

Gestão hospitalar em Portugal.

A evolução dos últimos 20 anos

MANUEL DELGADO

A. Introdução

No momento em que foram introduzidas profundas alterações na lógica, no modelo e nos mecanismos de gestão dos hospitais públicos portugueses, parece-nos oportuno, não só dissecar o novo enquadramento legal, como relativizá-lo à luz das produções legislativas que, nesta matéria, marcaram as duas últimas décadas.

Propomo-nos assim, levar até ao leitor, a análise dessa evolução assente por um lado, na caracterização sucinta e comparada dos textos legais de 1968, 1970, 1977 e 1988 e por outro, na análise das traves mestras da legislação actual.

Circunscreveremos o nosso trabalho, no essencial, à análise da função "Administração". Apenas nos referiremos a outras dimensões hierárquicas ou à estrutura funcional, quando daí resultarem elementos importantes para a melhor compreensão daquela.

Por fim, uma nota metodológica ligada à terminologia a adoptar: utilizaremos a palavra "administração" para identificar a função através da qual se definem as finalidades,

objectivos e valores de uma organização, se reúnem e distribuem os recursos adequados, se procede à coordenação e ao acompanhamento das actividades e se avaliam os resultados.

Esclareça-se que é também nesta acepção que as palavras "gestão" ou "management" são frequentemente utilizadas. Inclusivamente, os textos legais que iremos analisar, adoptam, sem grande rigor terminológico, e de forma indistinta, as palavras "administração" e "gestão".

Não é todavia relevante para o presente trabalho suscitar a reflexão e a discussão sobre este assunto.

B. O quadro legal da administração hospitalar ao longo dos últimos 20 anos

Não temos dúvidas de que na década de 60 se assistiu ao ponto de viragem mais importante quanto ao enquadramento legal dos hospitais portugueses.

Em 1968, e pela primeira vez entre nós, foi produzido um conjunto integrado e coerente de diplomas legais visando criar um estatuto comum para o hospital português e para os respectivos profissionais, bem como um regulamento geral dos hospitais.

□

Manuel Delgado é Administrador Hospitalar e colaborador na docência da Cadeira de Administração Hospitalar da Escola Nacional de Saúde Pública

Na génese desta histórica mudança não estiveram, essencialmente, razões de natureza política. Pelo contrário, foram antes razões de índole científica, técnica, económica e social que tornaram inadiáveis as modificações então ocorridas. A especialização e sofisticação crescente das ciências e técnicas médicas, exigindo, em muitos casos, o trabalho já não do médico isolado e polivalente, antes a sua integração em equipas de saúde pluridisciplinares; os custos cada vez mais elevados dos recursos e a conseqüente necessidade de os racionalizar e concentrar em estabelecimentos hospitalares; a evolução da opinião pública, cada vez menos relutante em aceitar o tratamento hospitalar são, enfim, razões suficientemente ilustrativas da importância e oportunidade das medidas então tomadas.

Pela primeira vez também, e como corolário da diversificação, complexidade e responsabilidade crescente dos hospitais, foi reconhecido que "... a administração dos hospitais, ao menos dos mais importantes, tornou-se tarefa de profissionais, com preparação cuidada e estatuto adequado, visto que a mobilização de meios financeiros e humanos nos serviços de saúde atinge enorme volume e os prejuízos decorrentes de uma gestão pouco esclarecida podem ser importantíssimos, tanto do ponto

Quadro I
Mapa resumo dos órgãos de administração ^(a)

ANO	1968	1970	1977	1988
diploma legal	dec. 48 358	dec. 499/70	dec. reg. 30/77	dec. reg. 3/88
ÓRGÃOS DE ADMINISTRAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Provedor • Conselho de Administração • Administrador 	<ul style="list-style-type: none"> • Conselho de Administração • Conselho de Direcção 	<ul style="list-style-type: none"> • Conselho Geral • Conselho de Gerência • Administrador 	<ul style="list-style-type: none"> • Conselho de Administração • Presidente do Conselho de Administração • Administrador-Delegado

(a) O presente quadro ilustra a situação dos Hospitais Centrais da rede oficial. Algumas adaptações contemplam hospitais hierarquicamente inferiores e os pertencentes às Misericórdias, nas legislações de 1968 e de 1970.

