



# REFORMAS NA GESTÃO HOSPITALAR: *Análise dos efeitos da empresarialização.*

**Alexandre Manuel Martins Morais Nunes**

Orientadora:

Professora Doutora Ana Paula de Jesus Harfouche

Coorientador:

Professor Doutor Modesto Cal Vasquez

Júri:

Presidente:

- Doutor João Abreu de Faria Bilhim, Professor Catedrático  
Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa.

Vogais:

- Doutor Juan Pedro Mozzicafreddo, Professor Catedrático  
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa;
- Doutor João António Catita Garcia Pereira, Professor Catedrático  
Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa;
- Doutora Elisabete Reis de Carvalho, Professora Auxiliar  
Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;
- Doutora Maria Helena Gonçalves Costa Ferreira Monteiro, Professora Auxiliar  
Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;
- Doutora Ana Paula de Jesus Harfouche, Professora Auxiliar Convidada  
Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa, na qualidade de orientadora;

Tese de Doutoramento em Ciências Sociais na  
Especialidade de Administração da Saúde

Lisboa  
2016



## AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Ana Paula de Jesus Harfouche, pela sua excelente orientação, pela disponibilização dos seus conhecimentos, conselhos e sugestões e por todo o apoio e disponibilidade ao longo da realização deste estudo. A sua orientação foi imprescindível para a concretização deste trabalho de investigação.

Ao Professor Doutor Modesto Cal Vasquez, coorientador desta tese, que desde o primeiro momento demonstrou uma grande prontidão, disponibilidade e apoio na modelização do estudo. A sua participação e as suas sugestões na formulação da metodologia, foram fundamentais para a elaboração deste trabalho.

A todos os professores que me acompanharam neste percurso académico: Professor Doutor João Bilhim; Professora Doutora Elisabete Reis de Carvalho; Professor Doutor Juan Mozzicafreddo; Professora Doutora Maria Helena Monteiro e Professora Doutora Fernanda Nogueira.

Agradeço também a todos os gestores/administradores hospitalares entrevistados, pela sua disponibilidade, colaboração, opinião e transmissão de conhecimentos, que foram determinantes para a realização deste estudo.

Como não poderia deixar de ser, quero fazer um especial agradecimento à minha esposa, que sempre demonstrou interesse, ajuda e empenho no acompanhamento deste trabalho e compreendeu as minhas longas ausências durante este processo.



## RESUMO

As reformas da gestão hospitalar, desde a criação do Serviço Nacional de Saúde, objetivaram a maximização da eficiência nos hospitais de forma a promover a sustentabilidade do setor. Com base em quatro experiências de gestão e na integração da perspectiva da NPM, no ano 2002 iniciou-se uma nova reforma de gestão hospitalar que se manteve até aos dias de hoje: a empresarialização. De modo a maximizar a utilização de recursos, foi também uma aposta da tutela, em 2005, o desenvolvimento de uma política de fusão/concentração de unidades de saúde.

O objetivo deste estudo é analisar o comportamento e os respetivos efeitos da empresarialização na eficiência dos hospitais públicos, na produtividade dos centros hospitalares (criados por fusão de unidades) e na eficiência dos hospitais após intervenção do programa de ajustamento financeiro. Para esta análise foi considerado o período temporal decorrente entre os anos 2002 e 2013.

Na realização deste estudo, recorreu-se, numa primeira fase, à aplicação da técnica da *Data Envelopment Analysis* (DEA) para a avaliação da eficiência, e do índice de *Malmquist* para a avaliação da produtividade das unidades e dos centros hospitalares, tendo por base os conceitos de eficiência e supereficiência não radial. Numa segunda fase, com o objetivo de apurar os efeitos que estariam na base da variação da eficiência, foram realizadas entrevistas semiestruturadas aos gestores/administradores das unidades eficientes/ineficientes, analisadas com recurso à análise de conteúdo.

Do estudo das 49 unidades hospitalares consideradas no ano 2002, podemos concluir que: a eficiência aumentou nas unidades empresariais, apenas a partir do ano 2005 (o que correspondeu à transição para o estatuto E.P.E); a política de fusão de unidades de saúde não gerou os resultados esperados em termos de produtividade; a intervenção externa, apesar de gerar aumentos de eficiência das unidades, resultou, de acordo com os entrevistados, em perdas significativas nos cuidados de saúde prestados aos utentes do SNS.

Palavras-Chave: Empresarialização; Administração Pública; reformas; saúde; gestão hospitalar; eficiência; *data envelopment analysis*; índice de produtividade de *Malmquist*.



## ABSTRACT

The reforms of hospital management since the creation of the National Health Service were aimed in maximizing the efficiency of hospitals to make the sector more sustainable. Based on four experiences of management and integration of the NPM, a new reform of hospital management was created in 2002 that has continued until this day: the corporatization. To improve the way the resources are used, the tutelage also bet on the development of a politic of merge/ concentration of the health units.

The goal of the study is to analyse the behaviour and effects of corporatization in the efficiency of public hospitals, in the productivity of hospital centres (created from the merge of hospital units) and in the efficiency of the hospitals after the intervention of the austerity program. The analysis considered the time period between 2002 and 2013.

For this study, we started by using the technique of Data Envelopment Analysis (DEA) to asses efficiency, and then the Malmquist index for assessing the productivity of hospitals units and centres, based on the concepts of non-radial efficiency and super efficiency. In a second phase, aiming to determine the effects that be in the origin of the variation in efficiency, we conducted semi-structured interviews with managers/ directors of efficient and inefficient units, that were then analyzed trough the method of content analysis.

From the study of the 49 hospitals considered in the year 2002, we can conclude that: the efficiency in business units only began to increase starting from the year 2005 (which corresponds to the transition to the E.P.E. status); the policy of merging health units did not have the expected outcome in terms of productivity; external intervention ,although has generated increased efficiency of the units it has resulted, according to the interviewers, in significant losses in the health care provided to users of the NHS.

Keywords: Corporatization; Public Administration; reforms; health; hospital management; efficiency; data envelopment analysis; Malmquist productivity index.





# ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	I
RESUMO .....	III
ABSTRACT.....	V
ÍNDICE DE QUADROS.....	XI
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XVII
LISTA DE ABREVIATURAS .....	XIX
1. INTRODUÇÃO .....	1
1.1.Relevância do tema e do objeto de estudo.....	1
1.2.Procedimentos metodológicos .....	8
1.3.Estrutura da tese .....	13
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEMÁTICO .....	15
2. A REFORMA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA .....	17
2.1.O modelo tradicional de Administração Pública.....	19
2.1.1. Origem e conceito.....	19
2.1.2. Principais características .....	20
2.2.A transição para um novo modelo de gestão .....	22
2.3.O <i>New Public Management</i> .....	26
2.3.1. Origem e conceito.....	26
2.3.2. Principais características .....	26
2.3.3. Críticas à doutrina do <i>New Public Management</i> .....	34
2.4.Modelos pós NPM ( <i>New Public Service</i> e <i>Public Governance</i> ) .....	35
2.4.1. A perspectiva <i>New Public Service</i> .....	37
2.4.2. A perspectiva da Governança .....	40
2.5.Modelos organizacionais: convergências e divergências .....	44
2.5.1. A perspectiva comparada: Administração Pública Tradicional, <i>New Public Management</i> e <i>New Public Service</i> .....	45
2.5.2. A perspectiva comparada: Governança e <i>New Public Management</i> .....	47
2.6.A reforma da Administração Pública, o Estado e o setor da saúde .....	50
2.6.1. A Aplicação das novas medidas de Administração Pública ao Setor da Saúde.....	51
3. AS UNIDADES HOSPITALARES INTEGRADAS NO SETOR PÚBLICO ADMINISTRATIVO	
57	
3.1.O desenvolvimento das unidades hospitalares .....	57
3.2.O modelo de gestão dos hospitais no Setor Público Administrativo .....	64
3.2.1. Críticas ao modelo de gestão hospitalar do setor público .....	68

3.3. As primeiras experiências inovadoras de gestão nos hospitais portugueses.....	73
3.3.1. O modelo de gestão do Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca .....	74
3.3.2. O modelo de gestão do Hospital de São Sebastião.....	85
3.3.3. O modelo de gestão da Unidade Local de Saúde de Matosinhos.....	92
3.3.4. O modelo de gestão do Hospital do Barlavento Algarvio .....	98
3.3.5. Pontos divergentes/convergentes das experiências de gestão.....	101
4. A EMPRESARIALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS PÚBLICOS .....	105
4.1. A emergência de um novo modelo de gestão para os hospitais .....	105
4.2. Principais medidas políticas implementadas com vista às reformas na gestão hospitalar .....	108
4.2.1. Implementação das condições base de empresarialização: a Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002, de 7 de março .....	108
4.2.2. O regime jurídico da gestão hospitalar.....	111
4.2.3. A transformação em Entidades Públicas Empresariais .....	118
4.2.4. A disseminação das Entidades Públicas Empresariais.....	119
4.2.5. A concentração/fusão de unidades hospitalares .....	120
4.3. O modelo de gestão empresarial .....	134
4.3.1. Práticas de gestão empresarial introduzidas nos hospitais empresa .....	135
4.3.2. O modelo de gestão dos hospitais Sociedade Anónima.....	144
4.3.3. O modelo de gestão dos hospitais E.P.E. ....	149
4.3.4. Pontos convergentes e divergentes entre os hospitais empresarializados (S.A./E.P.E.) ..	155
4.3.5. A influência da empresarialização na gestão dos hospitais que permaneceram no SPA ..	156
4.3.6. O modelo de gestão dos hospitais em regime PPP .....	158
5. A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE EMPRESARIALIZAÇÃO EM PORTUGAL .....	167
5.1. Os hospitais do Setor Público Administrativo sujeitos ao processo de empresarialização .....	168
5.2. Primeira vaga de empresarialização (2002/2004) .....	170
5.3. Segunda vaga de empresarialização (2005/2006) .....	174
5.4. Terceira vaga de empresarialização (2007) .....	177
5.5. Quarta vaga de empresarialização (2008) .....	181
5.6. Quinta vaga de empresarialização (2009/2010) .....	185
5.7. Sexta vaga de empresarialização (2011/2013) .....	190
5.8. A evolução do estatuto jurídico dos hospitais públicos portugueses, de 2001 a 2013.....	195
5.9. A evolução do modelo de organização dos hospitais empresarializados de 2001 a 2013.....	200
6. PRODUÇÃO, FINANCIAMENTO E DESENVOLVIMENTO DA GESTÃO HOSPITALAR ..	205
6.1. O modelo de financiamento/pagamento aos hospitais .....	206
6.1.1. O modelo tradicional de financiamento/pagamento dos cuidados hospitalares.....	206

6.1.2. O novo modelo de financiamento hospitalar .....	208
6.2. A contratualização em saúde .....	210
6.2.1. As razões da contratualização .....	211
6.2.2. Contrato-programa: definição e objetivos .....	213
6.2.3. O sistema de classificação por Grupo de Diagnóstico Homogêneo .....	218
6.3. Os sistemas de custeio.....	219
6.3.1. O método das secções .....	220
6.3.2. Sistema ABC ( <i>Activity Based Cost</i> ) .....	222
6.4. Outros fatores que podem influenciar os resultados da eficiência .....	225
6.4.1. Sobreprestação/subprestação de cuidados de saúde .....	226
6.4.2. A aplicação do Memorando de Entendimento .....	226
PARTE II - MODELIZAÇÃO DA EFICIÊNCIA .....	229
7. A EFICIÊNCIA NO SETOR DA SAÚDE .....	231
7.1. Conceito de eficiência .....	231
7.2. A avaliação da eficiência.....	234
7.2.1. As metodologias para apuramento da eficiência .....	236
7.3. O modelo DEA na avaliação da eficiência .....	238
7.3.1. A DEA como técnica de apuramento da eficiência .....	238
7.3.3. A DEA como técnica de apuramento da medida de supereficiência .....	242
7.3.5.1. Estudos nacionais realizados com recurso à DEA.....	245
7.3.5.2. Estudos internacionais realizados com recurso à DEA .....	246
PARTE III - ESTUDO EMPIRICO .....	249
8. OPÇÕES METODOLÓGICAS .....	251
8.1. Tipo de estudo.....	252
8.2. Orientação do estudo DEA .....	254
8.2.1. Definição das variáveis de <i>inputs</i> e <i>outputs</i> .....	256
8.2.2. Fontes de dados .....	259
8.2.3. População/amostra .....	259
8.3. Orientações da análise das entrevistas .....	291
8.3.1. Modelo de análise .....	291
8.3.4. Meio e tempos .....	294
8.3.5. Categorização .....	294
8.3.6. Aspectos ético - legais .....	297
8.4. Especificação do modelo.....	298
9. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	301

9.1. Hipótese de investigação 1 .....	301
9.1.1. Introdução.....	301
9.1.2. Variáveis.....	302
9.1.3. Modelos.....	302
9.1.4. Resultados obtidos pela DEA .....	302
9.1.5. Efeitos que estiveram na base do diferencial de eficiência .....	305
9.1.6. Conclusões.....	314
9.2. Hipótese de investigação 2.....	315
9.2.1. Introdução.....	315
9.2.2. Variáveis.....	315
9.2.3. Modelos.....	316
9.2.4. Dados .....	316
9.2.5. Resultados obtidos pela aplicação do índice de <i>Malmquist</i> .....	317
9.2.6. Perceção dos gestores hospitalares sobre as vantagens/desvantagens da fusão/ concentração de unidades de saúde.....	323
9.2.7. Conclusões.....	327
9.3. Hipótese de Investigação 3.....	328
9.3.1. Introdução.....	328
9.3.2. Variáveis.....	329
9.3.3. Modelos.....	329
9.3.4. Resultados obtidos pela DEA .....	329
9.3.5. Implicações que estiveram na base do aumento da eficiência .....	330
10. CONCLUSÕES .....	335
10.1. Considerações finais.....	335
10.2. Limitações da investigação .....	339
10.3. Sugestões para investigação futura.....	340
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	343
11.1. Referências legais .....	367
11.2. Referências dos dados .....	371

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1.1 - Despesa corrente em cuidados de saúde em % do PIB, em Portugal .....	2
Quadro 1.2 - Despesa corrente dos hospitais públicos no orçamento do SNS .....	4
Quadro 2.1 - Perspetiva do Modelo Burocrático.....	21
Quadro 2.2 - Perspetiva do <i>New Public Management</i> .....	34
Quadro 2.3 - Perspetiva do <i>New Public Service</i> .....	40
Quadro 2.4 - Perspetivas comparadas: Administração Pública Tradicional, <i>New Public Management</i> e <i>New Public Service</i> .....	45
Quadro 2.5 - Questões centrais da <i>New Public Management</i> e da Governança.....	47
Quadro 3.1 - Principais documentos legais na evolução dos hospitais até 1988 .....	63
Quadro 3.2 - Ineficiências registadas nos hospitais .....	69
Quadro 3.3 - Diagnóstico da OCDE (1998) - Os hospitais públicos em Portugal .....	71
Quadro 3.4 - Pontos fortes/positivos - aspetos de gestão inovadores.....	80
Quadro 3.5 - Pontos negativos/dificuldades encontradas.....	81
Quadro 3.6 - Recomendações para futuros contratos de gestão do HFF.....	81
Quadro 3.7 - Alterações ao contrato inicial do HFF .....	83
Quadro 3.8 - Caraterísticas do modelo de gestão implementado no Hospital Fernando da Fonseca.....	85
Quadro 3.9 - Caraterísticas do modelo de gestão implementado no Hospital de São Sebastião.....	91
Quadro 3.10 - Fatores facilitadores da aplicação do modelo da ULS em Matosinhos.....	93
Quadro 3.11 - Análise SWOT ao modelo de gestão da ULS de Matosinhos (2000) .....	97
Quadro 3.12 - Caraterísticas do modelo de gestão implementado na Unidade Local de Saúde de Matosinhos .....	97
Quadro 3.13 - Caraterísticas do modelo de gestão implementado no Hospital do Barlavento Algarvio .....	100
Quadro 3.14 - Experiências de gestão no Hospital Fernando da Fonseca, Hospital de São Sebastião, ULS Matosinhos e Hospital do Barlavento Algarvio.....	101
Quadro 3.15 - Principais caraterísticas comuns às três experiências de gestão empresarial .....	103
Quadro 3.16 - Principais documentos legais na evolução dos hospitais até ao ano 2001 .....	103
Quadro 4.1 - Principais diplomas legais publicados com vista à empresarialização das unidades hospitalares.....	108
Quadro 4.2 - Passos definidos para a execução da empresarialização dos hospitais .....	110
Quadro 4.3 - Alterações induzidas na LBS pela publicação da Lei 27/2002 .....	111
Quadro 4.4 - Formas jurídicas aplicáveis aos hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde.....	112
Quadro 4.5 - Metas definidas inicialmente para a empresarialização dos hospitais públicos.....	114
Quadro 4.6 - Funções atribuídas à Unidade de Missão dos Hospitais S.A. ....	115
Quadro 4.7 - Objetivos estratégicos para a rede de hospitais S.A.....	117

