Algumas vantagens e inconvenientes

Vantagens	Inconvenientes
Ideias novas	Ignorância técnica sobre especificidades
Fertilização cruzada	Ausência de ideias inovadoras, apenas cruzadas
Experiência empresarial anterior	Experiência anterior não conhecida nem garantida
Independência de julgamento	Dependência partidária e suas vulnerabilidades
Liberdade em relação às corporações	Dificuldade de fixar prioridades em situação de escassez
Sensibilidade financeira ao défice	Miopia negociata
Abertura para devolução sucessiva por concessões de gestão de subunidades	

agravado pelas notícias públicas de que está agora a ser preparada a legislação reguladora, será necessário deixar passar pelo menos um ano sobre a experiência para que alguma avaliação possa ser feita. Em relação à forma de identificação dos dirigentes, as principais críticas têm-se baseado na nomeação de pessoas externas ao sistema de saúde, desconhecendo as respectivas especificidades e sem atributos que garantam a qualidade indiscutível dos nomeados. No *Quadro IV* listámos as vantagens e inconvenientes da nomeação de *outsiders*. Os novos gestores, vindos de fora do sector da saúde, podem trazer ideias novas, fertilizando um terreno habituado longo tempo a uma só cultura. Se tais gestores tiverem uma experiência variada, melhor ainda, pois podem sempre adaptar ideias testadas anteriormente a um novo contexto. Vindos do exterior, sem vínculos de carreira ao sector da saúde nem vícios genéticos pela associação excessiva a determinadas unidades, terão mais independência de julgamento do que oficiais do mesmo ofício e pares dos governados. Terão certamente maior sensibilidade ao défice do que os gestores internos, longos anos habituados até à tolerância, ou mesmo ao vício, na geração crónica de défice sempre coberto nas gerências futuras, sem qualquer penalização ao seu desempenho, ou, pior ainda, com prémio implícito aos mais gastadores. Gestores do exterior serão também mais sensíveis ao *contracting-in*, isto é, à definição de subunidades internas com autonomia total (empresas) ou parcial

(centros de responsabilidade integrada) a quem se deleguem responsabilidades de produção de bens e serviços intermédios, como os meios de diagnóstico, ou o controlo da infecção, ou a gestão da qualidade, ou o *contracting-out* a empresas externas a quem se adquiram serviços logísticos, como a segurança, estacionamento e portarias, limpeza, alimentação, transportes, aquecimento e lavandaria. Cada solução carrega os seus próprios inconvenientes. Os gestores vindos de fora vão estar submetidos não apenas às consequências dos erros próprios, mas ainda à agressão daqueles que se sentem afectados no seu poder interno. Estes tenderão a sobrevalorizar a ignorância técnica dos «intrusos» sobre as especificidades do sector, afectando o seu carisma e desmoralizando-os. Os gestores do exterior, se pretenderem ignorar a cultura interna, cairão com mais facilidade em armadilhas explícitas ou implícitas. Se não tiverem gabarito mínimo, serão rapidamente marginalizados dentro da organização. Se a sua força residir apenas na inscrição ou apadrinhamento partidário, rapidamente esgotam a energia, passando de recurso a estorvo. Gestores desconhecendo o sector terão mais dificuldade em fixar prioridades de acção em contexto de escassez e nada mais deletério para a moral interna da organização do que constatar prioridades invertidas. Finalmente, os gestores do exterior, se tiverem reduzida qualidade, serão mais vulneráveis ao *micromanagement*, ao gosto do pormenor sobre a variedade do tecido, ao

culto da árvore, esquecendo a floresta, ou, pior ainda, à miopia negociasta dos ganhos a curto prazo, esquecendo a direcção estratégica da actividade e os objectivos sociais a que ela deve obediência.

O futuro imediato, mesmo a um ano, é largamente imprevisível. Parte dos dirigentes agora nomeados já não estará em funções ao fim de um ano. Por razões diversas: desajustamento do nomeado à função, frustração pessoal, incapacidade intrínseca, exoneração pelas razões previstas na lei. Outros estarão realizados, produtivos e aceites pelo tecido institucional. Se persistir a instabilidade na chefia do sector (sete ministros em doze anos), será mais do que provável que alguns dos nomeados sejam substituídos sem razão aparente. Mas mais importante do que prever as dificuldades em dirigentes será poder acompanhar a nova experiência e salientar o que ela pode trazer de positivo.