Quadro II
Órgãos responsáveis pela concepção e execução na estrutura da administração

ano	1968	1970	1977	1988
ÓRGÃOS DE CONCEPÇÃO	Conselho de Administração	Conselho de Administração	Conselho Geral	Conselho de Administração
ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO	Provedor	Conselho de Direcção	Conselho de Gerência	Administrador-Delegado

de vista económico como social e humano“, [Do preâmbulo do Decreto-Lei nº 48 357 de 27 de Abril de 1968].

Será esta, proventura, a nota mais saliente do desenvolvimento legislativo subsequente e que se viu inclusivamente reforçado nas alterações de 1970 e no novo pacote legislativo de 1977.

Só em 1988, com a entrada em vigor do Dec-Lei nº 19/88 e do Decreto Regulamentar nº 3/88, tais pressupostos foram objectivamente contrariados.

De tal evolução daremos todavia conta no momento próprio.

Detenhamo-nos, então, nos órgãos de administração dos hospitais correspondentes aos momentos legislativos já referidos.

Em forma resumida, poderá o leitor tomar como referência o quadro que lhe apresentamos (*Quadro I*).

1. Responsabilidades de concepção versus responsabilidades de execução

O estudo dos textos legais referidos no *Quadro I*, permite-nos constatar que, em todos os momentos, o legislador separou, de forma mais ou menos clara, as competências de concepção ou de definição da política dos hospitais, das subsequentes tarefas inerentes à sua implementação (a realização dos fins do hospital). Assim, estas duas grandes tarefas da função “administração” aparecem sempre distribuídas fundamentalmente por dois órgãos, como se poderá verificar no *Quadro II*.

Para melhor sistematização da sua análise comparativa, utilizaremos alguns parâmetros de abordagem que consideramos mais relevantes, a saber:

1. responsabilidades de concepção, versus responsabilidades de execução;
2. individualidade ou colegialidade dos órgãos;
3. constituição exclusivamente interna ou mista dos órgãos;
4. o papel do médico;
5. o perfil e o papel do administrador;
6. os pressupostos da nomeação dos titulares de cargos de administração.

Numa análise mais pormenorizada, verifica-se que, com excepção de 1968, o legislador, ao enunciar os órgãos de Administração coloca sempre em primeiro lugar o órgão de concepção e só depois o órgão de execução (comparem-se os Quadros I e II).

Tal atitude parece-nos, aliás, consentânea com a hierarquização das responsabilidades dos dois tipos de órgãos.

Pelo contrário, fica-nos a ideia de que o legislador em 1968, e de forma um pouco contraditória, separou responsabilidades mas inverteu de certo modo a sua hierarquização. É assim, com naturalidade, que se constata que em 1970 tal matéria é objecto de uma clarificação exemplar.

Esta distribuição de poderes entre dois órgãos, revela-se assim uma tradição legal do nosso sistema de órgãos de administração hospitalar.

Acautelando, no entanto, o princípio da unidade da função “administração”, os quatro textos legais em apreço contemplam a inclusão dos titulares dos cargos previstos no órgão de execução, na composição do órgão de concepção. Tal disposição parece-nos acertada, pois só desse modo se poderão garantir a coerência, a continuidade e, como corolário, a operacionalidade da função.

2. Individualidade ou colegialidade dos órgãos

Será também por razões de operacionalidade que muitas vezes se questiona a matéria referente à individualidade ou colegialidade dos órgãos. Será a esta luz defensável que quem concebe e traça a política e avalia resultados deva ser um órgão plural e, ao invés, quem é responsável pela execução e o controlo seja um órgão uninominal. Nesta linha se perfilam as disposições de 1968 e de 1988.

Todavia, poder-se-á considerar que as especificidades da gestão hospitalar, as idiosincrasias do próprio “processo produtivo” suscitam por vezes, decisões que mesmo em sede de execução, apresentam melindres e consequências que tornariam mais avisada a sua assumpção por um órgão colegial.

Pese embora não desejarmos fazer tese sobre esta matéria, optamos por privilegiar estes condicionalismos relativamente às questões de operacionalidade.

Parece ter sido esta também a opção do legislador, quer nas alterações de 1970 quer nas novas leis de 1977.

3. Constituição exclusivamente interna ou mista dos órgãos

É hoje pacífico encarar as organizações como sistemas abertos em permanente inter-relação com o seu meio envolvente. Na análise específica do Hospital, tais concepções têm, obviamente, pleno cabimento, pelo que nos dispensamos de as aprofundar.

Outra questão é saber se tal realidade deverá ou não ser contemplada no modelo dos seus órgãos de Administração.