Quadro 4.8 - Plano de ação Hospitais S.A. para 2004 – Prioridades .....	117
Quadro 4.9 - Pressupostos que estiveram na base da criação de CH .....	123
Quadro 4.10 - Centros hospitalares criados em Portugal até final de 2004 .....	124
Quadro 4.11 - Centros hospitalares criados em Portugal, entre 2005 e 2013 .....	125
Quadro 4.12 - Promoção do modelo de organização em CH, de acordo com os pontos de vista dos diferentes intervenientes.....	127
Quadro 4.13 - Estudo de avaliação dos custos nos CH.....	128
Quadro 4.14 - Principais pontos de ação dos cuidados de saúde primários .....	129
Quadro 4.15 - Principais pontos de ação dos cuidados de saúde diferenciados .....	129
Quadro 4.16 - Principais pontos divergentes entre o modelo ULS e SLS .....	131
Quadro 4.17 - Principais críticas dos profissionais dos CSP ao modelo de ULS .....	134
Quadro 4.18 - O programa ComuniCare: Iniciativas .....	144
Quadro 4.19 - Princípios gerais dos cuidados de saúde .....	144
Quadro 4.20 - Funções atribuídas ao Ministério da Saúde.....	145
Quadro 4.21 - Funções do membro do Governo responsável pela área da saúde .....	149
Quadro 4.22 - Funções do membro do Governo responsável pela área das finanças .....	150
Quadro 4.23 - Funções de superintendência atribuídas ao Ministério da Saúde.....	150
Quadro 4.24 - Instrumentos de gestão previsional .....	153
Quadro 4.25 - Documentos de prestação de contas.....	153
Quadro 4.26 - Aspetos comparativos relativos às PPP na saúde.....	161
Quadro 4.27 - Principais pontos constantes nos contratos das PPP em saúde .....	162
Quadro 4.28 - Comparação dos modelos de gestão hospitalar vigentes no sistema de saúde português .....	164
Quadro 4.29 - Principais documentos legais na evolução dos hospitais até 2013.....	165
Quadro 5.1 - Vagas de empresarialização definidas para apresentação do processo de empresarialização em Portugal, entre 2002 e 2013 .....	167
Quadro 5.2 - Hospitais públicos existentes em Portugal antes de 2002, por região.....	168
Quadro 5.3 - Regimes jurídicos aplicados aos hospitais públicos em Portugal, no final de 2001 .....	170
Quadro 5.4 - Hospitais empresarializados no final de 2003, por região .....	171
Quadro 5.5 - Regimes jurídicos e modelo de organização dos hospitais públicos em Portugal, de 2001 a 2003.....	172
Quadro 5.6 - Evolução em números das unidades hospitalares ao longo da empresarialização, até final de 2003.....	172
Quadro 5.7 - Novos centros hospitalares criados em 2004 .....	173
Quadro 5.8 - Regimes jurídicos e modelo de organização dos hospitais públicos em Portugal, de 2001 a 2004 .....	173
Quadro 5.9 - Evolução em números das unidades hospitalares ao longo da empresarialização, até final de 2004.....	174
Quadro 5.10 - Hospitais transformados em E.P.E. na segunda vaga de empresarialização.....	175

Quadro 5.11 - Novos centros hospitalares E.P.E. criados na segunda vaga de empresarialização .....	175
Quadro 5.12 - Total de hospitais empresarializados no final da segunda vaga de empresarialização ..	175
Quadro 5.13 - Regimes jurídicos e modelos de organização dos hospitais públicos em Portugal, de 2001 a 2006.....	176
Quadro 5.14 - Evolução em números das unidades hospitalares ao longo da empresarialização, até final de 2006.....	177
Quadro 5.15 - Novas unidades criadas no ano 2007 na terceira vaga de empresarialização .....	178
Quadro 5.16 - Total de hospitais empresarializados no final da terceira vaga de empresarialização ..	178
Quadro 5.17 - Regimes jurídicos e modelo de organização dos hospitais públicos em Portugal, de 2001 a 2007 .....	180
Quadro 5.18 - Evolução, em números, das unidades hospitalares ao longo da empresarialização até final de 2007.....	180
Quadro 5.19 - Novas unidades criadas no ano 2008 na quarta vaga de empresarialização .....	182
Quadro 5.20 - Total de hospitais empresarializados no final da quarta vaga de empresarialização ....	182
Quadro 5.21 - Regimes jurídicos e modelo de organização dos hospitais públicos em Portugal, de 2001 a 2008.....	184
Quadro 5.22 - Evolução, em números, das unidades hospitalares e do modelo de organização ao longo da empresarialização, até final de 2008.....	185
Quadro 5.23 - Novas unidades criadas nos anos 2009/2010, na quinta vaga de empresarialização ....	186
Quadro 5.24 - Total de hospitais empresarializados no final da quinta vaga de empresarialização ....	187
Quadro 5.25 - Regimes jurídicos e modelo de organização dos hospitais públicos em Portugal, de 2001 a 2010.....	188
Quadro 5.26 - Evolução, em números, das unidades hospitalares e do modelo de organização ao longo da empresarialização, até final de 2010.....	189
Quadro 5.27 - Novas unidades criadas nos anos 2011/2013, na sexta vaga de empresarialização .....	190
Quadro 5.28 - Total de hospitais empresarializados no final da sexta vaga de empresarialização .....	191
Quadro 5.29 - Regimes jurídicos e modelo de organização dos hospitais públicos em Portugal, de 2001 a 2013 .....	193
Quadro 5.30 - Evolução, em números, das unidades hospitalares e do modelo de organização ao longo da empresarialização, até final de 2013.....	194
Quadro 5.31 - Hospitais públicos em regime de PPP no final de 2013.....	194
Quadro 5.32 - Proporção de unidades SPA/empresa (S.A./E.P.E), por vaga de empresarialização ....	200
Quadro 5.33 - Proporção do modelo de organização (Hospital/CH/ULS) por vaga de empresarialização .....	204
Quadro 6.1 - Sistemas de pagamento aos hospitais presentes no modelo retrospectivo.....	207
Quadro 6.2 - Sistemas de pagamento aos hospitais presentes no modelo prospetivo .....	209
Quadro 6.3 - Objetivos definidos pela ACSS para a contratualização.....	211
Quadro 6.4 - Princípios indexados ao novo modelo de financiamento para os hospitais empresarializados .....	212
Quadro 6.5 - Papel dos agentes envolvidos no processo de contratualização.....	212
Quadro 6.6 - Papel dos instrumentos aplicados no processo de contratualização.....	213

Quadro 6.7 - Entidades envolvidas no processo de contratualização.....	214
Quadro 6.8 - Termos do contrato-programa tipo .....	215
Quadro 6.9 - Principais medidas de avaliação da produção por linha de atividade .....	216
Quadro 6.10 - Pilares do modelo de contratualização em Portugal .....	217
Quadro 6.11 - Tipos de custos registados nas unidades hospitalares .....	219
Quadro 6.12 - Vantagens da aplicação de um sistema de custeio .....	220
Quadro 6.13 - Fases da metodologia do PCAH .....	221
Quadro 6.14 - Metodologias de apuramento dos custos mais frequentes nos hospitais do SNS .....	225
Quadro 6.15 - As propostas do Memorando de Entendimento para os serviços hospitalares.....	227
Quadro 7.1 - Importantes contributos para o desenvolvimento da avaliação da eficiência .....	235
Quadro 7.2 - Aspectos inovadores do modelo de avaliação de eficiência apresentados por Farrel, em 1957.....	235
Quadro 7.3 - Fatores a ter em conta na seleção dos dados na DEA .....	239
Quadro 7.4 - Principais vantagens da técnica DEA .....	241
Quadro 7.5 - Vantagens da aplicação do índice de <i>Malmquist</i> .....	243
Quadro 7.6 - Tipos de eficiência envolvidos no cálculo do índice de <i>Malmquist</i> (admitindo os períodos "t" e "t+k").....	243
Quadro 8.1 - Explicitação das variáveis do estudo .....	257
Quadro 8.2 - Inputs e Outps definidos para o estudo .....	259
Quadro 8.3 - População alvo para o estudo.....	260
Quadro 8.4 - Caraterização da amostragem global para o ano 2002.....	261
Quadro 8.5 - Caraterização da amostragem para o ano 2003.....	263
Quadro 8.6 - Caraterização da amostragem para o ano 2004.....	265
Quadro 8.7 - Caraterização da amostragem para o ano 2005.....	268
Quadro 8.8 - Caraterização da amostragem para o ano 2006.....	271
Quadro 8.9 - Caraterização da amostragem para o ano 2007.....	273
Quadro 8.10 - Caraterização da amostragem para o ano 2008.....	276
Quadro 8.11 - Caraterização da amostragem para o ano 2009.....	279
Quadro 8.12 - Caraterização da amostragem para o ano 2010.....	281
Quadro 8.13 - Caraterização da amostragem global para o ano 2011.....	284
Quadro 8.14 - Caraterização da amostragem global para o ano 2012.....	287
Quadro 8.15 - Caraterização da amostragem global para o ano 2013.....	289
Quadro 8.16 - Amostra definida para a realização das entrevistas.....	293
Quadro 8.17 - Definição prévia das categorias e subcategorias .....	295
Quadro 8.18 - Questões do guião da entrevista.....	297
Quadro 9.1 - Comportamento evolutivo da eficiência das unidades hospitalares por opção política ..	303
Quadro 9.2 - Número de unidades eficientes ao longo dos anos em estudo, por estatuto jurídico .....	304



Quadro 9.3- Frequência das conceitualizações relativas às características dos hospitais do Setor Público Administrativo.....	306
Quadro 9.4 - Frequência das conceitualizações relativas às características dos hospitais empresa .....	308
Quadro 9.5 - Frequência das conceitualizações relativas aos diferenciais de eficiência entre hospitais SPA e S.A./E.P.E. ....	310
Quadro 9.6 - Frequência das conceitualizações relativas aos diferenciais de eficiência entre unidades E.P.E.....	314
Quadro 9.7 - Evolução da produtividade dos centros hospitalares, no período 2002-2005 .....	317
Quadro 9.8 - Evolução da produtividade dos centros hospitalares, no período 2006-2008 .....	318
Quadro 9.9 - Evolução da produtividade dos centros hospitalares, no período 2009-2011 .....	318
Quadro 9.10 - Evolução da produtividade dos centros hospitalares no ano 2012 .....	319
Quadro 9.11 - Evolução da produtividade dos hospitais não sujeitos a fusões, de 2002 a 2012 .....	322
Quadro 9.12 - Frequência das conceitualizações relativas aos diferenciais de produtividade entre hospitais e centros hospitalares .....	323
Quadro 9.13 - Frequência das conceitualizações relativas aos efeitos da aplicação do programa de ajustamento financeiro. ....	331



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1 - Evolução da despesa corrente em cuidados de saúde em % do PIB, em Portugal .....	3
Figura 1.2 - Evolução da despesa corrente dos hospitais públicos, entre 2000 e 2011 (em %) .....	4
Figura 1.3 - Passos que constituem a fase exploratória do estudo .....	10
Figura 1.4 - Mapa concetual do estudo .....	10
Figura 1.5 - Quadro de investigação .....	12
Figura 1.6 - Estrutura da tese .....	14
Figura 3.1 - Base legal para o contrato de gestão aplicado ao Prof. Doutor Fernando da Fonseca .....	76
Figura 4.1 - Modelo de incentivo proposto com a empresarialização .....	141
Figura 5.1 - Número de unidades hospitalares com estatuto SPA/S.A-E.P.E., de 2001 a 2013 .....	195
Figura 5.2 - Evolução do estatuto jurídico das unidades hospitalares públicas, de 2001 a 2013 .....	196
Figura 5.3 - Evolução do estatuto jurídico das unidades hospitalares públicas na ARS Norte .....	197
Figura 5.4 - Evolução do estatuto jurídico das unidades hospitalares públicas na ARS Centro .....	197
Figura 5.5 - Evolução do estatuto jurídico das unidades hospitalares públicas na ARS Lisboa e Vale do Tejo .....	198
Figura 5.6 - Evolução do estatuto jurídico das unidades hospitalares públicas na ARS Alentejo .....	199
Figura 5.7 - Evolução do estatuto jurídico das unidades hospitalares públicas na ARS Algarve .....	199
Figura 5.8 - Evolução do modelo organização das unidades hospitalares, entre 2003 e 2013 .....	201
Figura 5.9 - Evolução do modelo organização das unidades hospitalares na ARS Norte .....	201
Figura 5.10 - Evolução do modelo de organização das unidades hospitalares na ARS Centro .....	202
Figura 5.11 - Evolução do modelo organização das unidades hospitalares na ARS Lisboa e Vale do Tejo .....	202
Figura 5.12 - Evolução do modelo organização das unidades hospitalares na ARS Alentejo .....	203
Figura 5.13 - Evolução do modelo organização das unidades hospitalares na ARS Algarve .....	204
Figura 6.1 - Indutores de custos nos processos do sistema ABC .....	224
Figura 8.1 - Categorias de <i>output</i> definidas para o estudo .....	257
Figura 8.2 - Passos da fase exploratória .....	299
Figura 9.1 - Variação média da eficiência nos hospitais .....	303
Figura 9.2 - Comportamento evolutivo do número de unidades eficientes por estatuto jurídico, entre 2002 e 2013 .....	305
Figura 9.3 - Categorização do número de verbalizações por grau de formação dos entrevistados .....	312
Figura 9.4 - Categorização do número de verbalizações por cargo ocupado pelos entrevistados .....	312
Figura 9.5 - Evolução da produtividade por centro hospitalar, antes e após fusão .....	320
Figura 9.6 - Considerações sobre a evolução da produtividade com a criação dos centros hospitalares, por grau de formação .....	324
Figura 9.7 - Considerações sobre a evolução da produtividade com a criação dos centros hospitalares, por cargo ocupado .....	325

Figura 9.8 - Categorização do número de verbalizações referentes à concentração de unidades de saúde, por grau de formação dos entrevistados .....	326
Figura 9.9 - Categorização do número de verbalizações referentes à concentração de unidades de saúde, por cargo ocupado pelos entrevistados.....	327
Figura 9.10 - Eficiência média dos hospitais registrada antes e após intervenção externa .....	330
Figura 9.11 - Categorização do número de verbalizações referentes à implicação das medidas de austeridade, por grau de formação dos entrevistados .....	333
Figura 9.12 - Categorização do número de verbalizações referentes à implicação das medidas de austeridade, por cargo ocupado pelos entrevistados .....	333

## LISTA DE ABREVIATURAS

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central dos Sistemas de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
BCC	<i>Banker Charnes &amp; Cooper</i>
BCE	Banco Central Europeu
CA	Conselho de Administração
CCR	<i>Cooper Charnes &amp; Rhodes</i>
CE	Comissão Europeia
CH	Centro Hospitalar
CHC	Centro Hospitalar de Coimbra
CP	Contrato-programa
CRES	Conselho de Reflexão sobre a Saúde
CRI	Centros de Responsabilidade Integrados
CRS	<i>Constant Returns to Scale</i>
CSP	Cuidados de Saúde Primários
E.P.E.	Entidade Pública Empresarial
EMPS	Estrutura de Missão Parcerias.Saúde
FMI	Fundo Monetário Internacional
GTCSP	Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários
GTRH	Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar
GTROIH	Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais
HASSG	Hospital Amadora-Sintra, Sociedade Gestora
HBA	Hospital do Barlavento Algarvio
FFF	Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca
HSS	Hospital de São Sebastião

INE	Instituto Nacional de Estatística
IRC	Impostos sobre o rendimento de pessoas coletivas
IRS	Impostos sobre o rendimento de pessoas singulares
IVA	Imposto sobre o valor acrescentado
LBS	Lei de Bases da Saúde
LVT	Lisboa e Vale do Tejo
MCDT	Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica
MS	Ministério da Saúde
NPM	<i>New Public Management</i>
NPS	<i>New Public Service</i>
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE	Orçamento do Estado
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PCAH	Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais
PEC	Programa de Estabilidade e Crescimento
PIB	Produto Interno Bruto
POC	Plano Oficial de Contabilidade
POCMS	Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde
S.A.	Sociedade Anónima
SAM	Serviços de Ação Médica
SBM	<i>Slacks-based Measure</i>
SIADAP	Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho da Administração Pública
SLS	Sistemas Locais de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPA	Setor Público Administrativo
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
UE	União Europeia

ULS	Unidade Local de Saúde
ULSM	Unidade Local de Saúde de Matosinhos
UMHSA	Unidade de Missão para os Hospitais Sociedade Anónima
VRS	<i>Variable Returns to Scale</i>





## 1. INTRODUÇÃO

O presente documento trata-se de uma tese apresentada ao Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa para cumprimento dos requisitos do programa doutoral em Ciências Sociais, na especialidade de Administração da Saúde, realizado sob orientação científica da Professora Doutora Ana Paula de Jesus Harfouche e coorientação do Professor Doutor Modesto Cal Vasquez.

Este trabalho tem como tema a reforma hospitalar, com foco particular no processo de empresarialização, na fusão dos hospitais públicos portugueses e nos efeitos potencialmente induzidos por estas transformações ao nível da eficiência e da gestão. Assim, definiu-se como pergunta de partida para o estudo a seguinte questão: “Quais os efeitos da empresarialização nas instituições hospitalares, em termos de eficiência, desencadeados pela transformação e fusão dos hospitais públicos em entidades empresariais, entre os anos 2002 e 2013?”

Tendo em conta o tema e a pergunta de partida, depreendeu-se o seguinte título: “Reformas na gestão hospitalar: Análise dos efeitos da empresarialização”.

### 1.1. Relevância do tema e do objeto de estudo

O setor da saúde, relativamente a outros setores, assume uma posição com grande visibilidade na sociedade, quer a nível social, quer a nível económico (Campos, 2001).

O crescimento acentuado das despesas com a saúde, verificado ao longo das últimas décadas, tem assumido uma importância cada vez maior, levantando questões relacionadas com a sustentabilidade do sistema e com a equidade no acesso aos cuidados de saúde. Verificou-se, nos últimos anos, a necessidade de tornar o sistema mais eficiente sem prejuízo da qualidade, sendo esta uma condição prévia e necessária. 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).

Desde a revolução de abril que o sistema de saúde português tem por base o modelo social europeu, que apresenta como objetivos a obtenção de ganhos em saúde<sup>1</sup>, o combate às diferenças dos resultados em saúde, à diminuição das desigualdades no acesso a tratamentos e à educação para a saúde (Campos, 2007). Porém, a insustentabilidade económica e financeira do Estado promoveu uma reforma estrutural no sistema de saúde. Na base da transformação encontra-se o facto do serviço público de saúde ser financiado por dotações do Orçamento de Estado. Ou seja, pelos impostos provenientes das contribuições dos cidadãos (IRS), das empresas (IRC) e da tributação sobre a transação de bens e serviços (IVA) (Campos & Simões, 2011; Nunes & Rego, 2010).

Os custos com a saúde, nos países mais desenvolvidos, tiveram um acentuado crescimento nas últimas décadas, sendo que alguns autores referem a ineficiência da gestão das instituições de saúde como uma das principais causas deste aumento da despesa (Barros, 2013a; Folland, Goodman, & Stano, 2007; Jacobs, Smith, & Street, 2006; Worthington, 1999).

Em relação ao caso português, é apontado como fator determinante no crescimento da despesa, a relativa ineficiência do sistema de saúde e, dentro deste, o funcionamento dos hospitais (Afonso & Fernandes, 2008; Azevedo & Mateus, 2013; Barros, Machado, & Simões, 2011; Barros, 2013a; Borges, 2013). Nos últimos anos, as despesas com a saúde terão crescido muito mais rapidamente que o PIB, no mesmo período. Em 2012 representavam cerca de 9,2% do PIB, contra 2,6% em 1970 (INE, 2014). O quadro seguinte retrata os custos da despesa corrente em saúde em função do produto interno bruto.