Qualquer que seja a posição ideológica sobre a crescente adopção do paradigma empresarial no hospital público português, existem dúvidas fundadas de que algumas das condições indispensáveis ao sucesso da iniciativa não se encontram ainda realizadas. Como escreve Mónica Oliveira, qualquer melhoria do sistema depende da capacidade reguladora do governo para acompanhar e supervisionar cada conversão e para instituir métodos de cooperação e coordenação e, finalmente, para aperfeiçoar as formas de distribuição de recursos dentro do sector hospitalar (Oliveira, 2003).

□ Referências bibliográficas

ANTUNES, M. — A doença da saúde. Lisboa : Quetzal Editores, 2000. 45.

CABRAL, M. Villaverde; SILVA, P. Alcântara da; MENDES, H. — Saúde e doença em Portugal. Lisboa : Imprensa de Ciências Sociais, 2002. 242.

CAMPOS, A. C. — Novos modelos de gestão de hospitais. In FORUM DE ECONOMIA DA SAÚDE, 2 de Fevereiro de 2000 — Livro de comunicações. Porto : Departamento de Clínica Geral. Instituto Superior de Estudos Empresariais. Universidade do Porto, 2000. 47-75

DECRETO-LEI N.º 48 357/68. Diário do Governo. I Série. 101 (68-04-27) 599-612

OLIVEIRA, M. — Will hospital management reform in Portugal work? *Euro Observer*. 4: 4 (Winter 2002) a3-a5.

PORTUGAL. Instituto do Consumidor — *O Consumidor*. 86 (1999).

PORTUGAL. INA — Avaliação comparada do Hospital Fernando da Fonseca e de Garcia de Orta. Oeiras : Instituto Nacional de Administração, 1999.

PORTUGAL. INA — Projecto de avaliação de unidades de saúde : introdução e sumário executivo. Lisboa: Instituto Nacional de Administração, 2002. 22

PORTUGAL. Ministério da Reforma do Estado e da Administração Pública. DGAP — Relatório sobre o balanço social global dos hospitais. Lisboa : Direcção-Geral da Administração Pública, Dezembro de 2000. 44

PORTUGAL. Ministério da Saúde. DEPS. Grupo de Trabalho sobre o Estatuto Jurídico do Hospital — Relatório final. Lisboa : Departa-

mento de Estudos e Planeamento da Saúde, 1997. 57

PORTUGAL. OPSS — Relatório da Primavera. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2001. 22

PORTUGAL. Secretaria de Estado da Administração Pública. Secretariado da Modernização Administrativa — Relatório de Abril. Lisboa : Secretariado da Modernização Administrativa, 1999.

ROCHA, J. J. Nogueira da — O hospital : estrutura, dinâmica de gestão, desenvolvimento organizacional. Lisboa : ENSP, 1985 Dissertação para concurso a professor auxiliar da cadeira de Administração Hospitalar da Escola Nacional de Saúde Pública.

□ Summary

THE HOSPITAL AS AN ENTERPRISE: A LONG POSTPONED BIRTH

The enterprise model of hospital management has been a longtime aspiration of health care professionals and hospitals in Portugal. The hospital organization literature has been, since 1968, oriented towards the use of private management tools and practices. Several pieces of legislation recommended this orientation and the whole nineties documented temptatives to install new and flexible rules in the recently build hospitals in Santa Maria da Feira, Matosinhos, Algarve and Amadora-Sintra. A working

party appointed to design a new hospital management model, in 1997, strongly recommended entrepreneurial methods, practices and organization rules to be adapted to hospitals. However, apart from the four pilot models above mentioned, the mainstream of hospital management perpetuated during the nineties the public administration model. The implications of these bureaucratic rules in hospital efficiency, as well as in providers and users satisfaction, became growingly deleterious.

Recently, by the end of year 2002, new legislation modified the existing institutional setting and several different management models were allowed: hospitals SPA, hospitals SA, hospitals EPE, private management of public hospitals and PPP hospitals. The first structured piece of legislation was produced for hospitals SA, which means a private enterprise with public assets. The implications of this model was studied in this paper, in terms of statutory role, capital ownership, public authority, financial management rule, industrial relations policy, managerial instruments and ways of internal government. The strategy of quick conversion of 34 unities into the new model, as well as the appointment of boards of governors from the private sector, outside the health care system, was also discussed. Pros and cons of these options were discussed and recommendations were suggested for the near future.