Afirmativamente pensou o legislador em 1970, ao alterar de modo profundo a composição de Conselho de Administração.

Este passou a incluir representantes de outros ministérios, autoridades sanitárias regionais ou locais e representantes autárquicos.

Na mesma esteira se seguiram as disposições de 1977, salientando-se aqui, a par do reforço da participação dos representantes da comunidade, a inclusão dos próprios profissionais na definição das linhas mestras da política do seu hospital. A nova legislação de 1988, embora mantendo a existência de um órgão com idêntica composição e até com o mesmo nome — O Conselho Geral — retirou-lhe, todavia, competências próprias da função «administração», relegando-o para «órgão de participação e consulta». Tal subalternização, pensamos nós, terá sido o reflexo da ineficácia e em muitos casos mesmo da inexistência de tal órgão no decurso dos anos em que vigorou a legislação de 1977. Na prática, nos últimos dez anos, as tarefas de concepção e avaliação, a par das de

excecção e controlo, eram desempenhadas pelo mesmo órgão — o Conselho de Gerência. O reconhecimento desta situação não significa, todavia, que perfilhemos a solução consubstanciada na legislação de 1988. A nosso ver, a existência de um órgão de participação mista que conceba ou, pelo menos, sancione a estratégia de um hospital, parece-nos corresponder melhor às perspectivas do nosso tempo, em que os utentes, como protagonistas no «processo produtivo», têm necessariamente uma importante palavra a dizer.

Do mesmo modo os princípios da hierarquia e complementaridade da rede hospitalar e, em termos gerais, a continuidade de cuidados, aconselharia a inclusão de representantes de outras estruturas da Saúde e, mais amplamente, de carácter social, nesse órgão. Em alternativa, poder-se-ia constituir um órgão supra-hospitalar de carácter regional com competências de coordenação horizontal e vertical.

4. O papel do médico na administração dos hospitais

É para nós indiscutível que o médico desempenha na matriz social do hospital uma liderança técnica, social e

psicológica; ele é o responsável pela equipa de saúde. é paradigma de um estatuto sócio-económico ideal e exerce um enorme fascínio sobre os doentes que nele vêem, «in limite», o seu «salvador».

Em suma, detém naturalmente um enorme poder informal no seio da comunidade hospitalar.

Escamotear esta realidade no tratamento da função «Administração» conduzirá necessariamente à concepção de um modelo pouco credível e ineficaz.

Com a breve excepção do período de dois anos em que vigorou a versão original do Decreto 48 358 de 1968, podemos admitir que a legislação consagrou a liderança do médico na Administração dos hospitais portugueses: o cargo de «Director de hospital» definitivamente institucionalizado a partir de 1970, foi sendo imperativamente ocupado por um médico senior pertencente aos quadros do próprio hospital.

Em 1988, tal regra é fortemente contrariada, já que o legislador apenas se limita a considerar que o Director deve ser «... (individualidade) de reconhecido mérito, experiência e perfil adequados às respectivas funções no hospital em causa», [cf. N.º 1 do art.º 7.º do Dec. Reg. N.º 3/88 de 22 de Janeiro]. Retrocedeu-se mesmo para além do previsto na legislação de 1968. Nesta, admitia-se

Quadro III — Participação do médico nos órgãos de Administração Hospitalar

DIPLOMA LEGAL	DENOMINAÇÃO DOS ORGÃOS	N. GLOBAL DE MEMBROS	MÉDICOS	
			N. DE PARTICIPANTES	FUNÇÕES INERENTES
Dec. 48358/68	Provedor	1	0 OU 1	—
	Conselho de Administração	7 OU 8	2 OU 3	<ul style="list-style-type: none"> • Director clínico • Adjunto D. clínico (Provedor)
Dec. 499/70	Conselho de Administração	7	2	<ul style="list-style-type: none"> • Director • Director Clínico
	Conselho de Direcção	3	2	<ul style="list-style-type: none"> • Director • Director clínico
Dec. Reg. 30/77	Conselho Geral	12 A 17	2	<ul style="list-style-type: none"> • Director • Representante do sector
	Conselho de Gerência	3 A 4	1	<ul style="list-style-type: none"> • Director
	Administrador	1	—	—
Dec. Reg. 3/88	Conselho de Administração	4	1 OU 2	—
	Administrador-Delegado	—	—	<ul style="list-style-type: none"> • Director clínico • (Director)