Quadro 1.1 - Despesa corrente em cuidados de saúde em % do PIB, em Portugal

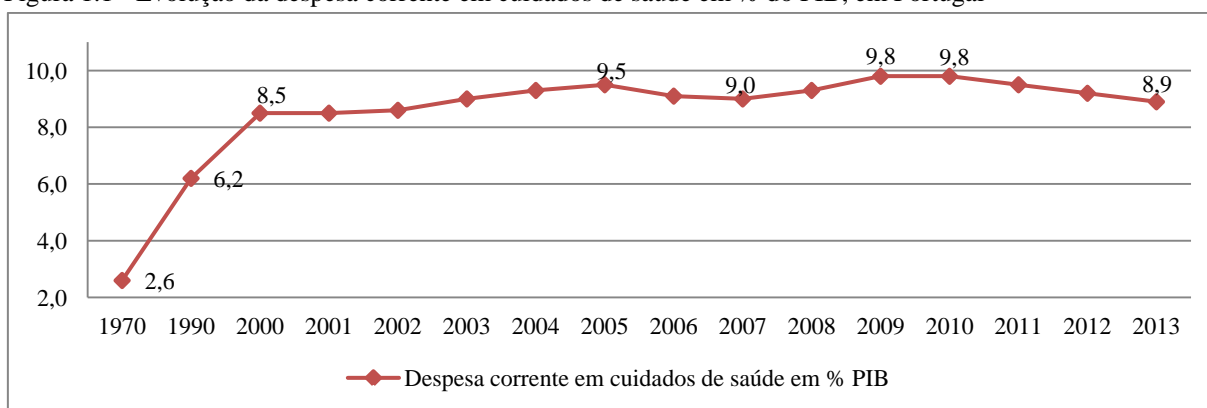
Ano	1970	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
% PIB	2,6	6,2	8,5	8,5	8,6	9,0	9,3	9,5	9,1	9,0	9,3
Ano	2009	2010	2011	2012	2013						
% PIB	9,8	9,8	9,5	9,2	8,9						

Fonte: INE (2014)

Para uma melhor visualização da evolução dos custos, construiu-se uma apresentação gráfica destes dados (figura 1.1.).

<sup>1</sup> Entenda-se este termo como as "melhoras mensuráveis do estado de saúde de um indivíduo ou de uma população, a partir de uma situação de base, e que pode abranger desde aspectos quantitativos de duração da vida a medidas de qualidade de vida" (Ministério da saúde, 1999, p.103).

Figura 1.1 - Evolução da despesa corrente em cuidados de saúde em % do PIB, em Portugal



Fonte: INE (2014)

As reformas na saúde e a mudança organizacional desempenharam um papel importante no setor, permitindo aplicar e direcionar as novas medidas, de modo a que estas se implementassem no terreno (Sakellarides, 2006). Bilhim (2013) salienta que em relação às transformações das organizações públicas, “houve situações em que se passou de processo de transformação em processo de transformação, sem que se tenha avaliado o que correu bem ou mal no processo anterior” (p. 277). Daí que seja importante a reflexão sobre um novo modelo de gestão hospitalar, que deve compreender a enorme complexidade do sistema no qual os hospitais se integram, bem como a coexistência de múltiplos fatores que tornam mais difícil a aplicação das medidas de reforma estrutural da rede hospitalar (Fernandes, 2012).

No cerne do sistema de saúde, os hospitais constituem-se como unidades estruturantes do SNS. São vistos pelos utentes como instituições centrais de grande valor para a prestação de cuidados e assumem no sistema uma posição de instituição de referência para todos os serviços (Vaz, 2010). Tendo em conta este facto entendido e assumido pela população, a importância dos hospitais no sistema justifica os recursos financeiros que lhes são atribuídos, a capacidade técnica dos profissionais e o investimento na inovação tecnológica/científica. A população criou sempre a expectativa de que as doenças ou debilidades no estado de saúde, de maior gravidade, são resolvidas nos hospitais. Deste modo, as políticas de saúde atribuem aos hospitais uma atenção especial e como tal, para rentabilizar e dar continuidade a esta prestação social com qualidade e bons resultados, promovem a adoção de modelos de gestão inovadores (Casella, 2009; Vaz, 2010).

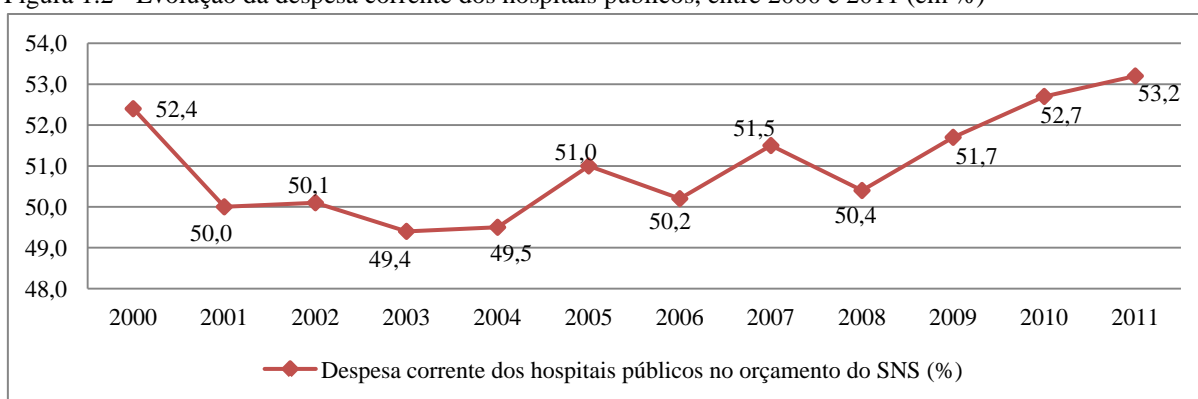
Ao longo dos anos, constatou-se que os hospitais públicos têm uma representação significativa nos custos do Serviço Nacional de Saúde. O quadro 1.2 apresenta os custos hospitalares no orçamento do SNS e a figura 1.2 ilustra a evolução dos mesmos.

Quadro 1.2 - Despesa corrente dos hospitais públicos no orçamento do SNS

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Orçamento SNS (%)	52,4	50,0	50,1	49,4	49,5	51,0	50,2	51,5	50,4	51,7	52,7	52,7
Ano	2011											
Orçamento SNS (%)	53,2											

Fonte: INE (2014)

Figura 1.2 - Evolução da despesa corrente dos hospitais públicos, entre 2000 e 2011 (em %)



Fonte: INE (2014)

Pela observação do quadro 1.2 e leitura da figura 1.2, podemos concluir que a despesa com os hospitais rondou em média 50% do total de custos do SNS. Desta forma, torna-se imperativo e de extrema importância analisar a evolução da despesa total destas unidades em função do movimento assistencial observado, de modo a verificar a repercussão efetiva dos seus custos (GTRH<sup>2</sup>, 2011).

Dado o recente estado económico-financeiro do país, a necessidade de um maior racionamento dos recursos e da redução de custos no setor da saúde, constituíram-se como dois dos principais focos de atenção nos compromissos assumidos no âmbito do programa de ajustamento acordado com o Fundo Monetário Internacional, o Banco Central Europeu e a Comissão Europeia. De uma forma geral, de acordo com o Despacho n.º 10783-A/2011, de 31 de agosto, estava previsto para os hospitais públicos um corte de pelo menos 11% nos custos

<sup>2</sup> Criado pelo Despacho n.º 10601/2011 do Ministro da Saúde, de 24 de agosto).

operacionais para o ano 2012, ficando salvaguardada uma redução inferior, de modo a garantir um orçamento equilibrado.

As reformas na saúde acompanharam as transformações ocorridas na Administração Pública. Na década de noventa, foi adotada a perspetiva da *New Public Management*, partindo da tomada de consciência de que o modelo weberiano, então vigente, era predominantemente burocrático e hierarquizado. A reforma da gestão hospitalar preconizou os princípios da NPM, com a adoção de regras de gestão empresarial para as unidades hospitalares, a melhoria do desempenho, a responsabilização dos gestores, a prestação de contas e a implementação de incentivos de desempenho aos serviços e funcionários. Todas estas medidas tinham como objetivo um maior controlo da despesa e a obtenção de um equilíbrio orçamental, tal como o realizado pela gestão em unidades privadas (Abreu, 2011; Harfouche, 2008, 2012).

Em Portugal, os diferentes modelos de estrutura e de gestão do hospital público, desde o Estatuto Hospitalar de 1968 (Decreto n.º 48357, de 27 de abril), fundiram-se na Lei de Gestão Hospitalar de 1988 (Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro), permitindo aferir uma continuidade ideológica no estatuto do hospital do SNS, que se concentrou no aumento da eficiência para as suas unidades. Para este efeito, a partir de meados dos anos 90, foram consolidadas estratégias de mudança organizacional dos hospitais pertencentes ao Setor Público Administrativo e operacionalizado um conjunto de experiências de gestão, na procura do modelo ideal, confinando-se numa aproximação a uma estrutura de gestão empresarial.

As experiências de gestão ocorreram em quatro hospitais. No ano de 1995, através da Portaria n.º 27/95 de 8 de setembro, foi concessionado o Hospital Fernando da Fonseca a um grupo privado (Amadora/Sintra, Sociedade Gestora, S.A. (HASSG)). No ano de 1998, seguiu-se a implementação de uma gestão empresarial no Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira (Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de junho). Em 1999, houve uma experiência semelhante de gestão empresarial, integrando também os centros de saúde, tendo sido criada a Unidade Local de Saúde de Matosinhos (Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de junho de 1999). A sul do país, em 2001, foi introduzida a gestão empresarial no Hospital do Barlavento Algarvio, de forma idêntica ao Hospital de São Sebastião (Decreto-Lei n.º 76/2001, de 27 de fevereiro).

A empresarialização da gestão das unidades hospitalares públicas foi consolidada com a reforma estrutural operada em Portugal, no ano 2002 (Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002). Desta forma, definiram-se novos estatutos jurídicos para os hospitais, criando-se os hospitais S.A.. A primeira fase de empresarialização dos hospitais públicos iniciada em 2002 caracterizou-se pela transformação de 34 hospitais de média dimensão integrados no Setor Público Administrativo (SPA), em 31 hospitais sociedade anónima (S.A.) (Lei n.º 27/2002 de 8 de novembro).

As unidades foram dotadas de maior autonomia e responsabilidade, com o objetivo de obter maior eficiência, uma redução da despesa pública e uma maior produtividade e desempenho (Edwards, Carrol, & Lashbrook, 2011; Harfouche, 2008; Rego et al, 2010). Com esta reforma, verificou-se um conjunto de medidas de gestão nos hospitais públicos, que promoveram uma maior autonomia nestas organizações públicas. A título de exemplo tem-se a contratualização, que associada à empresarialização dos hospitais, tem sido considerada como uma das medidas inovadoras de maior relevância na obtenção de maior eficiência, desempenho e produtividade (OPSS, 2009). Com a contratualização (separação financiador/prestador) foi possível criar uma maior transparência e rigor na prestação de contas, o que fomentou uma maior responsabilização e promoveu uma avaliação mais rigorosa do sistema e dos cuidados efetivamente prestados (Ferreira, Escoval, Lourenço, Matos, & Ribeiro, 2010; OPSS, 2009).

Após esta primeira medida de empresarialização, iniciada com Luís Filipe Pereira na tutela da pasta da saúde, Correia de Campos, enquanto Ministro da Saúde, deu continuidade a esta estratégia. As unidades hospitalares foram progressivamente transformadas em Entidades Públicas Empresariais (EPE) (Decretos-Lei n.º 93/2005, de 7 de julho e n.º 233/2005, de 29 de dezembro). Em 2005, com o Decreto-Lei n.º 93/2005 de 7 de junho, deu-se a transformação dos 31 hospitais S.A. e dos 5 hospitais SPA, em Hospitais Empresa Pública do Estado (E.P.E.). Nos anos seguintes prosseguiu-se com a política de empresarialização. Para além da obtenção do estatuto E.P.E., os hospitais foram também sujeitos a fusões/concentrações, medida esta que se perspectivava como mais indutora de eficiência (Campos, 2008). Desde este momento e até ao final do ano 2013, tem-se assistido 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.

Foram estas novas medidas de transformação e a criação do atual universo de hospitais E.P.E., que motivaram o presente estudo. Em 2013 existiam no SNS 39 instituições de saúde com o regime jurídico de E.P.E.: 7 hospitais de forma singular<sup>3</sup>; 21 centros hospitalares; 8 unidades locais de saúde e 3 Institutos Portugueses de Oncologia (IPO's). Contudo, no mesmo ano, existem ainda 7 instituições de saúde pertencentes ao Setor Público Administrativo (Resolução do Conselho de Ministros n.º 45/2013, de 19 de julho).

Comparativamente a outros países onde foram aplicadas as medidas da NPM à gestão hospitalar, torna-se fundamental a realização de uma avaliação aos efeitos das novas medidas de gestão sobre a eficiência das unidades (Moreira, 2008). A eficiência hospitalar, para além de constituir uma componente da qualidade em cuidados de saúde, tem vindo a ganhar uma permanente atualidade, particularmente desde abril de 2002, momento em que se deu início ao processo de empresarialização dos hospitais públicos (Harfouche, 2008).

No âmbito geral, a relevância deste estudo prende-se com a compreensão das repercussões que as recentes reformas hospitalares apresentaram no setor da saúde, com a criação de hospitais empresa e as sucessivas fases de concentração de unidades em centros hospitalares, através da fusão de hospitais de pequena e média dimensão.

Foi definido como objetivo geral deste estudo:

- Verificar de que forma as reformas operadas na gestão dos hospitais contribuíram para um aumento do desempenho das unidades empresariais, relativamente às do Setor Público Administrativo.

Foram igualmente definidos os seguintes objetivos específicos:

- Avaliar os efeitos da empresarialização e da criação de centros hospitalares em termos de eficiência;
- Verificar quais as medidas resultantes da empresarialização que estiveram na base do diferencial de eficiência entre as unidades;
- Avaliar os efeitos do programa de ajustamento financeiro (BCE/FMI/CE) para os anos 2012 e 2013 na eficiência da gestão dos hospitais, comparativamente aos anos anteriores em estudo.

---

<sup>3</sup> 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.

## 1.2. Procedimentos metodológicos

Desde 2002, que avaliar o desempenho dos hospitais, verificar os efeitos das alterações efetuadas ao nível do regime jurídico e estatutário e identificar os scores de eficiência, têm sido temas constantes e cada vez mais pertinentes no contexto económico-financeiro atual, dado que a eficiência pressupõe uma boa relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos em determinada produção. Assim, uma produção é eficiente quando maximiza os resultados obtidos com um determinado conjunto de recursos, ou quando minimiza os recursos necessários para atingir um determinado resultado (Pereira, 2004).

As hipóteses de investigação foram formuladas com base na revisão da literatura, onde se incluiu uma atenta revisão das investigações já realizadas neste domínio. Desta forma, para melhor reunir os estudos já efetuados, consideraram-se as seguintes categorias, de acordo com Steinmann, Dittrich, Karmann, & Zweifel (2004):

- a) Estudos nacionais sobre a eficiência (*vide* anexo II).
- b) Estudos internacionais sobre a eficiência (*vide* anexo III).

Definiu-se assim um modelo de análise que assentou na formulação das seguintes hipóteses:

- H1 – Os novos processos resultantes da empresarialização dos hospitais melhoraram o desempenho relativamente às unidades que permaneceram no Setor Público Administrativo;
- H2 – A produtividade aumenta nas unidades sujeitas a processos de concentração/fusão ao longo dos anos em estudo;
- H3 – Existe um diferencial de eficiência maior nos anos 2012 e 2013 devido ao programa de ajustamento financeiro.

Nestes termos, pretende-se compreender as repercussões ao nível da eficiência na gestão, que a empresarialização teve no setor da saúde, com a criação de hospitais empresa e com as sucessivas fases de concentração de unidades de saúde, através da agregação de hospitais de pequena e média dimensão em centros hospitalares. O grande foco neste processo foram questões relacionadas com a melhoria do desempenho na produção hospitalar, com vista a efetuar um melhor racionamento de recursos e travar o crescimento abrupto com as despesas da saúde a nível hospitalar. Para este efeito, seguiu-se à revisão da literatura (incluindo



estudos nacionais e internacionais), uma colheita de dados relacionados com os custos totais hospitalares e com o movimento assistencial (número de doentes saídos do internamento, número de episódios de urgência, número de consultas externas realizadas, número de sessões de hospital de dia, número total de cirurgias realizadas) em cada unidade. Posteriormente, procedeu-se a uma análise da eficiência com recurso à técnica da *Data Envelopment Analysis* (DEA).

A DEA constitui-se como uma técnica que, através de um recurso a modelos de programação matemática, permite efetuar uma análise de combinações entre um ou mais *inputs* e *outputs*, tendo por base o desempenho observado. Os modelos DEA, devido à sua flexibilidade e ao estabelecimento de uma fronteira de eficiência entre unidades similares, têm sido utilizados para a avaliação da eficiência nos serviços públicos, dada a complexidade e a especificidade dos mesmos (Cook & Seiford, 2009; Cooper, Seiford, & Tone, 2007). Assim, este modelo tem sido aplicado aos hospitais em vários estudos nacionais e internacionais sobre esta temática. Com o recurso a este modelo, é possível organizar as unidades em cada ano por grupos similares, permitindo assim isolar os hospitais de forma singular e os centros hospitalares (Moreira, 2008).

A análise realizada foi aplicada a uma amostra global de hospitais durante um período de 12 anos. Para a estimação efetuaram-se dois distintos procedimentos DEA. Inicialmente foi feita uma “análise de fronteira global” para cada ano e aplicaram-se modelos de programação linear que incluíram todos os hospitais, admitindo-se que estes tiveram acesso à mesma tecnologia. Num segundo procedimento procedeu-se a uma análise da produtividade dos hospitais transformados em centros hospitalares. Por fim estabeleceu-se uma análise de eficiência para os anos pré e pós implementação do memorando de entendimento de 2011.