explicitamente que ao órgão «provedor» poderiam apenas ascender uma de duas personalidades: um médico director de serviço ou de hospital com particular competência revelada em matéria de administração ou um profissional da carreira de administração hospitalar, [cf. n.º 1 do art.º 41.º do regulamento Geral dos Hospitais publicados no Decreto n.º 48 358 de 27 de Abril de 1968]. A omissão do legislador em 1988 transfere para a tutela, por completo, a ponderação, imaginação e habilidade política na escolha dos directores de hospitais. A função «Administração» passa assim a ser prisioneira das conjunturas políticas, com reflexos negativos na sua estabilidade, credibilidade e eficácia.

Todavia o papel do médico na Administração não se limita à figura de Director (ou provedor). Do peso da sua participação no conjunto de órgãos previsto nos diferentes momentos legislativos, (*Quadro III*).

Podemos desde logo concluir que foi com o Decreto n.º 499/70 que o sector médico atingiu, porventura, o seu maior peso na administração dos hospitais.

De facto, e para além do peso relativo no órgão de concepção (Conselho de Administração), verifica-se que foi com a legislação de 1970 que, pela primeira e única vez, os médicos foram confortavelmente maioritários no órgão executivo (Conselho de Direcção).

Ao invés, é com a legislação de 1988 que o papel do médico se vê profundamente enfraquecido. Para além da figura do Director não lhe estar garantida, verifica-se pela primeira vez de forma imperativa, a sua ausência no órgão executivo (agora individual e com perfil de gestor).

5. O perfil e o papel do administrador

É no Regulamento Geral dos Hospitais, aprovado pelo Decreto n.º 48 358 de 27 de Abril de 1968, que se consagra a criação da carreira de administração de hospitais, [cf. artigos 37.º a 41.º daquele Regulamento]. E desde logo se estabeleceu que, para o ingresso nessa carreira, se deveria exigir, no futuro, como habilitação indispensável, o Curso de Administração Hospitalar. Tal exigência tornou-se realidade dois anos depois, por força do disposto no Decreto n.º 499/70 de 24 de Outubro [cf. alterações ao art. 37.º do R.G.H. incluída no art. 1.º].

Tais medidas visaram dar suporte legal ao objectivo que consistia em profissionalizar ou, pelo menos, introduzir uma componente profissional na administração dos hospitais. [Veja-se o excerto do preâmbulo do decreto-Lei n.º 48 357 de 27 de Abril de 1968, anteriormente referido]. Aquela exigência e este objectivo nortearam também o legislador aquando da reforma de 1977.

O novo quadro legal, nascido com a publicação dos diplomas sobre a gestão hospitalar de 1988, contraria claramente aqueles princípios. O Curso de Administração Hospitalar não é agora exigido para o preenchimento do lugar de administrador - delegado. Este tem agora que ser «... (propósito) de entre gestores de reconhecido mérito, vinculados ou não à função pública e com currículo adequado às funções a exercer.» [cf. n.º 1 do art. 9.º do Dec. Reg. n.º 3/88 de 22 de Janeiro]. O legislador

estende assim a base de recrutamento dos administradores de hospitais a gestores em geral, não privilegiando os que têm formação específica para o efeito. Tal atitude assentará no pressuposto de que um hospital poderá ser equiparado, global e genericamente, a uma empresa, aplicando-se-lhe, com ligeiras adaptações, a lógica e os princípios em vigor nesta.

Somos dos que pensamos que ao hospital deve ser aplicada uma lógica empresarial, mas salvaguardando sempre as especificidades inerentes à sua estrutura e funcionamento, à sua clientela, à sua «performance» e ao seu «produto» e, em termos gerais, às regras típicas do mercado da saúde. Os gestores de hospitais devem, assim, ser pessoas especificamente habilitadas para o efeito, opinião que é partilhada por diversos autores estrangeiros. É essa, aliás, a missão da Escola Nacional de Saúde Pública que, através da cadeira de Administração Hospitalar e de há cerca de 20 anos para cá, diplomou já perto de 250 profissionais em administração de hospitais.

Para além do perfil do gestor hospitalar, a profissionalização da administração revela-se também, através da identificação do papel ou das competências que lhe é (são) atribuído (as). E sobre esta matéria muitas são as «nuances» que, ao longo dos anos, foram sendo carreadas pelos diferentes textos legais.