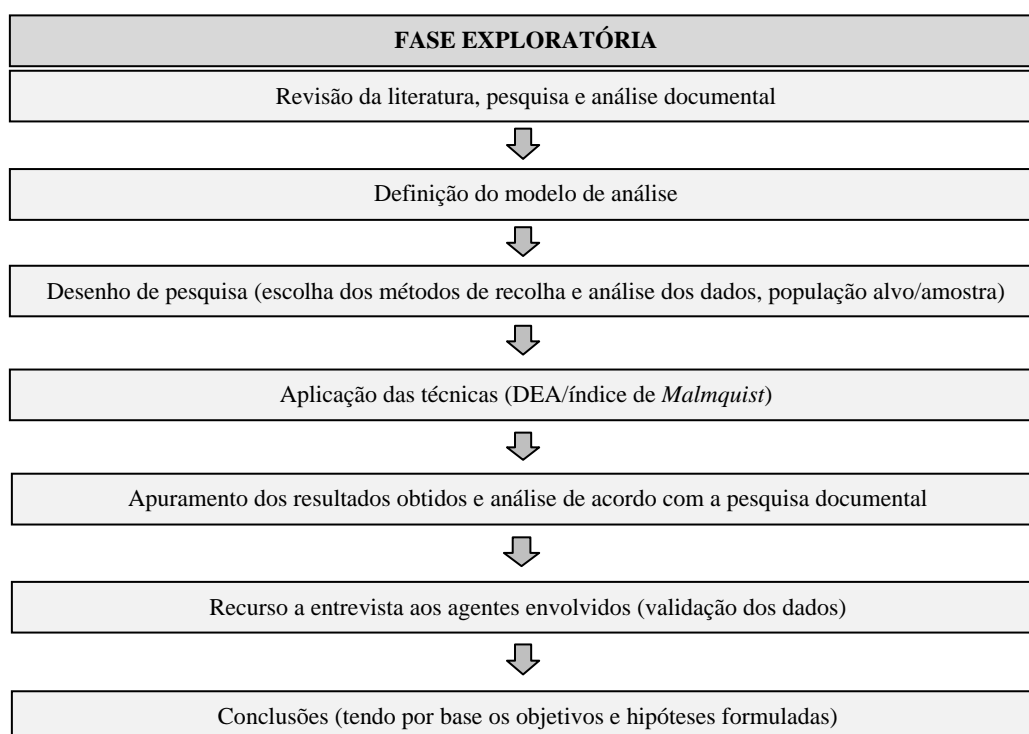
Depois de obtidos os *scores* de eficiência para as unidades hospitalares, através da realização de entrevistas aos agentes envolvidos na gestão hospitalar, pretendeu-se verificar:

- Quais das novas medidas resultantes da empresarialização estiveram na base do diferencial de eficiência entre unidades com diferentes estatutos jurídicos e entre unidades com o mesmo estatuto (validação da influência do sistema de custeio e de

outros fatores com vista a alcançar maiores *scores* de eficiência, como os fenómenos de *creaming*<sup>4</sup>, *skimping*<sup>5</sup> ou *dumping*<sup>6</sup>);

- Quais os efeitos que estiveram por detrás do diferencial de produtividade entre os hospitais e centros hospitalares;
- Quais os efeitos que a implementação do programa da "Troika" teve na eficiência das unidades e que implicações causaram na prestação direta de cuidados.

Figura 1.3 - Passos que constituem a fase exploratória do estudo



Fonte: Elaboração própria

Em suma, apresenta-se na figura 1.4 o mapa concetual que inclui o desenho de investigação deste estudo e na figura 1.5 o quadro de investigação elaborado.

Figura 1.4 - Mapa concetual do estudo

<sup>4</sup> Este fenómeno ocorre quando os hospitais, de forma a obterem maiores ganhos financeiros, podem ser tentados a admitir apenas doentes com necessidades de tratamentos menores (Barros, 2000, 2003; Ellis, 1998; Encinosa, 2008; Pauly, 1984; Socha & Zweifel, 2014).

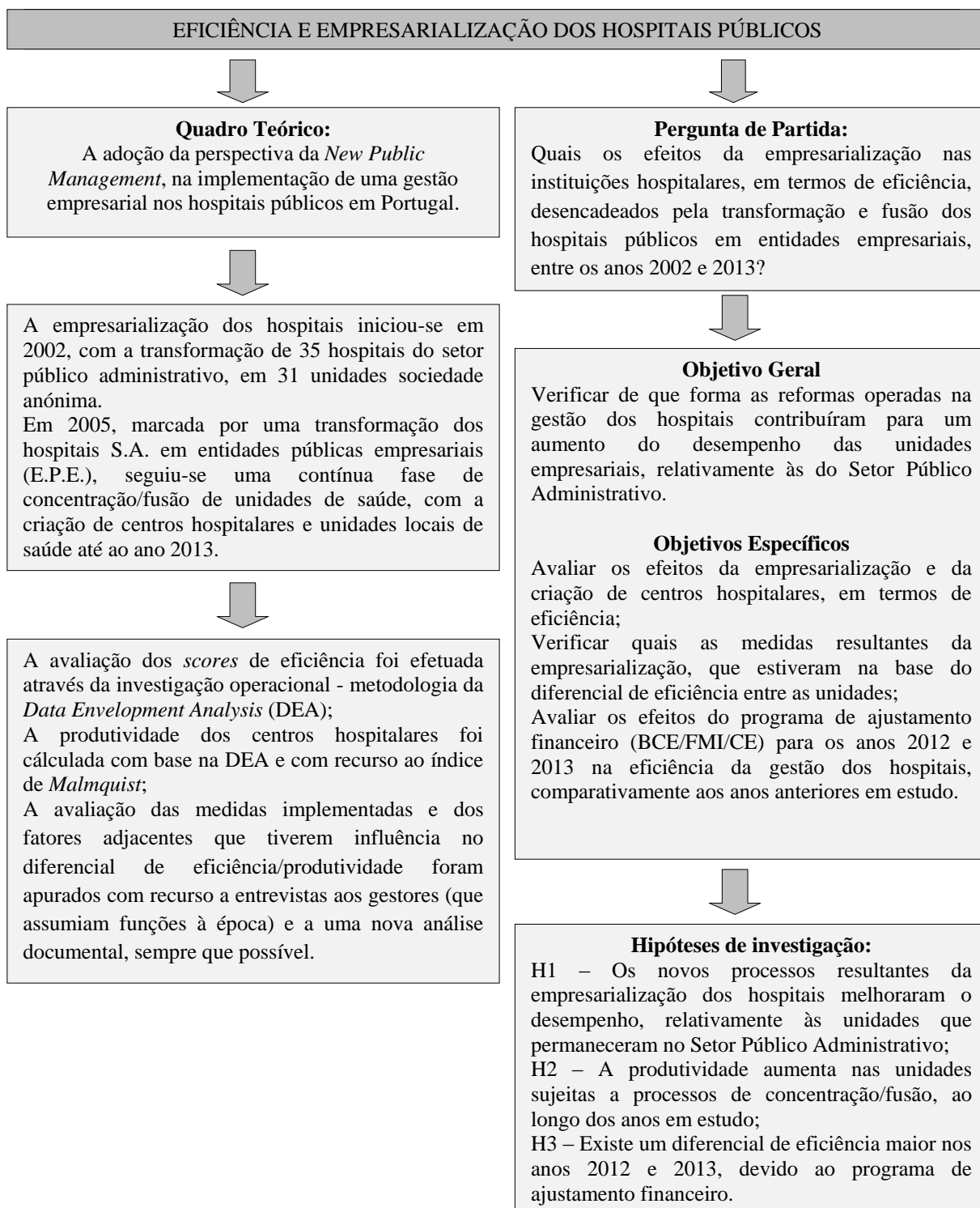
<sup>5</sup> Este fenómeno está associado ao risco de qualidade assistencial, promovido por uma subprestação de cuidados a doentes que exigiriam mais custos (Ellis, 1998; Encinosa, 2008; Pauly, 1984; Socha & Zweifel, 2014).

<sup>6</sup> Este fenómeno representa o encaminhamento de pacientes com maior gravidade, ou com doenças específicas, para outras unidades (Ellis, 1998; Encinosa, 2008; Pauly, 1984; Socha & Zweifel, 2014).

DESENHO DA INVESTIGAÇÃO	
<p><b>Pergunta de partida:</b> Quais os efeitos da empresarialização nas instituições hospitalares, em termos de eficiência, desencadeados pela transformação e fusão dos hospitais públicos em entidades empresariais, entre os anos 2002 e 2013?</p>	
<p><b>Objetivo da Investigação:</b> Verificar de que forma as reformas operadas na gestão dos hospitais contribuíram para um aumento do desempenho das unidades empresariais, relativamente às do Setor Público Administrativo.</p>	
Domínio da investigação	Domínio da metodologia
<p><b>Contexto:</b> Percecionar o impacto da empresarialização, da sucessiva concentração/fusão dos hospitais públicos portugueses e implementação do programa de ajustamento financeiro</p>	<p><b>Resultados pretendidos:</b> Identificação dos <i>scores</i> de eficiência dos hospitais públicos; Identificar os níveis de produtividade dos centros hospitalares; Identificação dos fatores que tiveram maior influência nos resultados obtidos</p>
<p><b>Teorias:</b> Como base para o processo de empresarialização, encontra-se a perspectiva teórica da <i>New Public Management</i>.</p>	
<p><b>Modelo:</b> Avaliar a evolução, em termos de eficiência, na gestão das unidades ao longo da implementação e do desenvolvimento do processo de empresarialização; Verificar a influência das novas medidas resultantes da empresarialização, que estiveram na base deste diferencial de eficiência.</p>	<p><b>Metodologia:</b> Investigação quantitativa, através da aplicação de métodos de investigação operacional - metodologia da <i>Data Envelopment Analysis</i> (DEA) e do índice de <i>Malmquist</i> Avaliação dos efeitos das medidas implementadas nas unidades mais/menos eficientes, através do recurso a entrevistas (análise de conteúdo)</p>
<p><b>Conceitos:</b> Empresarialização dos hospitais públicos; Concentração e fusão de unidades; <i>New Public Management</i>; Eficiência; Programa de ajustamento financeiro.</p>	<p><b>Contribuição:</b> Possibilitar uma identificação das unidades eficientes e dos respetivos rácios de eficiência em cada ano, no período em análise; Identificar os efeitos que estão na base dos diferenciais de eficiência entre unidades com diferentes estatutos jurídicos (SPA/Empresa) e entre unidades com o mesmo estatuto (Empresa); Avaliar o efeito da criação de centros hospitalares, em termos de eficiência; Identificar quais os principais fatores que estiveram na base do diferencial de eficiência entre centros hospitalares; Avaliar o efeito do programa de ajustamento financeiro (BCE/FMI/CE) na eficiência da gestão para os anos 2012 e 2013, comparativamente aos anos anteriores; Apurar as principais implicações na prestação de cuidados hospitalares resultantes do programa de ajustamento definido para os hospitais</p>
	<p><b>Fontes:</b> Documentos Legais; Publicações do Ministério da Saúde; ACSS (Administração Central dos Sistemas de Saúde); DGS (Direção-Geral da Saúde); Relatórios de gestão e contas dos hospitais.</p>

Fonte: Elaboração própria

Figura 1.5 - Quadro de investigação



Fonte: Elaboração própria

### 1.3. Estrutura da tese

O presente documento encontra-se estruturado em três partes:

- Na parte I procede-se ao enquadramento teórico, onde é feita uma revisão crítica da literatura. Nesta parte estão incluídos os capítulos 2 a 6 deste estudo.
  - a) No capítulo 2 é realizado um enquadramento do tema à luz das reformas da Administração Pública, desde o modelo burocrático à implementação do NPM, fazendo referência a modelos mais recentes como o *New Public Service* e a *Governance*. Neste ponto, são contextualizadas as unidades hospitalares do Setor Público Administrativo num modelo burocrático e tradicional, e as unidades empresarializadas, como resultado da aplicação das novas medidas de administração pública do NPM à saúde.
  - b) No capítulo 3 são abordadas as principais medidas políticas implementadas com vista às reformas na gestão hospitalar, com a caracterização da gestão ocorrida nos hospitais do Setor Público Administrativo e das experiências de gestão prévias ao processo de empresarialização, realizadas no Hospital Fernando da Fonseca, no Hospital de São Sebastião, na ULS de Matosinhos e no Hospital do Barlavento Algarvio.
  - c) No capítulo 4 é caracterizado o modelo de gestão empresarial com alusão ao modelo de gestão dos hospitais S.A. e dos hospitais E.P.E. e com referência à constituição de centros hospitalares e de unidades locais de saúde, com vista à racionalização dos seus recursos (com redução do número de hospitais, de aproximadamente 90 unidades, em 2002, para 39 em 2013). No final deste capítulo é caracterizado o modelo de gestão empresarial dos hospitais (S.A. e E.P.E.) e ainda, em traços gerais, o modelo de gestão em regime de PPP.
  - d) No capítulo 5 é enquadrado cronologicamente o processo de empresarialização dos hospitais, com referência aos diplomas legais de constituição, sendo definidas vagas de empresarialização. No final deste capítulo é analisada a evolução das unidades, por estatuto jurídico e por modelo de organização.
  - e) No capítulo 6, são apontados os principais termos e processos associados à produção e desenvolvimento dos hospitais, com referência ao modo de financiamento, aos tipos de custeio e às principais linhas de atividade.

- Na Parte II, faz-se a modelização da avaliação da eficiência.
  - a) O capítulo 7 que relaciona-se com a avaliação da eficiência no setor hospitalar. É definido o termo eficiência, são apresentadas as formas de medição da mesma. É apresentado o modelo DEA e é justificada a opção pelo mesmo neste estudo em detrimento de outros.
  
- Na parte III realiza-se uma abordagem à componente empírica. Esta parte inclui os capítulos 8 a 10.
  - a) No capítulo 8 são apresentadas as opções metodológicas selecionadas, tais como o tipo de estudo, a orientação do estudo, a definição das variáveis de *inputs* e *outputs*, as fontes de dados, a população alvo, a amostra definida e outras especificidades do modelo do estudo para ambas as metodologias;
  - b) O capítulo 9 procede-se a uma apresentação e discussão dos resultados obtidos (metodologia DEA e análise de conteúdo das entrevistas);
  - c) O capítulo 10 desenvolve as principais conclusões em resposta, aos objetivos e hipóteses inicialmente definidos.

No final apresentam-se as limitações deste estudo e algumas sugestões úteis para estudos futuros sobre a temática. A figura seguinte resume a estrutura da tese, de acordo com as partes enunciadas e com os temas/assuntos definidos em cada uma destas.

Figura 1.6 - Estrutura da tese

Introdução	Relevância do tema e objeto de estudo; Objetivos do estudo; Procedimentos metodológicos; Estrutura da Tese.
Parte I Enquadramento temático	A reforma da Administração Pública; A evolução das reformas da gestão hospitalar em Portugal; A empresarialização dos hospitais públicos portugueses; A implementação do processo de empresarialização em Portugal; Produção, desenvolvimento e gestão hospitalar.
Parte II Modelização da eficiência	Conceptualização de eficiência; Avaliação da eficiência; Metodologia DEA; Estudos nacionais e internacionais sobre a temática.
Parte III Componente empírica	Opções metodológicas Apresentação e discussão dos resultados Conclusões do estudo; Limitações e pistas para projetos futuros

Fonte: Elaboração própria

## PARTE I - ENQUADRAMENTO TEMÁTICO





## 2. A REFORMA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Ao longo da história têm sido profundas as mudanças no papel do Estado e da Administração Pública. Estas alterações foram sempre consequência de fatores históricos, económicos, políticos e sociais, em prol dos quais o Estado exerce a sua missão e planeia as suas atividades, impondo assim mudanças estruturais (Canotilho, 2000).

Para melhor compreender o papel da Administração Pública, a sua evolução, ensino e aplicação prática num Estado moderno, é importante referir a sua evolução teórica ao longo dos anos, desde o século XVIII (marcado pela revolução industrial), passando pelos primórdios do século XX (marcado pela primeira grande guerra que trouxe consigo novos paradigmas), com Luther Gulick<sup>7</sup> nos anos 30 do século XX, com o modelo Keynesiano (marcado pelo pós segunda guerra mundial), com o *New Public Management* e também com as mais recentes *New Public Service* e *Public Governance*.

O modelo de Estado intervencionista persistiu por várias décadas, tendo-se verificado entre os anos 60 a 80, um claro aumento da despesa pública nos países ocidentais industrializados, numa proporção alarmante face ao PIB (Pitschas, 2001). Assim, o Estado Social deu sinais de instabilidade após um período áureo de grande desenvolvimento. Este facto foi também motivado pela crise petrolífera de 1973 e agravado pela crise petrolífera de 1979 (Escoval, 2003; Daniel, 2009). Estas circunstâncias impulsionaram o Estado Providência a modernizar-se (Pitschas, 2001).

Após este período e perante a crise instalada, houve o incremento de uma nova filosofia de administração. A ideia de introduzir maior racionalidade e eficiência na gestão da Administração Pública em geral, iniciou-se no Reino Unido com um conjunto de reformas implementadas no tempo de Margareth Thatcher. Com estas reformas, foram transpostos para a Administração Pública princípios e métodos da gestão privada, nomeadamente a introdução de concorrência e a criação de mercados (Ferlie, Ashburner, Fitzgerald, & Pettigrew, 1996). A este respeito, Bilhim (2013) refere que a tendência para a personalização dos serviços públicos prosperou com a atribuição de um carácter comercial e industrial sujeito às regras do

---

<sup>7</sup> Luther Gulick (1933) deu uma consideração cuidadosa e prolongada da noção de política-administração, à luz da teoria política, do funcionamento prático da administração e das recentes tendências governamentais, no seu ensaio "*Politics, Administration, and the New Deal*".

direito privado. Adaptou-se então a perspetiva do *New Public Management*, que surgiu assim nos anos 80, numa tentativa de tentar retardar ou reverter o crescimento da despesa pública (Hood, 1991).

O paradigma da prestação de serviços públicos alterou-se para se posicionar com carácter comercial ou industrial e com regras de direito privado, desenvolvidas pelo Estado através de entidades privadas concessionadas (Bilhim, 2013). Efetivamente, verificou-se em simultâneo com a implementação do *New Public Management*, a mudança para a desagregação do setor público, criando um rompimento com modelos anteriores, com a aplicação de regras do setor privado ao setor público, exigindo assim uma necessidade de se verificar uma maior disciplina no consumo de recursos, pretendendo fazer mais, com menos (Bilhim, 2000b, 2013). Isto implicou simultaneamente a promoção da implementação e do desenvolvimento de tecnologias de informação nos serviços públicos (Vidigal, 2013). Estabeleceram-se agências de fornecimento de serviços, com interesses de produção e ganhos de eficiência distintos e disposições contratuais de *franchise*, tanto dentro como fora do setor público, dando origem a competição. Apontou-se esta rivalidade como plano para diminuição de custos, aumento de produtividade e melhoria de padrões (Hood, 1991).