Em 1968, o Regulamento Geral dos Hospitais colocava a figura do administrador como órgão de administração. Todavia, as suas competências específicas estavam confinadas aos serviços de apoio geral e, ainda aqui, sob a aquiescência do órgão executivo máximo (o provedor).

O administrador tinha, no entanto, assento, como vogal, no órgão de concepção (o Conselho de Administração).

As alterações de 1970, embora na aparência tivessem diminuído ainda mais as competências do administrador, já que este deixava de ser considerado órgão e, consequentemente, de ter competências próprias, alargaram, pelo contrário a sua capacidade de intervenção. O administrador passou a integrar os dois órgãos de administração (o de concepção e o de execução) e, neste último (Conselho de Direcção), a responsabilidade pela realização dos fins do hospital passou a ser solidariamente assumida pelos três membros, podendo o administrador, como qualquer dos restantes, recorrer superiormente de algumas decisões em que os seus pontos de vista não tivessem vencimento [cf. a nova redacção dada ao artigo 85.º do R.G.H., incluída no art.º 3 do Dec. 499/70 de 24 de Outubro].

A legislação de 1977 reforçou o papel do administrador no sistema de órgãos de administração.

Membro nato do órgão executivo (Conselho de Gerência), com assento por inerência no órgão de concepção (Conselho Geral), o administrador vê recuperado, com esta legislação, o estatuto de órgão, portanto com competências e atribuições próprias. Destaque-se neste particular, que o administrador passa a ter competências importantes na área do pessoal: autorização de despesas, concessão de licenças e movimentação de efectivos.

Em 1988, ao administrador, agora denominado administrador - delegado, são-lhe atribuídas todas as competências típicas dos órgãos de execução: «... executar e garantir a execução de todas as decisões relativas à

realização dos fins do hospital» [cf. n.º 1 do art.º 10.º do Dec. Reg. n.º 3/88 de 22 de Janeiro].

Constata-se assim, como aliás já anteriormente referimos, a concentração das competências de execução num órgão individual. É obviamente um reforço do papel do administrador que, simultânea e acrescidamente, integra o órgão de concepção (o Conselho de Administração). Tal modelo, enferma, todavia, de alguns riscos inerentes à responsabilidade uninominal, como já atrás demos conta. Pensamos, a propósito, que a aplicação da lei nos irá confrontar com uma grande intervenção do Conselho de Administração nas tarefas de execução, o que na prática se traduzirá numa concentração de competências naquele órgão e, em contrapartida, no relativo apagamento do administrador-delegado. Ou seja, retornar-se-á, em suma, a um modelo na prática muito semelhante ao de 1977.

6. Os pressupostos de nomeação dos titulares dos cargos de administração

Ao estabelecer como um dos seus objectivos a profissionalização da administração dos hospitais, a legislação de 1968, de forma coerente, estabeleceu condicionamentos importantes ao perfil dos nomeados. A carreira de administração hospitalar, então criada, incluía no topo dos seus graus as figuras do provedor e do administrador-geral, à época considerados órgãos de administração.

A esses lugares apenas tinham acesso, por escolha, os próprios profissionais ou, então, médicos directores de serviço com experiência de administração.

A principal alteração introduzida em 1970, prende-se directamente com a criação do cargo de «Director do Hospital», exclusivamente reservado a médicos. Curiosamente, tal nomeação, da competência do ministro da tutela, era condicionada a uma proposta do Conselho Técnico do respectivo hospital, que tinha que recair num dos seus directores de serviço. Ora, sendo tal conselho um órgão de apoio técnico em cuja composição participam todos os directores de serviço e representantes do restante pessoal, poder-se-á concluir que o legislador procurou aqui uma solução interna de natureza consensual e, conseqüentemente, facilitadora da aceitação do nomeado.

A legislação de 1977 traduz, quanto aos pressupostos da nomeação, o basismo democrático de que então enformava o país. De facto, atravessava-se um período de aprendizagem das regras da democracia representativa e ainda estavam bem presentes as formas mais ou menos autoritárias de governação. Nesta conjuntura, parece-nos em nossa opinião defensável a solução encontrada pelo legislador: tentar conciliar a legitimidade democrática com a profissionalização, na administração dos hospitais. Consagrou-se, assim, o princípio da eleição para o médico e para o enfermeiro do Conselho de Gerência e, simultaneamente, seguiu-se o mecanismo do concurso público para o administrador. Tal solução teria até a virtualidade de atenuar a eventual tendência para instalar ao nível da administração interesses corporativos decorrentes de um sancionamento eleitoral (dos médicos e dos enfermeiros), introduzindo no sistema um elemento de cariz profissional e supra-corporativo — o administrador.