Em Portugal, com a Constituição Portuguesa de 1976, o Estado passou a ser um prestador de serviço público (Abreu, 2011). No entanto, foi com a revisão constitucional de 1989 que se introduziram profundas alterações a nível económico, permitindo desta forma realizar privatizações (Bilhim, 2000a). No ímpeto da reforma do Estado e tendo como modelo a *New Public Management* do Reino Unido, começaram a ser introduzidas algumas alterações no funcionamento da Administração Pública. O Estado assumiu um papel regulador e através da regulação, tem em seu poder a orientação e o controlo da atividade económica. Assim o Estado pode surgir na forma de empresário, produtor ou distribuidor de bens e serviços, ou na forma de regulador, que condiciona, fiscaliza e promove a atividade do mercado (Bilhim, 2013).

Atualmente, a prestação de serviços públicos ocorre através da contratualização com empresas privadas, empresas de capital total ou parcialmente público, entidades públicas empresariais, institutos públicos e direções gerais. O Estado cedeu o seu lugar único a um conjunto de operadores (Bilhim, 2000a, 2000b). A governação, na linha da teoria das redes de

gestão, trata deste fenómeno emergente. As teorias e os conceitos associados ao termo governação assumem progressiva importância para a Administração Pública (Dunleavy, Margetts, Bastow, & Tinkler, 2006).

O setor da saúde foi também envolvido nas transformações ocorridas nas últimas décadas, na medida em que apresenta um peso considerável no Orçamento Geral do Estado, relacionado sobretudo com a crescente inovação tecnológica e terapêutica (Simões, 2004b).

Neste capítulo, aborda-se o desenvolvimento e as principais transformações ocorridas na Administração Pública: o modelo tradicional, a perspectiva da *New Public Management* e as recentes conceções de *New Public Service* e *Public Governance*. Por fim, enquadram-se as reformas do setor da saúde na perspectiva do NPM.

## 2.1. O modelo tradicional de Administração Pública

### 2.1.1. Origem e conceito

O modelo tradicional de Administração Pública, ou modelo Burocrático, surgiu inicialmente nos finais do século XIX, inícios do século XX (período do pós revolução industrial). O surgimento deste modelo influenciou nas insuficientes respostas para os problemas da Administração Pública e tomou a sua perseverança pela hierarquização das organizações e pelas ideias de despolitização, com manifesta separação entre o poder administrativo e o poder político<sup>8</sup> (Peters, 2001).

Em 1930 houve um desenvolvimento destas teorias da gestão. Foi implementada a teoria burocrática como uma filosofia virada para a adaptação dos meios aos fins e à aplicação de um modelo racional às instituições/empresas, daí o facto de ser comum usar-se o termo “*Weberiano*” (Peters, 2001). Apesar da influência e da adaptação à realidade norte americana, o aparecimento do modelo é de origem europeia (Wilson, 1887).

---

<sup>8</sup> Dwight Waldo (1948, 1952), Mulgan (2007) e Peters (1987) abordaram a dicotomia política-administração como princípio central organizador da disciplina, o que não alterou a natureza do Governo, uma vez que os políticos continuaram: a ser os fornecedores centrais de bens públicos e serviços e a definir a teoria da administração. Porém, ocorreu um corte com a teoria das burocracias, que estava centralizada em questões políticas e nada mais poderia ser considerado fora ou acima da política.

O modelo tradicional de Administração Pública apresentava como principal teoria e fundamentação epistemológica a ciência social, com uma concepção de interesse público definido politicamente e expresso na lei, que vê os cidadãos como utentes de um serviço público (Denhardt & Denhardt, 2011). No modelo tradicional de Administração Pública, a organização do Estado respeita o modelo Weberiano. Este modelo proposto por Max Weber, determina uma divisão vertical do trabalho ao longo de uma hierarquia de autoridade formal, assente em relações do tipo superior-subordinado, num cumprimento de regras e com múltiplos registos. A responsabilidade para todas as intervenções encontra-se no topo da organização, tratando-se desta forma de um modelo assente no poder e na autoridade, que se reparte ao longo de uma determinada hierarquia (Abreu, 2011; Araújo, 2000b; Cook, 1996; Cope, 1997).

### 2.1.2. Principais características

Vários países ocidentais adotaram a organização da Administração Pública, que seguiu os princípios da teoria burocrática de Max Weber.

Esta teoria foi caracterizada por uma hierarquia com regras formais, definidas no topo da organização (Bilhim, 2013). Predominava uma estrutura orgânica centralizada, caracterizada pelo controlo hierárquico e pela continuidade e estabilidade na carreira, onde os regulamentos internos se encontravam em conformidade com as normas (Bilhim, 2008; Mozzicafreddo, 2002). Os objetivos eram definidos pelos políticos e, para realizá-los, previa-se o cumprimento de programas através dos organismos públicos existentes, nos quais a prestação de contas seguia uma hierarquia, onde os administradores eram responsáveis perante os políticos no Governo. Assim, no topo das organizações encontrava-se o poder político, exercido através de um aparelho administrativo e hierarquizado. Este modelo traduzia uma organização burocrática, onde a motivação para os funcionários e administradores se centrava numa estabilidade profissional e remuneratória com benefícios sociais associados. Era expectado que os funcionários pusessem em prática, no anonimato, as decisões tomadas pelos políticos (Denhardt & Denhardt, 2011).

Estava igualmente presente uma divisão do trabalho (com regras precisas para os direitos e deveres dos funcionários, na admissão e na promoção por competência técnica) e um corte

entre as relações pessoais e as profissionais (fatores de ordem pessoal não deveriam sobrepor-se ou confundir-se na relação laboral) (Cardoso, 1997; Gressner, 2013; Tittenbrun, 2013; Weber, 2001, 2005). Esta abordagem era uma forma de coordenação e controlo direto sobre os funcionários, mediante um conjunto de regras que limitavam os recrutamentos, demissões, remunerações e progressões na Administração Pública (Araújo, 2000a, 2000b). Em contrapartida, aos funcionários era garantida uma perspetiva de emprego ao longo da vida, com continuidade e estabilidade, carreira, regras internas, imparcialidade e conformidade com as normas (Abreu, 2011; Weber, 2001, 2005).

De acordo com Denhardt e Denhardt (2011), estabeleceu-se o seguinte quadro que sintetiza alguns aspetos desta perspetiva teórica.

Quadro 2.1 - Perspetiva do Modelo Burocrático

Modelo Burocrático	
Princípio teórico	Teoria política: ciência social simplista
Modelo comportamento humano	“homem administrativo”
Conceção do interesse público	Definido politicamente e expresso na lei
Destinatários	Utentes
Papel do Governo	Planear, desenhar, implementar e avaliar políticas de acordo com o objetivo politicamente definido
Mecanismos para governar	Administrar através de organismos públicos
Prestação de contas	Hierárquica – administradores responsáveis perante líderes políticos
Estrutura organizacional	Burocrática
Base de motivação para funcionários e administradores	Remuneração, benefícios sociais e estabilidade no emprego

Fonte: Denhardt e Denhardt (2011, p. 28-29)

Eram tidas como vantagens do modelo hierárquico: a redução de custos administrativos, a supervisão atenta pelos responsáveis de topo, o estímulo à coordenação de atividades interligadas e a promoção de regras uniformes no fornecimento de bens e serviços (Gressner, 2013; Pawlas, 2015; Shick, 2002; Weber, 2001, 2005).

A este período estão também associados problemas de funcionamento relacionados com a organização. A gestão nas organizações burocráticas era condicionada pelas regras (simples, ineficazes e irresponsáveis) e pelo controlo central. Nas organizações hierárquicas existia pouca flexibilidade na tomada de decisão e uma luta constante pelo poder e autoridade, uma

vez que estava dependente a contínua relação com os níveis superiores da hierarquia (Peters, 2001; Tittenbrun, 2013). A burocracia, que constituía uma característica fundamental das prestações sociais, representava simultaneamente uma duradoura dificuldade para a gestão (Brodkin, 2007).

As dificuldades apresentadas resultaram numa ineficiência do funcionamento da Administração Pública (Araújo, 2013). Assim, este modelo demonstrou-se ineficiente e ineficaz. Por um lado, gerou uma gestão pobre, criticada pela falta de transparência e responsabilização e por uma cultura mais preocupada com os procedimentos do que com o desempenho, com uma ausência de preços de mercado (Walsh, 1995; Kettl, 2005). Por outro lado, verificou-se o aumento das despesas públicas, que segundo Araújo (2000a) foi devido a uma ausência de incentivos para controlar os custos. A procura de novas soluções para os serviços públicos fez com que houvesse uma preocupação tendente para um maior controlo sobre os custos (Barros & Gomes, 2002).

## 2.2. A transição para um novo modelo de gestão

O modelo de gestão burocrática prevaleceu nos países mais desenvolvidos até aos finais da década de 70 do século XX, onde se assistiram a mudanças que tiveram como maior preocupação a flexibilidade e a separação de atividades ou negócios, até então verticalmente integrados (Hoggett, 1991).

A dimensão e o funcionamento do setor público constituíam temas centrais era discussão em vários países (Kickert, 1997; Yackee, 2015). A ineficiência na Administração Pública e a inadaptação do Estado ao seu novo papel, promoveu mudanças significativas no modelo burocrático, que era visto como ineficiente, despesista, burocrático e de baixo desempenho (Ferlie et al., 1996; Kettl, 2005; Rosanvallon, 1995; Yackee, 2015). A incapacidade de dar resposta a desafios emergentes (económicos, tecnológicos e sociais) gerou uma ineficiência e ineficácia do aparelho administrativo perante a opinião pública. Para colmatar este facto, o poder político precisava de demonstrar que estava a resolver esses problemas, tendo para tal decidido adotar novos modelos (Carvalho, 2007). Assim, foi necessária a introdução de um modelo que promovesse a eficiência, adotando-se desta forma procedimentos até então

associados à gestão privada, dado que a ideia de modernização da Administração Pública, na busca da eficiência, era reconhecida como necessária (Mozzicafreddo, 2008).

Ferlie et al. (1996) definiram quatro modelos diferentes para clarificar a rutura em relação ao sistema burocrático. Deste modo, constituiu como "modelo 1" o foco na eficiência, como "modelo 2" a descentralização e como "modelos 3" e "4", o foco na excelência e a orientação para o serviço público, respetivamente.

O "modelo 1", focado na eficiência, foi caracterizado pela procura da introdução de modelos da gestão privada na gestão pública, com o objetivo de tornar as instituições mais eficientes. Pollitt (1990) havia denominado este modelo por *Neo-Taylorismo*, o qual apresentou como características principais:

- Ganhos de eficiência (melhoria na afetação de recursos e maior controlo sobre os custos), defendendo que esta deveria ser monitorizada com estudos de *benchmarking* com outras organizações;
- Recurso a sistemas de informação mais sofisticados para um melhor controlo financeiro;
- Valorização da competência em detrimento do modelo hierárquico;
- Objetivos definidos e monitorizados de forma clara;
- Métodos de auditoria e controlo a nível profissional e financeiro;
- Negociação de contratos individuais de trabalho de curta duração, com prémios por desempenho acima da média;
- Perda de poder dos grupos profissionais e burocráticos em prol de uma nova classe de gestores;
- Novas formas de governação corporativa: surge a figura do conselho de administração como órgão de gestão máximo dentro da organização, à semelhança do que acontece nas empresas privadas (Pollitt, 1990).

Os defensores do "modelo 2" (*downsizing* e descentralização) contestaram a tendência para a existência de organizações de grande dimensão. Para estes, quer as organizações públicas quer as privadas têm que ser reestruturadas, desburocratizadas, agilizadas e separadas por atividades (*unbundling*), com maior flexibilidade organizacional e descentralização das

decisões estratégicas e orçamentais. Este modelo traduz claramente o corte com a estrutura de gestão burocrática vigente nas organizações fortemente hierarquizadas, como é o caso da Administração Pública (Ferlie et al., 1996).

No designado modelo 2, alguns dos aspetos de destaque são:

- Orientação para os mercados ou pseudo-mercados;
- Gestão suportada na contratualização ao invés dos princípios hierárquicos;
- *Outsourcing* das funções não estratégicas;
- Estruturas organizacionais menos hierarquizadas;
- Formas de funcionamento mais flexíveis, com menor rigidez na cadeia de comando;
- Redução do quadro dos trabalhadores devido à contratualização de serviços;
- Ideia de Estado como possível regulador (Ferlie et al., 1996).

O "modelo 3" está associado à corrente de pensamento da procura da excelência, que marcou parte da década de 80. Neste modelo dá-se importância à cultura organizacional, ao papel dos valores e à cultura de gestão na mudança e na inovação (Ferlie et al., 1996; Peters, 1982). Segundo o mesmo, as culturas organizacionais fortemente estabelecidas criam elos de ligação nas organizações, o que possibilita a obtenção de melhores resultados em relação às que operam com uma gestão hierarquizada. Este modelo está associado a outros modelos de gestão mais humanistas, que fomentam as capacidades internas e a participação coletiva.

Este terceiro modelo pode ser encarado segundo duas abordagens diferentes: de baixo para cima (*bottom-up*) e de cima para baixo (*top-down*) (Ferlie et al., 1996).

Numa abordagem *bottom-up*, este modelo apresenta como características:

- Foco no desenvolvimento organizacional;
- Cultura organizacional como elemento de união;
- Descentralização e desempenho avaliado pelos resultados (Ferlie et al., 1996).

Na abordagem *top-down*, as principais características são:

- A visão organizacional ocorre de cima para baixo no seio da organização;
- Programas intensivos de formação corporativa para a gestão na mudança;
- Foco na liderança carismática pelos gestores;



- A comunicação da estratégia da organização deve ser clara e explícita (Ferlie et al., 1996).

O "modelo 4" de orientação para o serviço público, trata-se de um misto de ideias do setor privado e público. De acordo com Ferlie et al. (1996), este modelo teve como objetivo atribuir uma nova missão de serviço público, através de gestores públicos motivados e empenhados na aplicação das boas práticas do setor privado. Tenta proporcionar a missão de serviço público a par de métodos do setor privado, com prestação pública de contas.

Os principais elementos caracterizadores deste modelo são os seguintes:

- Preocupação pela qualidade do serviço;
- Excelência na prestação do serviço público, com ênfase na obtenção de resultados;
- Importância do *feedback* do utente;
- O conceito de cidadania;
- Desenvolvimento da aprendizagem social;
- Valores da prestação de um serviço público;
- A importância da participação e da reportabilidade (Ferlie et al., 1996).

À luz da teoria da escolha pública, os defensores do modelo burocrático estariam movidos pelo seu próprio interesse ao invés do bem comum (Boyne, 2003). Como resultado de pressões a nível económico, financeiro e social, os governos foram obrigados a repensar a estrutura da Administração Pública (Mozzicafreddo, 2001). De facto, trata-se de agir numa coerência organizacional, na descentralização, criação, fusão e extinção de organismos, de acordo com os objetivos da reforma (Mozzicafreddo, 2008). Assim, no centro das questões associadas ao aparecimento da perspectiva do *New Public Management*, esteve a necessidade de procurar formas mais eficientes de fornecer serviços públicos (Silvestre, 2010). A Administração Pública deveria responder pela eficiência, neutralidade e autonomia do sistema de administração (Mozzicafreddo, 2008). Deste modo, a reforma da gestão no setor público consistiu numa transição de um modelo burocrático, que procurava assumir um controlo através de estruturas de comando hierárquicas e padronizadas, para uma outra forma de gestão que promovia a descentralização e privatização dos serviços públicos (Brodkin, 2007).

### 2.3. O *New Public Management*

#### 2.3.1. Origem e conceito

O conceito de *New Public Management* (NPM) surgiu nos finais dos anos 70, e marcou a transformação do Estado Social (*Welfare State*) num Estado Managerial (Rocha, 2000). Foi marcado pela vitória do partido conservador no Reino Unido, em 1979 e pela eleição de Ronald Reagan nos EUA, em 1981 (Araújo, 2000b; Ferlie et al., 1996; Levy, 2010).

Este modelo surgiu numa tentativa de tentar retardar ou reverter o crescimento da despesa pública. “*NPM was only way to correct for the trievable failures and even moral bankruptcy in the old public management*” (Keating citado por Hood, 1991, p.4). Por outro lado, o *New Public Management* é também definido como um modelo de gestão pública, centrado nos cidadãos (vistos como clientes) e concebido como argumento e filosofia administrativa aceite (Hood,1991).

Em termos de fundamentação epistemológica, a base do *New Public Management* assenta na teoria económica (ciência social positivista), na qual prevalece uma racionalidade técnica e económica com base nas leis de mercado. O interesse público é assumido por um conjunto dos interesses individuais, em que os destinatários destes são tomados como clientes do serviço público. Este modelo representa uma evolução para uma Administração Pública com características empresariais e com uma cultura administrativa voltada para os resultados, que constituiu o motor da eficiência e da economia (Denhardt & Denhardt, 2011). Assim, a NPM representa uma forma de reorganização do setor público na sua gestão, ou como uma perceção particular de modelo de negócio. Envolve uma diferente conceção de responsabilização pública, que diminuiu ou tenta eliminar as diferenças entre o setor público e privado, na qual a responsabilização (*accountability*) se torna clara, desde que reflita a alta confiança no mercado e nos métodos praticados pelos gestores (Behn, 1999; Hood, 1991).

#### 2.3.2. Principais características

As características do NPM contribuíram para o avanço e reforma do setor público (Hood & Peters, 2004). Foram desenhadas políticas com vista a uma mudança nos processos e

estruturas do setor público, por forma a melhorar o seu desempenho (Pollit & Bouckaert, 2004). Orientados pela teoria da escolha pública e atraídos por alguns conceitos económicos (nomeadamente a eficiência nos serviços públicos), os governos desenvolveram um processo de reforma.

Na base desta transição, estava a ideia de que a gestão privada é superior à do setor público, o que conduziu à adoção de práticas até então características do setor privado (Gudelis & Guogis, 2011; Metcalfe & Ricards, 1993; Morales, Wittek, & Heyse, 2012).