A legislação de 1988 retira praticamente todos os condicionalismos anteriormente estabelecidos para a nomeação das principais figuras da Administração.

Estabelece apenas um perfil de contornos pouco precisos para o director e para o administrador-delegado e alguns pressupostos de carreira para o director clínico e para o enfermeiro-director.

O actual mecanismo de nomeação apresenta ainda uma importante particularidade: o legislador cria uma pirâmide de confiança pessoal e política que percorre todos os membros da Administração. O ministro da tutela escolhe o director; este, por sua vez, escolhe e propõe os restantes membros — administrador - delegado, director clínico e enfermeiro - director. O argumento mais frequentemente utilizado na defesa desta inovação, estriba-se na natureza jurídica do hospital e num conjunto de autonomias que o colocam na «administração indirecta do estado», prevista e definida na alínea d) do artigo 202 da Constituição da República. Por outro lado, o exercício da sua administração deve pautar-se, antes de mais, pelo cumprimento escrupuloso da política de saúde superiormente traçada pelo Governo.

A conciliação destas duas vertentes, dizem os defensores desta solução, passaria necessariamente pela nomeação de pessoas da confiança política do Governo. Pensamos que esta garantia, se bem que importante, não deve ser assegurada a qualquer preço. Os inconvenientes da politização do tecido social das instituições hospitalares são seguramente elevados e os seus reflexos na boa condução do seu funcionamento poderão ser fortemente perturbadores e negativos.

Se bem que reconheçamos como legítimo o direito que assiste aos governos de verem à frente da administração dos organismos e instituições do estado, pessoas da sua confiança, somos de opinião que as soluções têm que ser encontradas com ponderação e bom senso, por forma a, sempre que possível, sobrepor a competência à mera confiança política.

C. Os traços fundamentais da legislação actual

Afigura-se-nos ter sido no plano político que as actuais leis de gestão hospitalar trouxeram mudanças mais sensíveis. Partindo do pressuposto de que os hospitais carecem de uma gestão consonante com a política de saúde traçada pelo Governo, o legislador centrou o seu principal objectivo na construção de um edifício legal que, através da nomeação, assegurasse a confiança da tutela nos protagonistas da administração dos hospitais.

De entre um modelo de compromisso e um modelo radical, o legislador optou claramente por este último. Se não vejamos:

a) Retirou a prerrogativa do médico ser a primeira figura da administração;

b) retirou a garantia dos médicos e enfermeiros nomeados serem do próprio estabelecimento;

c) estabeleceu mecanismos de confiança política quer para a nomeação de todos os titulares dos órgãos de administração, quer para a nomeação dos titulares dos órgãos de direcção técnica;

d) reduziu profundamente critérios para a definição do

perfil dos nomeados, apenas referenciando parâmetros excessivamente vagos;

e) concedeu ao ministro da tutela total discricionariedade na nomeação dos titulares dos órgãos de administração e de direcção.

No plano técnico-funcional e embora rotulada de profundamente inovadora, a actual legislação não avança, todavia, novas directrizes, nem quanto aos órgãos, nem quanto aos instrumentos, nem quanto às competências.

Assente numa pretensa novidade que se traduziria na aplicação aos hospitais de princípios de natureza empresarial (questão desde 1968 presente em todos os textos legais sobre gestão hospitalar), o decreto-Lei n.º 19/88 de 21 de Janeiro pouco de novidade nos trás quanto à natureza jurídica dos hospitais, sua superintendência e tutela, natureza dos órgãos e sua competência.

Já quanto à estrutura orgânico-funcional, registamos algumas novidades a merecer referência. Admite-se a introdução de novos modelos na área da prestação de cuidados (o que informalmente já vinha acontecendo com, por exemplo, a criação de departamentos nalguns hospitais) e consagra-se o «Centro de responsabilidade», [«... Os Centros de responsabilidade são estruturas funcionais que devem agrupar, como regra, vários centros de custos com actividades homogêneas ou afins...» (n.º 2 do art.º 9.º do Dec n.º 19/88 de 21 - 01)], como a estrutura orgânica de base para o desenvolvimento da acção dos hospitais. Nomeadamente esta última questão, ao introduzir como corolário o conceito de «administração intermédia», com autonomia relativa e poderes desconcentrados e a profissionalização dos respectivos responsáveis, parece-nos ser de facto uma inovação importante e útil ao futuro da administração dos hospitais. Pena é que, no Decreto-Regulamentar n.º 3/88, tal matéria não tenha merecido o desenvolvimento necessário e indispensável que permitisse, desde logo, avançar com a criação dessas estruturas intermédias.