Os defensores do NPM apresentavam a expectativa de que as organizações públicas se tornariam mais flexíveis e adaptáveis depois das reformas administrativas, convergindo assim com padrões organizacionais do setor privado (Osborne & Gaebler, 1993). Esta reforma fez com que as instituições públicas se aproximassem das privadas, apesar de algumas diferenças concretas que persistem pela própria essência e natureza do serviço público (Kettl, 2005; Morales et al., 2012; Shamsul, 2007).

Como novidades surgiram a reformulação de negócios para a transparência e responsabilização, e a visão de organização como uma cadeia de baixa confiança no relacionamento dos agentes, criando redes de contactos e incentivos e promovendo a concorrência entre as agências públicas (Gudelis & Guogis, 2011; Dunleavy & Hood, 1994).

O NPM foi caracterizado pela desagregação e competição. Assim, este modelo apresentou como ideias principais a agencificação do aparelho administrativo, a maior autonomia de decisão para os dirigentes públicos, a crescente flexibilidade de instrumentos de gestão, a imagem de um Estado regulador, a introdução de mecanismos do tipo mercado, a avaliação de desempenho nos serviços públicos - busca da eficiência e da eficácia, a desburocratização e procura da qualidade nos serviços públicos, através da satisfação das necessidades dos clientes, e a introdução das tecnologias de informação na Administração Pública (Bach & Kessler, 2007; Dunleav et al., 2006; Vidigal, 2013). De seguida, apresentam-se de forma mais detalhada, cada um destes aspetos:

- A agencificação do aparelho administrativo

Uma das ideias da nova gestão pública foi a transformação de serviços públicos em unidades operacionais de negócio, ou seja em agências (Araújo, 2002; Hood, 1995; Rocha, 2011). Este processo de implementação de organizações autónomas (que não dependem diretamente do Governo) foi denominado por vários autores como processo de agencificação (Pollitt, Talbot, Caulfield, & Smullen, 2004). A criação de agências autónomas de gestão baseia-se na separação das funções de conceção e de execução. Deste modo, a administração central limita-se à preparação da avaliação, deixando às administrações locais a responsabilidade da escolha e do modo de intervenção (Araújo, 2013; Behn, 1999; Kettl, 2005; Silvestre, 2010).

Esta mudança para a desagregação do setor público criou um rompimento com modelos anteriores, que se manifestou pelos interesses de produção e ganhos de eficiência distintos, com disposições contratuais de *franchise*, tanto dentro como fora do setor público, originando competição e apontando a concorrência como plano para reduzir custos, aumentar a produtividade e melhorar os padrões (Hood, 1991).

Verificou-se em Portugal a transformação de organismos de administração direta do Estado em institutos públicos, ou em entidades com autonomia administrativa e financeira (Carvalho, 2007). Este facto proporcionou aos gestores públicos uma maior capacidade de controlo e flexibilidade na gestão, em movimentos de empresarialização com introdução da avaliação de desempenho dos mesmos, fundada em parte pelo grau de eficiência obtido pelos serviços (Araújo, 2013; Bach & Kessler, 2007; Harfouche, 2012).

- Maior autonomia de decisão para os dirigentes públicos

A separação de poderes tem sido uma questão de destaque e continuado interesse na Administração Pública. A divisão entre as questões políticas e de administração é um dos aspetos mais marcantes no NPM (Hood, 1991).

Os administradores devem ser munidos de instrumentos de gestão e da autonomia necessária ao pleno desempenho das suas funções de acordo com os objetivos previamente definidos (Araújo, 2000b; Kettl, 2005). A interferência dos políticos na gestão pública poderá ocasionar

uma ineficiência de gestão, visto que estes não possuem os modelos e as técnicas específicas que são praticadas pelos gestores públicos. Deste modo, os políticos devem centrar-se nas suas tarefas essenciais, fomentando a separação entre as atividades de natureza política e administrativa. Através deste modelo, os gestores públicos tomam as suas próprias decisões e são responsáveis pelas mesmas, cortando com a tradicional organização hierárquica da governação, marcada por uma forte influência política (Osborne & Gaebler, 1993; Peters, 2010; Wilson, 1987). A gestão profissional ganhou destaque no setor público, com o controlo da gestão e a total autonomia, existindo desta forma uma maior descentralização da autoridade e da responsabilidade do Governo central para níveis mais baixos de Governo (Coyle, 2003; Hood, 1991; OCDE, 1993).

- Crescente flexibilidade de instrumentos de gestão

Em relação à gestão propriamente dita, este modelo pressupõe que os gestores estejam mais focados na criação de serviços e na formulação de novos métodos, em vez de estarem envolvidos na aplicação prática (Denhardt & Denhardt, 2011). Esta perspetiva gestionária enquadra-se nos princípios do *New Public Management* e alude à competência e às capacidades dos gestores, independentemente do setor (público/privado) em que trabalham. Isto implica uma maior autonomia de gestão, com gestores profissionais e com uma solução eficaz para a maioria dos problemas económicos (Behn, 1999; Morales et al., 2012; Rocha, 1991).

Para atingir melhorias na eficiência é necessária uma maior autonomia de gestão, tendo em conta os objetivos estabelecidos, e também meios suficientes para gerir os serviços públicos (Mascaranhas, 1993). A ideia de maior autonomia de gestão consiste em ajustar instrumentos de gestão aplicados no setor privado, aos serviços públicos. É valorizada a administração que seja pró-ativa na obtenção de resultados com maior grau de eficiência e produtividade (Araújo, 2000b; Levy, 2010). São mais eficientes os modelos de gestão em que os gestores estão munidos de maior autonomia e de melhores ferramentas para o cumprimento dos objetivos previamente estabelecidos. Esta autonomia permite uma melhor gestão e racionamento na utilização de recursos, devido à procura pelo bom desempenho por parte dos funcionários, o que estimula uma competição mas saudável (Bach & Kessler, 2007; Walsh, 1995; Wilson, 1999).

Os gestores públicos têm autonomia e flexibilidade de decisão e passam a ser responsabilizados pelas suas ações (Barzeley, 2001; Osborne & Gaebler, 1993).

- A imagem de um Estado regulador

Com o *New Public Management* houve uma mudança das funções do Estado, que passa de fornecedor a regulador. As funções tradicionais de produção e provisão de bens/serviços tendem a ser subrogadas pelas funções de financiamento, proteção e regulação (Carvalho, 2013; Kettl, 2005; Majone, 1997). Todavia, Nunes e Rego (2010) referem que apesar do Estado ter um papel menos intervencionista, a sua participação é importante para assegurar a equidade, ultrapassar falhas da lógica de mercado e garantir o controlo e a responsabilização, através da regulação. As reformas operadas no setor da saúde consistem um exemplo claro desta situação (Nunes & Rego, 2010).

A responsabilidade de fornecimento de serviços públicos continua atribuída ao Estado, mas a função de prestação direta está atribuída a entidades empresariais, que a executam com maior efetividade, eficiência e economicidade, pela aplicação dos novos modelos de organização (Simões, 2004c). De acordo com Bilhim (2013), a origem desta redução do papel do Estado pode ser devida à ineficiência das empresas públicas, à redução do peso político dos sindicatos e à redução da instabilidade das contas públicas<sup>9</sup>.

A diminuição do papel do Estado despoletou o desenvolvimento de formas de privatização, através da atribuição destas funções ao setor empresarial do Estado e da privatização de serviços públicos, com o objetivo de incremento de eficiência e eficácia nos serviços públicos (Rocha, 2002).

Este modelo procura implementar-se como uma alternativa à gestão pública burocrática, sendo marcado por práticas da gestão empresarial, tais como a autonomia de gestão, a liberdade de escolha, o estímulo à concorrência entre unidades e a avaliação de desempenho, com foco na qualidade nos resultados, no desempenho e na eficiência (Araújo, 2000).

---

<sup>9</sup> Pela alienação de património, da eliminação dos défices e pela promoção do acesso ao capital das empresas pelos agentes (Bilhim, 2013).

É importante ter em conta que a tendência registada de reorganização do setor público é retratada como fundamental para a viabilidade económica e para a competitividade nacional, numa comunidade mundial. Esta transição na gestão pública envolve processos de reorganização administrativa, com esforços para reduzir a despesa pública e os encargos do Estado, através da privatização e da descentralização de serviços e de funções do Governo, o que muitas vezes exige uma redução no número de funcionários (Wise & Szucs, 1996). Com a empresarialização ocorre a contratação dos funcionários e a avaliação de desempenho, sem salvaguardas para o emprego vitalício. Em oposição ao modelo burocrático, este modelo, ao nível da motivação de funcionários e administradores, tenta estimular o espírito empreendedor (Denhardt & Denhardt, 2011). Desta forma, houve diferentes reações por parte dos funcionários, com respeito à receptividade ou resistência às reformas de gestão pública (Wise & Szucs, 1996).

- Introdução de mecanismos do tipo mercado

O movimento do NPM, a par com o setor privado, relaciona-se com algumas reformas ao nível dos padrões de desempenho, concorrência e contratualização. É fortemente marcado por uma maior flexibilidade e autonomia de gestão financeira, uma maior autonomia na gestão das pessoas (com uso acrescido de remuneração relacionada com o desempenho e contratos personalizados), pelo aumento do recurso a mecanismos tipo mercado, tais como mercados internos, taxas de utilização, *vouchers*, privatização, subcontratação, *franchising* e contratação externa e também pela privatização de empresas públicas orientadas para o mercado. Deste modo, o NPM providencia maior responsabilidade para com os utentes e outros clientes dos serviços públicos (OCDE, 1993). Também com a introdução de mecanismos de mercado se criou uma maior competitividade no setor público (Hood, 1991; Lodge & Gill, 2011).

- Avaliação de desempenho nos serviços públicos - busca da eficiência e da eficácia

Assistiu-se à disseminação de uma nova filosofia de Administração Pública do tipo empresarial, o *New Public Management*, com uma gestão orientada para os resultados e centrada no desempenho (Rego, 2011). Pretendeu-se alcançar, entre outros aspetos, a

equidade e a transparência (*accountability*) nos serviços públicos. Contudo, o desempenho destes serviços é marcado por valores como a eficiência, a eficácia e a qualidade, resultantes da avaliação das instituições e dos agentes (Bumgarner, 2009). Desta forma, de modo a clarificar os conceitos, tem-se em conta que "A eficiência busca uma máquina administrativa menos dispendiosa e/ou mais produtiva enquanto que a eficácia é tida como uma avaliação de prossecução de objetivos predefinidos" (Carvalho, 2007, p.5).

Na doutrina do *New Public Management* verifica-se a aplicação de características de gestão do setor privado ao setor público (gestão eficientemente de recursos, por forma a obter os mesmos ou melhores resultados). Deste modo, destacam-se as medidas *standard* de desempenho, com a aplicação de objetivos e indicadores, com um maior foco nos controlos de produção, relacionados com uma boa gestão de recursos e de acordo com a avaliação de desempenho, tendo em vista uma maior promoção no racionamento e controlo de recursos, e com uma produção eficiente, ou seja, obtendo melhores resultados, com menos recursos (Hood, 1991).

- Desburocratização e procura da qualidade nos serviços públicos, através da satisfação das necessidades dos clientes

O *New Public Management* está orientado para a desburocratização, promovendo a qualidade dos serviços, o que pode induzir uma concorrência positiva nos serviços públicos e uma autonomia de gestão, com princípios de eficiência e com transparência/responsabilidade (*accountability*) (Denhardt & Denhardt, 2011). Existe igualmente uma substituição do cidadão pela noção prática de cliente e o estabelecimento de redes de cooperação com o setor privado e com o terceiro setor, ficando o Estado como mediador (Mozzicafreddo, 2001). A prestação de serviços é orientada para o cliente, com a adoção de sistemas de qualidade (Carvalho, 2007; Gibson, 2006).

Considerando que a obtenção de maiores níveis de eficiência e eficácia está dependente da maior satisfação dos cidadãos (Levy, 2010; Staley, 2001), é fundamental que a Administração Pública se centre no cidadão e na satisfação das suas necessidades (Bilhim, 2000a).



- Introdução das tecnologias de informação na Administração Pública

No processo de reforma e modernização do Estado, verifica-se com o NPM a introdução de tecnologias de informação (TIC) que constituem a base da informação e comunicação com os indivíduos (Pitschas, 2001). A influência das TIC ao nível interno da Administração Pública registou-se nos organismos do setor público, que procuraram ser progressivamente mais eficientes e eficazes nas respostas às necessidades dos cidadãos, à medida que adotaram as novas tecnologias (Thompson & Jones, 2008; Gibson, 2006).

A tecnologia é cada vez mais uma poderosa ferramenta com marcado contributo para o processo de decisão, que permite simplificar e acelerar os processos administrativos, fomentando uma maior credibilidade no tratamento dos dados, transparência e imparcialidade (Bertot, Jaeger, & Grimes, 2012). Com o NPM, a Administração Pública está mais baseada na informação, tendo profissionais formados e em linha com as exigências deste valioso recurso estratégico e operacional. As TIC vieram solidificar a transposição de uma relação de autoridade da Administração Pública com os cidadãos, para uma relação de transmissão de informação, num ambiente de liberdade, diversidade e igualdade. Deste modo, permitiu-se um aumento de confiança entre o Estado e os cidadãos, no que respeita aos serviços públicos, que passam a ser caracterizados por uma profunda mudança também na acessibilidade e recetividade (Bertot et al., 2012; Pitschas, 2006).

As redes e as tecnologias da informação, enquanto instrumento mais eficiente, eficaz e com maior qualidade, constituem um valioso instrumento para capacitar toda a administração direta e indireta do Estado (Hood, 1991; Raab, Mannak, & Cambré, 2015). A este propósito, ao analisar as iniciativas de implementação e utilização das TIC/e-government, na Administração Pública, Bertot, Jaeger e Grimes (2012) concluem que estas são promovedoras de uma maior transparência, sendo facilitadoras da cooperação entre os governos, os serviços e o público em geral.

Quadro 2.2 - Perspetiva do *New Public Management*

<i>New Public Management</i>	
Princípio teórico	Teoria económica: ciência social positivista
Modelo comportamento humano	“homem económico”
Conceção do interesse público	Conjunto dos interesses individuais
Destinatários	Clientes
Papel do Governo	Agir de forma a estimular o mercado
Mecanismos para governar	Agencificação com incentivos para atingir objetivos políticos
Prestação de contas	Dirigidas ao mercado, em prol dos interesses dos clientes com “ <i>accountability</i> ”
Estrutura organizacional	Descentralização das organizações públicas com regulação do Estado
Base de motivação para funcionários e administradores	Espírito empreendedor e inovador, em prol da “ <i>performance</i> ” e eficiência do sistema

Fonte: Denhardt & Denhardt (2011, p.28-29)

### 2.3.3. Críticas à doutrina do *New Public Management*

Apesar de alguns autores, como Gudelis e Guogis (2011) classificarem a NPM como um dom cedido pelo setor empresarial à Administração Pública que objetivava a redução das despesas da administração pública e aumento da eficácia e da qualidade no trabalho dos funcionários públicos, esta teoria não conseguiu ficar aparte de alguma repreensão. As críticas efetuadas ao NPM baseiam-se no pressuposto que existem grandes diferenças entre organizações públicas e privadas, pelo que as práticas do setor privado não devem ser aplicadas ao setor público (Boyne, 2002). Como exemplo, a inclusão imediata de estruturas burocráticas em várias agências, numa tentativa de resolver problemas de ordem pública, não apresentou logo o efeito desejado (Hood & Peters, 2004).

Foram estabelecidas outras críticas sobre o facto do NPM não conseguir alterar dilemas básicos da Administração Pública (erro humano, falhas de sistema, fraude, corrupção). De acordo com Dunleavy e Hood (1994), Luke, Kearins, e Verreynne (2011) e Moreira e Azevedo (2009), este modelo foi referido como insatisfatório por não ir suficientemente longe relativamente à estrutura tradicional da Administração Pública, pois apenas a privatização total, a universalização dos contratos individuais de trabalho, o pagamento em função do desempenho e o fim das prerrogativas por antiguidade no serviço, representariam uma solução aceitável. Referem também que o setor público sofre de problemas básicos insolúveis, que nenhum sistema de gestão conseguirá eliminar. Consideram que o NPM pode implicar a perda

de controlo do processo de mudança, perdendo a viabilidade da gestão dos serviços públicos e reforçando a necessidade da estrutura central para gerir esses serviços. Os autores destacam ainda, que a introdução em larga escala de mecanismos de mercado no setor público aumenta o risco da corrupção nestes serviços.

De uma forma mais específica surgiram outras críticas, como por exemplo afirmar: que o NPM apresenta muito entusiasmo e pouca substância, pelo que o novo gerencialismo público tem pouca mudança para além da expressão pública e da responsabilização dos gestores; que o NPM traz danos ao serviço público por ser ineficaz na capacidade de cumprir a sua reivindicação de reduzir custos por unidade de serviço e que, apesar das pretensões para promover o “bem público” (mais barato e com melhores serviços para todos), este modelo é um veículo para vantagens particulares que promovem uma carreira de interesses privados num grupo de elite dos novos gestores e que a pretensão de universalidade é posta em causa pois depende de distintos valores administrativos que têm diferentes implicações para aspetos fundamentais e para a restante estrutura administrativa (Hood, 1991; Dunleavy, Margetts, Bastow, & Tinkler, 2006; Luke et al., 2011). Recentemente Frederickson, Smith, Larimer & Licari (2012) referem um efeito duplo ocorrido com a implementação da NPM. Por um lado e ao encontro da perspectiva de Gudelis e Guogis (2011), referem uma gestão que se tornou mais limpa, eficiente e profissional, mas contrastando com estes autores, referem o facto de terem ocorrido aumentos no governo em termos da sua dimensão "*very much larger (...) government*" e custos "*expensive government*".

#### 2.4. Modelos pós NPM (*New Public Service e Public Governance*)

As transformações ocorridas na sociedade, tais como o desenvolvimento da ciência, da informação, da experiência e das tecnologias de informação, numa sociedade de massas, conduziram a preocupações sociais, que de acordo com Bogason e Brans (2008), se caracterizaram por valores que são aceites pelo tecido social e orientam determinadas sociedades ditas de pós-modernas. Nesta mesma perspectiva, Surtz e Hexter (1965), descrevendo Thomas Moore, apontam na modernidade a possibilidade de construir uma melhor organização social, mais justa e com maior igualdade.