Quanto à enumeração e natureza dos órgãos de gestão, as alterações verificadas, embora tenham introduzido alguma clarificação de ordem terminológica, não vieram, no essencial, beneficiar o sistema anterior. Parece-nos ser, por exemplo, menos correcta a inclusão dos titulares de órgãos de direcção técnica, enquanto tal, no principal órgão de administração - o conselho de administração. Sendo este o órgão que define a estratégia do hospital e traça os principais objectivos, deve perspectivar as suas decisões tendo em conta as necessidades da comunidade que serve e as formas globalmente mais adequadas e eficientes para as satisfazer.

Estas questões colocam-se necessariamente acima da correcção técnica dos actos praticados no âmbito da Medicina e da Enfermagem. Pensamos até que a arte de administrar e os conhecimentos e instrumental necessários, exigem um perfil que pouco ou nada tem a ver com a competência específica para dirigir determinado tipo de acções técnicas.

Os riscos de se perderem ou pelo menos se desvalorizarem os aspectos estratégicos e globais da organização hospitalar e, se sobrevalorizarem aspectos de natureza técnica e corporativa, são naturalmente maiores com a actual composição dos Conselhos de Administração.

D. Conclusões

Analisados os textos legais que ao longo das duas últimas décadas enquadraram a administração dos hospitais portugueses, cremos poder afirmar ter sido a legislação de 1968 a que mais marcou toda a sua estrutura e funcionamento, associada naturalmente às alterações de 1970. A denominação e natureza dos órgãos, a definição e separação de competências, a profissionalização da função «administração», a intervenção da comunidade, são alguns bons exemplos da importância decisiva daquela época.

A natureza democrática do poder político e o seu aprofundamento após a Revolução de 1974, condicionaram a concepção de um novo modelo de gestão hospitalar em que, ao fim e ao cabo, foi o processo de indigitação por via eleitoral a sua imagem mais marcante.

Pelo contrário, a reforma de 1988, representou o fim dos processos eleitorais para a indigitação dos titulares dos órgãos de administração.

Representa simultaneamente um rude golpe na carreira de administração hospitalar e na profissionalização do seu exercício.

É ainda cedo para avaliar, em toda a sua extensão, o futuro e os resultados desta reforma. Não custará a crer que se o fim dos processos eleitorais é irreversível, já a participação dos profissionais de administração hospitalar nos órgãos respectivos voltará, naturalmente, a impor-se.

Legislação utilizada

- Decreto-Lei n.º 48 357 de 27 de Abril de 1968
- Decreto n.º 48 358 de 27 de Abril de 1968
- Decreto-Lei n.º 129/77 de 2 de Abril
- Decreto Regulamentar n.º 30/77 de 20 de Maio
- Decreto-Lei n.º 19/88 de 21 de Janeiro
- Decreto Regulamentar n.º 3/88 de 22 de Janeiro

□ Résumé

LA GESTION HOSPITALIÈRE AU PORTUGAL — EVOLUTION AU COURS DES VINGT DERNIÈRES ANNÉES

Avec l'entrée en vigueur d'un nouvel encadrement légal pour la gestion des Hôpitaux Publics Portugais il nous a semblé opportun de procéder à une analyse rétrospective de son histoire récente.

Nous avons, ainsi, identifié les moments législatifs les plus importants (1968, 1970, 1977, 1988), et analysé comparativement leurs principales contributions ainsi que leurs plus remarquables innovations.

La législation de 1988, abordée de façon plus approfondie, a naturellement mérité une attention tout spéciale et un commentaire plus étendu.

□ Summary

HOSPITAL MANAGEMENT IN PORTUGAL — EVOLUTION OVER THE LAST TWENTY YEARS

The new legal framework of Portuguese Public Hospitals' management prompted the author to make a timely retrospective of its recent history. He identifies the most important legislative steps (1968, 1970, 1977, 1988), making a comparative analysis of their main contributions and most striking innovations.

The 1988 legislation has obviously been granted special attention and deserved a more comprehensive and thorough approach.