A reforma da Administração Pública surge da necessidade da remodelação do seu funcionamento, de forma a aumentar o seu profissionalismo, eficiência e sensibilidade, perante as condições que implicam mudanças exteriores. Atualmente, a definição de Administração Pública como aquela administração pura, desinteressada, de cariz universal e imparcial, não é visível, pelo que da mesma forma também o setor privado não se pode caracterizar apenas pela satisfação do próprio interesse. Porém, ao perder-se a característica racional, neutra e imparcial, tornam-se mais complexas as distinções entre coletivo/individual e objetivos políticos/económicos, confundindo-se o interesse geral, que se encontra circunscrito por jogos de influências, pressões, interferências políticas e interesses pessoais. Desta forma, verifica-se que o conceito de “bem comum” depende do contexto político, onde cada vez mais os problemas dos cidadãos são fundamentais na sua definição (Hambleton, 2004; Mozzicafreddo, 2001).

Efetivamente, a Administração Pública vista de uma dimensão social com o seu campo de investigação, leva à ideia de uma nova transição entre uma época moderna para uma época pós moderna. Denhardt e Denhardt (2011) referem que todas estas teorias, desde a *New Public Management*, apontam para questões sociais, de cidadania e da comunidade, que envolvem a sociedade atual e contribuíram para novas abordagens teóricas da Administração Pública. Isto permitiu o aparecimento de novos conceitos que contrastam com a tradicional Administração Pública, como o *New Public Management* e o *New Public Service*, que pressupõem que o Estado não é um negócio, nem deve ser gerido como tal, mas como uma democracia (Denhardt & Denhardt, 2011; Gawthrop, 1998; Hambleton, 2004; Rosanvallon, 1995).

A *Public Governance*, da mesma forma que o *New Public Service*, presta atenção à forma como diferentes organizações interagem para atingir um alto nível de resultados, sendo estes alcançados pelos cidadãos e intervenientes (Bevil, 2009; Bingham, Nabatchi, & O’Leary, 2005; Boyte, 2005; Gawthrop, 1998; Woods, 2015). Em *Public Governance*, a forma como as decisões são tomadas e o processo de interação dos diferentes intervenientes, tem a maior importância qualquer que seja o resultado alcançado e coloca em ênfase algumas premissas que fazem uma boa gestão. “... *what matters is not what we do, but how people feel about what we do*” (Bovaird & Löffler, 2009, p.9). e “*then ends do not justify the means*” (Bovaird & Löffler, 2009, p.214).

Nos pontos seguintes apresentam-se e caracterizam-se cada um dos referidos modelos pós-NPM.

#### 2.4.1. A perspetiva *New Public Service*

##### 2.4.1.1. Origem e conceito

O *New Public Service* (NPS) surgiu como um modelo que traduz a forma como a sociedade interage com os líderes, como estes lidam com os cidadãos e o modo como são introduzidas e aceites mudanças positivas na sociedade (Denhardt & Denhardt, 2011).

O NPS surgiu como resultado do diálogo sobre valores comuns na conceção do interesse público, que entende os seus destinatários não como utentes ou clientes mas sim como cidadãos. Apresenta princípios teóricos que assentam na teoria democrática, com base numa ciência social positivista, interpretativa e crítica. Nas suas bases, prevalece a racionalidade estratégica ou formal (política, económica e organizacional). Nesta perspetiva, o papel do Governo é fundamentalmente servir, negociando interesses com os cidadãos, grupos e comunidade, em prol da criação de um valor comum. De modo a atingir os objetivos políticos, este modelo passa pela construção de agências públicas. Verifica-se na estrutura organizacional uma liderança partilhada entre estruturas colaborativas. A prestação de contas é multifacetada, ou seja, os funcionários públicos devem atender à lei, às normas, aos valores da sociedade e aos interesses dos cidadãos. O grande objetivo deste modelo e que motiva os intervenientes de forma geral, é a prestação de um serviço público de excelência para a sociedade (Denhardt & Denhardt, 2011; Osborne et al., 2013).

Bovaird e Löffler (2003, p.316) referem que a *Public Governance* pressupõe “*the way in which stakeholders interact with each other in order to influence the outcomes of public policies*”. Neste sentido, privilegia a interação entre as diferentes organizações, para obter o elevado nível de um resultado desejado, enquanto o NPM privilegia a avaliação de resultados, quer individuais, quer organizacionais.

#### 2.4.1.2. Principais características do modelo

Perante a perda de valores associados à NPM, a NPS de acordo com Denhardt e Denhardt (2011), assenta em fundamentos que visam: servir o interesse público, ao invés de orientar; a prossecução do interesse público, em que os dirigentes da Administração Pública contribuem para a construção coletiva do que é o interesse público, com partilha de interesses e de responsabilidades, em oposição à criação de soluções rápidas e individuais; um pensamento estratégico e a implementação democrática na qual as políticas públicas ganham em efetividade, com implementação baseada em procedimentos coletivos, estratégicos e democráticos e onde o Estado vai de encontro às necessidades coletivas, criando oportunidades para a cidadania; servir cidadãos e não clientes, onde os interesses próprios dão lugar ao interesse público.

Os funcionários públicos não se limitam a responder às exigências dos clientes, mas tentam criar relações de confiança e colaboração com os cidadãos. O reconhecimento da complexidade da *accountability*, define que os funcionários têm que zelar pelo cumprimento do princípio da legalidade, pelos valores da comunidade, pelas normas políticas e pelos interesses dos cidadãos (Denhardt e Denhardt, 2011; Osborne, Radnor, & Nasi, 2013).

Este modelo é caracterizado por Denhardt e Denhardt (2011), por apresentar uma valorização das pessoas (e não apenas a produtividade, segundo processos de colaboração e de liderança partilhada, respeitando todos os interessados) e por assumir um destaque à valorização da cidadania (ao invés do empreendedorismo no setor público). Nesta perspetiva, o interesse público deve ser alcançado através dos funcionários públicos e dos cidadãos, para o bem da comunidade, em alternativa aos gestores empreendedores que atuam como se o dinheiro público fosse sua propriedade. Assim, verifica como aspetos de extrema importância a participação dos cidadãos, a igualdade de oportunidades, o comportamento ético, a transparência nas ações e a *accountability*, de modo a viabilizar a sustentabilidade da comunidade, demarcando os valores éticos do serviço público (Denhardt & Denhardt, 2011).

Foi posta em causa a ideia de administração privada como sinónimo de qualidade. De acordo com o modelo NPS, no mercado ambas as organizações públicas e privadas têm desafios similares, tais como: problemas de identidade organizacional; mudança tecnológica e de

comportamentos; concorrência; necessidade de melhoria na produtividade e responder às exigências do cliente/cidadão. Foram introduzidas alterações a nível orgânico, preconizando-se o aumento na qualidade dos serviços e dos produtos e o incremento de proximidade com o cidadão. O objetivo passa assim pela maior flexibilidade de estrutura do poder e pela diminuição do peso dos serviços públicos. Neste sentido torna-se imperativo envolver os cidadãos, ouvindo-o e movendo a Administração Pública ao encontro das suas necessidades (Callahan, 2010; Catlaw & Rawlings, 2010; Glaser, Samuel, & Parker, 2006).

Perante esta proximidade entre o cidadão e a administração, o cidadão é visto como um cliente que atende à qualidade dos serviços e do atendimento, ou seja, é um cidadão como membro de uma sociedade que usufrui de um serviço, e é um cliente quando paga perante a sua escolha de serviços/produtos. Os cidadãos, em simultâneo, são beneficiários e contribuintes nos direitos/deveres da lógica social de redistribuição, podendo ainda ser considerados eleitores ou eleitos, perante a participação pública. Devido a esta aproximação, fomentou-se a participação do cidadão na gestão e nos seus direitos. Para tal, foi crucial o processo de desburocratização que assentou na racionalização e simplificação das normas e procedimentos, tais como a coordenação de subsistemas, a introdução de tecnologias de informação, a eliminação da sobreposição de serviços, a eliminação de procedimentos burocráticos e a adaptação da linguagem técnica jurídica para compreensão comum. Todas estas medidas tornam a Administração Pública mais próxima e transparente com as pessoas (Mozzicafreddo, 2001).

Com esta perspetiva, a Administração Pública tem aumentado a sua intervenção administrativa na sociedade, com um Estado mais presente como regulador, com uma marcada redefinição e com uma modernização na Administração Pública e na estrutura do poder político, quebrando assim a dicotomia entre o poder administrativo e político, sendo o cidadão um agente fundamental e ativo (Osborne, 2010). A tomada de decisões é pública perante a participação ativa da comunidade. Para isso, é fundamental "...que o setor público atue com uma racionalidade que transcende o seu fim, sendo organizado com base na uniformidade, na impessoalidade, na força dos procedimentos e no controlo democrático dos recursos coletivos" (Mozzicafreddo, 2001, p.26).

De acordo com Denhardt e Denhardt (2011), estabeleceu-se o seguinte quadro que sintetiza alguns aspetos do *New Public Service*:

Quadro 2.3 - Perspetiva do *New Public Service*

<i>New Public Service</i>	
Princípio teórico	Teoria democrática: ciência social positivista, interpretativa e crítica
Modelo comportamento humano	Racionalidade estratégica ou formal, com múltiplos testes de racionalidade (política económica e organizacional)
Conceção do interesse público	Obtido pelo diálogo sobre valores comuns
Destinatários	Cidadãos / parceiros
Papel do Governo	Servir através da negociação de interesses com os cidadãos e criar valores comuns
Mecanismos para governar	Construir coligações de agências públicas, não lucrativas e privadas, para atingir necessidades mútuas
Prestação de contas	Multifacetadas - os funcionários públicos devem atender à lei, valores, normas políticas e interesses dos cidadãos
Estrutura organizacional	Estruturas colaborativas com a liderança partilhada interna e externamente
Base de motivação para funcionários e administradores	Serviço público, desejo de contribuir para a sociedade

Fonte: Denhardt & Denhardt (2011, p.28-29)

#### 2.4.2. A perspetiva da Governança

A Governança pública tem-se assumido como um novo paradigma distinto da nova gestão pública (Osborne & Gaebler, 1993). Este modelo também se baseia em novas teorias, tais como as teorias de redes e o institucionalismo sociológico, divergindo do institucionalismo económico, da teoria da escolha pública e divergindo também das teorias da administração pública tradicional, que desde Weber e Wilson pregavam a dicotomia entre política e administração (Osborne, 2010; Raab et al., 2015).

##### 2.4.2.1. Origem e conceito

Esta nova envolvente designa-se por “reinventar a governação”. Reinvenção que segundo o autor passa por:

- a) Descentralizar a autoridade, reforçando as competências das administrações locais;
- b) Prestar serviços públicos através de organizações não públicas;
- c) Promover a gestão empresarial para os serviços públicos;



- d) Promover a concorrência entre serviços (públicos e privados);
- e) Desburocratizar a gestão de serviços públicos;
- f) Promover a racionalização da administração dos serviços do Estado (Gore, 1996; Osborne & Gaebler, 1993; Rosanvallon, 1995).

Na base deste movimento esteve a administração Clinton, no início dos anos 90 (Bilhim, 2013). O termo *Governance* surge na forma em que revela um processo político no qual as instituições regionais/locais contraem um poder que deixa de estar centralizado. Desta forma, o poder central da máquina governamental dilui-se por diferentes agentes regionais, locais, grupos económicos, sociedade civil e organizações não-governamentais (Dunleavy et al., 2006; Fox, 1996; Rosanvallon, 1995; Schachter, 1997).

Lynn, Heinrich e Hill (2003, p.3) definiam governança como o "Regime de leis, normas administrativas, decisões judiciais, e práticas que restringem e ativam a atividade do governo, definida como a produção e entrega de bens e serviços públicos". Esta definição implica que a Governança é composta por partes distintas, mas interligadas. Estes elementos incluem estruturas programáticas, organizacionais, financeiras, estatutos, leis, mandatos políticos, recursos disponíveis, normas administrativas, regras e normas institucionalizadas. A definição também implica que a governança é inerente à política, envolve a negociação e o compromisso entre atores com diferentes interesses. Os mesmos autores referiram que o conceito de Governança opera em pelo menos três níveis distintos: o institucional, o organizacional e o técnico. A nível institucional, existem regras formais e informais estáveis, hierarquias, limites, procedimentos, valores de regime e autoridade. No organizacional ou gerencial, existe um nível de governança que são as agências com hierarquia, departamentos, comissões, outras agências executivas e várias organizações não-governamentais ligadas ao poder público, por contrato ou por outros incentivos. A nível técnico, destacam o nível de governança na medida em que representa o ambiente de tarefa, onde a política pública é realizada no contexto da sociedade (Lynn, Heinrich, & Hill, 2000).

Os elementos combinados, que de acordo com Lynn, Heinrich e Hill (2000) compõem o conceito de Governança, são usados para descrever os fins e os meios da atividade governamental e como estes se relacionam. Estes componentes incluem o domínio político, o tipo de atividade do Governo, a jurisdição específica e a organização particular. Assim, de

acordo com os autores, a formação destes regimes é produto de um processo dinâmico denominado por lógica de governação. Este processo liga os valores e interesses dos cidadãos com as ações do executivo e dos tribunais.

#### 2.4.2.2. Principais características

- A gestão pública numa lógica de Governança

A Governança envolve meios para atingir a direção, o controlo e a coordenação de indivíduos ou unidades organizacionais, em nome de seus interesses comuns (Choi & Robertson, 2014).

Qualquer governo é o resultado de um processo dinâmico, que relaciona alguns aspetos de ação coletiva e se pode expressar como um conjunto de interações, que de acordo com Lupia e McCubbins (2000), constituem uma "cadeia de delegação", estando estas:

- Entre as preferências dos cidadãos e dos interesses expressos politicamente e da escolha pública (expressa na legislação);
- Entre a escolha pública e as estruturas e processos de órgãos públicos;
- Entre as estruturas de autoridade formal e a organização, gestão e administração;
- Entre o trabalho primário e os resultados;
- Entre consequências, resultados e avaliações das partes interessadas da agência ou do desempenho de determinado programa;
- Entre as avaliações das partes interessadas e dos interesses públicos (Lupia & McCubbins, 2000; Strøm, 2000).

A necessidade de uma gestão surge quando a legislação apresenta termos ambíguos, necessitando de decisões e análises efetuadas por gestores, por forma a obter uma correta interpretação e aplicação desses documentos legais (Choi & Robertson, 2014; Pollitt & Bouckaert, 2004). Isto implica que a gestão pública se preocupa com a adaptação das estruturas e processos de organizações do setor público, de modo a garantir um bom desempenho organizacional (Gilmore & Jensen, 1998; Osborne & Gaebler, 1993).

Uma versão mais elaborada desta perspetiva é fornecida por Lynn, Heinrich e Hill (2003), que veem na gestão pública três dimensões distintas, mas interrelacionadas, nas quais as estruturas

formais e os processos de governo, as práticas, as habilidades individuais e as crenças dos gestores públicos, concedem valores às organizações públicas e aos seus gestores.

- A *performance* numa lógica de Governança

Lynn, Heinrich e Hill (2001) argumentaram que a chave para o estudo da Governança está na compreensão sistémica deste processo e na sua relação com o desempenho “*The central theoretical problem in governance research is applying theories that impose a causal ordering or a priori structure on the logic that links contexts, governance, and consequences or outcomes*” (Lynn, Heinrich, & Hill, 2001, p.17).

A definição de desempenho para Boyne (2003), proporciona uma aproximação à eficiência, à capacidade de resposta, ou à equidade. Contudo, a lógica de estrutura de Governança inclui não só a eficiência, mas também os resultados, a qualidade dos mesmos, a equidade, o custo-benefício, e a satisfação do consumidor.

Dentro de uma lógica de governança, Boyne (2003) define medidas de desempenho na prestação de serviços, consequências/resultados e níveis de avaliação. Para atingir esses resultados, é importante que as organizações (públicas e privadas) constituam redes de governança para produzir e criar políticas e serviços nas mais variadas áreas de ação.

As redes de governança aparecem como conjuntos de relacionamentos a partir de capacidades de organizações, grupos e indivíduos, em coordenar as suas atividades, de modo a alcançar objetivos relacionados a propósitos públicos, onde padrões mistos de hierarquias, mercados e outras entidades corporativas operam juntos em diversos setores e escalas geográficas, mediante múltiplos elos verticais, horizontais e diagonais. Neste âmbito são definidos como pontos-chave a promoção do diálogo e a solicitação de feedback, de modo a mobilizar os indivíduos num mesmo sentido (Dunleavy, et al., 2006; Kelley e Johnston, 2012; Koliba, Meek, & Zia, 2011; Raab et al., 2015).

### 2.4.2.3. Principais críticas à perspectiva da Governança

De acordo com Frederickson, Kevin, & Smith (2005), a teoria de governo é atribuída pelos investigadores à forma como é atualmente operacionalizada a relação entre o Estado e a Administração Pública. O autor defende que existem cinco problemas principais com o quadro de governance:

- A governação tornou-se uma palavra genérica;
- A governação, na sua forma atual, é imprecisa;
- A governação é carregada de valores (o termo governança tende a ter opiniões negativas pré-existentes de instituições governamentais e de estruturas burocráticas);
- A governança assenta fundamentalmente sobre a mudança (a governação não tem que ser um quadro prescritivo, enfatizando a reforma e a reestruturação das instituições) e pode ser utilizada como um prazo descritivo para as relações interjurisdicionais entre os agentes públicos e privados. Como o autor refere "A maioria das descrições de redes de governança, cooperação inter-organizacional e interjurisdicional, a partilha do poder, parcerias público-privadas e contratação, são formas institucionais de adaptação em face da crescente interdependência" ( Frederickson, Kevin, & Smith, 2005, p.290);
- A teoria de governança tende a dar um peso desproporcional a "instituições não-estatais" (Frederickson et al., 2005, p.290). Raramente são instituições públicas ou governamentais que prestam os serviços públicos. Em vez disso, a prestação de serviços públicos é muitas vezes caracterizada por "parcerias público-privadas" (Skelcher, 2005).

### 2.5. Modelos organizacionais: convergências e divergências

A caracterização realizada dos modelos organizacionais, de um modo individual, nos subcapítulos anteriores não permite relacioná-los dada a grande variabilidade dos elementos que os constituem.

Num primeiro ponto são apresentados alguns elementos divergentes e convergentes entre os modelos burocrático, o *New Public Management* e o *New Public Service*. De seguida, no ponto 2.5.2 é apresentada, de forma particular, uma perspectiva comparada entre a NPM e a *Governance*, dado que alguns autores intensificam a existência de pontos comuns e particularidades entre estas duas perspectivas, isolando-as nas suas comparações.

2.5.1. A perspetiva comparada: Administração Pública Tradicional, *New Public Management* e *New Public Service*

O quadro 2.4 (adaptado de Denhardt & Denhardt, 2011) apresenta as diferentes perspetivas comparadas, tendo em conta os princípios teóricos, a prevalência racional e os modelos de comportamento humano associados, a conceção do interesse público, os destinatários do serviço público, o papel da governação, os mecanismos para atingir os objetivos políticos, a prestação de contas, a estrutura organizacional e a base de motivação assumida para os funcionários e administradores públicos.

Quadro 2.4 - Perspetivas comparadas: Administração Pública Tradicional, *New Public Management* e *New Public Service*

	Administração Pública Tradicional	<i>New Public management</i>	<i>New Public Service</i>
Princípio teórico	Teoria política: ciência social simplista	Teoria económica: ciência social positivista	Teoria democrática: ciência social positivista, interpretativa e crítica
Modelo comportamento humano	“homem administrativo”	“homem económico”	Racionalidade estratégica ou formal, com múltiplos testes de racionalidade (política económica e organizacional)
Conceção do interesse público	Definido politicamente e expresso na lei	Conjunto dos interesses individuais	Obtido pelo diálogo sobre valores comuns
Destinatários	Utentes	Clientes	Cidadãos / parceiros
Papel do Governo	Planear, desenhar, implementar e avaliar políticas, de acordo com o objetivo politicamente definido	Agir de forma a estimular o mercado	Servir através da negociação de interesses com os cidadãos e criar valores comuns
Mecanismos para governar	Administrar através de organismos públicos	Agencificação com incentivos para atingir objetivos políticos	Construir coligações de agências públicas não lucrativas e privadas, para atingir necessidades mútuas
Prestação de contas	Hierárquica – administradores responsáveis perante líderes políticos	Dirigidas ao mercado em prol dos interesses dos clientes, com “ <i>accountability</i> ”	Multifacetada - os funcionários públicos devem atender a lei, valores, normas políticas e interesses dos cidadãos
Estrutura organizacional	Burocrática	Descentralização das organizações públicas com regulação do Estado	Estruturas colaborativas com a liderança partilhada, interna e externamente
Base de motivação para funcionários e administradores	Remuneração, benefícios sociais e estabilidade no emprego	Espírito empreendedor e inovador, em prol da “ <i>performance</i> ” e da eficiência do sistema	Serviço público, desejo de contribuir para a sociedade

Fonte: Denhardt e Denhardt (2011, p.28-29)

O principal ponto comum a destacar entre as diferentes perspetivas é a preocupação com o controlo. No modelo burocrático, a formalidade e a impessoalidade são usadas como forma de controlo sob o ambiente, as comunicações e as relações dentro das organizações. Por sua vez na NPM, o controlo está presente nos resultados das políticas e depende da capacidade de domínio dos políticos sobre o aparelho administrativo (Barzeley, 2001; Dunleavy & Hood, 1994). A NPS envolve a sociedade no processo de construção das políticas, mantendo assim um controlo sobre a mesma (controlo social) (Denhardt & Denhardt, 2011)

O Modelo Burocrático e a *New Public Management* comportam claramente uma separação entre política e administração. Esta repartição de funções reporta desde logo ao modelo burocrático weberiano, que via como tarefa política a construção da agenda pública e como função da administração a respetiva implementação. No NPM, a imputação de responsabilidade sobre os resultados é política, mas os gestores estão munidos de instrumentos que permitem a flexibilização e uma maior autonomia para a implementação (Denhardt e Denhardt, 2011; Levy, 2010). No entanto, com o NPS a distinção entre política e administração é reduzida, uma vez que envolve a sociedade. Assim, apresenta neste ponto uma descontinuidade em relação aos outros modelos (Dunleavy et al., 2006; Osborne, et al., 2013).

Como modelo organizacional, a NPM contrariamente ao modelo burocrático, trata questões de liberdade de decisão dos gestores. Evitar a discricionariedade de gestores públicos foi sempre uma particularidade da Administração Pública Tradicional (Hood, 1995; Barzelay, 2001; Jones, 2004).

A relação entre o setor público e privado, é um ponto comum entre a NPM e NPS, contrariamente ao modelo burocrático que trata estes setores como distintos e incompatíveis (Denhardt & Denhardt, 2011).

Uma efetiva diferenciação entre as perspetivas é conjugada no modo de aceção do cidadão. No modelo burocrático, os cidadãos são chamados de utentes dos serviços públicos. No modelo da NPM, os cidadãos são tratados como clientes de um serviço público que deve satisfazer as suas necessidades. De acordo com o NPS, os cidadãos são mesmo denominados

com este termo, numa perspetiva de parceiros na construção do relacionamento e coordenação (Osborne, 2010).

De modo a melhor se poderem analisar as perspetivas atuais de governação, no ponto seguinte, faz-se uma comparação mais precisa entre os modelos da NPM e da *Governance*.

### 2.5.2. A perspetiva comparada: Governança e *New Public Management*

Alguns autores como Donald Kettl (2005) e Peters e Pierre (1998, 2000), referem a uma separação entre a "*New Public Management*" e a Governança, tratando-os como dois conceitos distintos.

Quadro 2.5 - Questões centrais da *New Public Management* e da Governança

NPM	Governança
<p>Marketização - o movimento de reforma é baseado em mecanismos de mercado para superar os problemas da burocracia tradicional.</p> <p>A orientação para serviços - um dos objetos mais comuns das reformas é envolver governo e cidadãos e melhorar a satisfação dos clientes com os serviços públicos.</p> <p><i>Accountability</i> - o movimento de reforma é um esforço para obrigar o Governo a cumprir o que promete.</p> <p>Produtividade - o esforço de reforma é uma tentativa séria para avaliar como os governos podem fazer mais com menos recursos, sustentando, ou mesmo expandindo os serviços públicos com investimentos mais baixos de recursos.</p> <p>Política - o movimento de reforma visa melhorar as capacidades do Governo para criar, implementar e administrar as políticas públicas.</p> <p>Descentralização - esta não é apenas uma devolução, sem sentido, do poder de decisão para níveis mais baixos da hierarquia política ou burocrática, mas também um esforço consciente para colocar aqueles que tomam decisões políticas o mais próximo possível das pessoas que estão a ser afetados por essas decisões. O objetivo é colocar o Governo para mais perto dos cidadãos e torná-lo mais sensível e recetivo às suas preferências.</p>	<p>Predomina o domínio das redes, em vez das políticas formais das instituições. A Governança é dominada por vários atores que têm influência sobre o que e como bens e serviços públicos estão a ser produzidos.</p> <p>Embora os governos não exerçam o controlo centralizado sobre as políticas públicas, têm ainda o poder de influenciá-lo. O poder do Estado está agora ligado à sua capacidade de negociar com atores em redes de políticas. Os membros dessas redes são cada vez mais aceites como parceiros iguais no processo político.</p> <p>A junção de recursos públicos e privados permite que os respetivos atores possam, em conjunto, obter recursos aos quais não seria possível aceder de forma independente. Por exemplo, usando empresas privadas para a implementação da política, permite ao Governo contornar a demora de questões processuais e de prestação de contas. As empresas privadas podem persuadir o Estado a projetos que beneficiam o interesse público, mas que não são suscetíveis de serem financiados pelo setor privado.</p> <p>A utilização de múltiplos instrumentos - isto significa uma vontade crescente para desenvolver e empregar métodos não tradicionais de elaboração e aplicação de políticas públicas. Estes são muitas vezes instrumentos indiretos, como o uso de impostos e de incentivos para influenciar o comportamento, em vez de regulamentos-comando e controlo para determinado comportamento.</p>

Fonte: Donald Kettl (2005); Peters e Pierre (1998, 2000)

#### 2.5.2.1. Pontos convergentes entre as perspetivas

Peters e Pierre (1998) observam que NPM e Governança compartilham uma boa quantidade de pontos em comum. Ambos os modelos escolhem os papéis tradicionais e as responsabilidades dos funcionários eleitos. Essencialmente, o NPM e as linhas gerais do debate sobre a Governança propõem uma mudança no poder de cargo público ou dos mandatos legais para a atividade empresarial na política. Essa mudança de poder não só caracteriza o NPM e a Governança, mas também cria um problema compartilhado de responsabilidade. Outra semelhança entre NPM e a Governança é o foco na produção, o que vai aumentar a eficiência e a satisfação do cliente (Peters & Pierre, 2000).

#### 2.5.2.2. Pontos divergentes entre as perspetivas

Peters e Pierre (1998) argumentam que as diferenças são suficientes para tratar a Governança e o NPM como estruturas intelectuais distintas e separadas. Para ilustrar esta afirmação apontam cinco razões, que se enumeram:

- Em primeiro lugar, a Governança representa um conceito - a relação entre o Governo e o resto da sociedade - que sempre foi parte integrante de uma política democrática. A NPM, pelo contrário, é mais ideológica e constitui uma normativa específica de acordo com a visão de como essa relação deve ser estruturada. Na sua essência, a nova gestão pública é uma tentativa para a injeção de valores corporativos no setor público. O NPM não vê um papel social para o setor público. Em contraste, a maioria das visões de Governança reconhece que o setor público tem um papel único na segurança e na promoção de um sistema político democrático.
- Em segundo lugar, o foco substancial dos dois modelos é diferente: Governança é sobre o processo, enquanto o NPM é sobre resultados. A Governança está preocupada em compreender o processo pelo qual a política pública é criada, implementada e gerida. O seu objetivo é identificar os atores e o seu papel neste processo, bem como visualizar como o comportamento e as relações ocorrem ao nível da prestação de serviços públicos. O modelo NPM é consideravelmente menos interessado nos processos e mais focado no cumprimento dos objetivos, sendo estes a obtenção da eficiência e a satisfação do cliente.



- Em terceiro lugar, Governança e NPM ocupam terreno filosófico diferente. NPM é essencialmente uma teoria da organização especialmente ancorada na teoria da escolha pública. A sua orientação é explicativa e as suas conclusões prescritivas estão focadas na estrutura organizacional. A Governança é essencialmente uma teoria da política, ou pelo menos uma teoria política na tomada de decisões.
- Em quarto lugar, a Governança é uma teoria que engloba o Governo e a sociedade, reconhecendo o papel cultural e político único de bens públicos e do setor público. Devido a isso, as pessoas que trabalham dentro de uma estrutura de Governança estão interessadas em manter a prestação de serviços públicos sob controlo do Governo. Este modelo procura manter uma linha clara de responsabilidade e controlo entre serviços públicos e funcionários públicos. Ao invés disso, o NPM está focado em trazer uma mudança radical ao setor público. Embora a Governança procure desenvolver estratégias que retêm a capacidade do Governo de controlar os recursos do setor público, o NPM está interessado em modelos de gestão pública, principalmente como uma forma de substituir a perspectiva da Administração Pública Tradicional.
- Em quinto lugar, os autores argumentam que a Governança não tem fundamento ideológico, ao contrário do NPM. Na sua raiz, a Governança não compartilha os mesmos ideais, nem uma forte motivação para trazer uma revolução com base no mercado no setor público. O NPM é uma tentativa de impor unilateralmente os valores corporativos, os objetivos e as práticas no sistema público de prestação de serviços. É um projeto que encontra um forte apoio em círculos conservadores, enquanto que a Governança não compartilha esses objetivos ideológicos. O NPM levanta questões sérias sobre o que o Governo deve fazer e como pode fazer isso melhor, mas a Governança não responde de forma unilateral com a reforma institucional com base no mercado. A Governança é suscetível de dar mais poder a agências do setor público e forçá-las a envolverem-se em maiores acordos de cooperação com o setor privado, de forma a tirar partido do seu poder e forçar a criação de um mercado competitivo para os bens públicos e serviços.

## 2.6. A reforma da Administração Pública, o Estado e o setor da saúde

O papel do Estado, no âmbito das suas funções, é minimamente assegurar a defesa do território, a segurança, a ordem pública, bem como promover normas e políticas de integração social adaptada às funções, ao tempo e ao desenvolvimento da sociedade. Todavia, é também uma função do Estado fornecer, dentro dos bens públicos básicos (defesa, segurança, direito de propriedade) a proteção da saúde pública (Mozzicafreddo, 2000, 2010).

Ao longo das últimas décadas registaram-se profundas alterações no papel desempenhado pelo Estado motivado pelos novos condicionalismos externos, que obrigam a transformações estruturais no âmbito da atuação e do comportamento da Administração Pública (Canotilho, 2000). Como exemplo, o desenvolvimento da economia global (marcado pelo crescimento das tecnologias de informação e pela rapidez no acesso à tomada de decisão) promoveu uma readaptação/modernização do Estado e da Administração Pública, de forma a dar uma adequada resposta aos novos desafios (Majone, 1997).

Em relação aos cuidados de saúde, nos anos 70, em Portugal o Estado tinha um papel de prestador e financiador dos mesmos. Este período era caracterizado por baixos níveis de saúde dos portugueses, bem como por um baixo nível de profissionalização das instituições. Deste modo, o Estado viu-se na obrigação de intervir, tendo sido desenvolvidas duas estruturas funcionais: os Centros de Saúde e os hospitais (aumento do número de unidades) (Simões & Lourenço, 1999). Contudo, foi em 1979 que o Estado implementou as políticas para a saúde previstas nos termos do art.º 64 da Constituição de 1976, ou seja, a “criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito”. Assim, este período foi marcado pela criação do Serviço Nacional de Saúde totalmente financiado pelo Estado, assegurando este também a prestação de serviços. Ocorreu uma diminuição das barreiras no acesso aos cuidados de saúde, disponibilizando o Estado cuidados de saúde gratuitos e uma expansão da oferta (Barros, 1999b; Fernandes, 2014).

Em relação à evolução das perspetivas da Administração Pública, de acordo com o OPSS (2001), o Estado deve estar atento às especificidades da saúde, pois como tem um papel fundamental em todo o sistema, não pode geri-lo apenas com base burocrática, nem somente como um negócio (OPSS, 2001). De acordo com Ferreira (2004a), assistiu-se à influência do

paradigma do NPM ao nível da Administração Pública, aplicada ao setor da saúde. A gestão passou a ser orientada para os resultados, obedecendo a regras de gestão empresarial, não descorando a universalidade e a responsabilidade social do Estado no setor da saúde (Escoval, 2003). Khaleghian e Gupta (2005) destacam que este impacto do NPM conduziu a uma redefinição no papel do Estado, que passou de prestador direto de serviços, para funções relacionadas com a gestão e supervisão. O Estado assume uma postura menos intervencionista e mais centrada nas atividades de controlo e de regulação (Nunes & Rego, 2010; Rego, 2011; Witek & Heyse, 2012). Ou seja, como salienta Majone (1997), ocorreu a transformação de um modelo de Estado prestador para um modelo de Estado verdadeiramente regulador. Assim, cabe ao Estado a garantia da prestação dos serviços públicos de saúde e a regulação dos prestadores de cuidados de saúde (Escoval & Matos, 2009).

A aceitação da saúde como um bem social originou uma política de proteção da saúde. O aumento da esperança de vida da população e o aumento dos custos com a prestação de cuidados de saúde, devido ao progresso científico e tecnológico, originou uma diferente abordagem para esta questão (Berwick, Nolan, & Whittington, 2008; Gabe, Calman, & Bury, 1991). Passou a ser fundamental assegurar uma distribuição equitativa dos recursos disponíveis por toda a população, sendo esta uma das preocupações atuais das entidades governamentais. Esta afectação de recursos deve respeitar critérios de natureza ética e económica (Palfrey, 2000).

#### 2.6.1. A Aplicação das novas medidas de Administração Pública ao Setor da Saúde

A reforma da Administração Pública estendeu-se ao setor da saúde, assente sobretudo nos principais valores da teoria da nova gestão pública que envolvem o Estado e a sociedade (Harfouche, 2008). Esta perspectiva de gestão teve uma forte influência nas reformas da saúde (Harding & Preker, 2000). Verificou-se ao nível do desenvolvimento a existência de mercados internos<sup>10</sup>, com objetivo de promover a competição e uma concorrência saudável entre as unidades públicas prestadoras de cuidados. Ocorreu uma separação entre o Estado

---

<sup>10</sup> De acordo com uma visão económica, um mercado é um mecanismo de troca de mercadorias, capaz de ajustar a oferta à procura sobretudo por meio de ajustes nos preços. Porém, um mercado pode ser conceituado como um sistema de incentivo monetário autoajustável que influencia o comportamento dos consumidores e prestadores de serviços. Os mercados internos são da mesma forma um sistema de trocas que visa imitar características de sistemas de incentivo autoajustáveis que influenciam comportamentos dos consumidores e prestadores de modo competitivo (Dubois & Contrandriopoulos, 2007).

como financiador/prestador de serviços e o Estado como regulador, promovendo-se a contratualização (Abreu, 2011; Barros, et al., 2011).

A imagem de um Estado regulador, proposta na conceção do NPM, teve efeitos no setor da saúde. Assim, de forma a impor uma reforma do sistema de regulação e supervisão no setor da saúde foi criada a ERS, através da publicação do Decreto-Lei n.º 309/2003 de 10 de dezembro, assente no princípio de separação da função do Estado como regulador e supervisor, em relação à sua função de prestador e financiador, e no princípio de atribuir uma forte independência aos mecanismos de regulação. Ou seja, com a criação de entidades reguladoras, o Estado deixa de ser o principal prestador, gestor e financiador do serviço público, assumindo uma função de supervisor, regulador e comprador de serviços públicos (Harfouche, 2008; Marques & Moreira, 1999; Simões, 2004b).

A teoria do *New Public Management* foi aplicada ao setor da saúde como suporte teórico para uma visão interdisciplinar das novas medidas implementadas no setor (Carvalho, 2013; Harfouche, 2012). Nas reformas operadas na saúde, considerou-se o modelo administrativo tradicional como "...burocrático, centralizado, hierárquico e impessoal" (Nunes & Rego, 2010, p. 187) e promoveu-se a regulação social e económica da saúde que se enquadra na teoria do NPM. Ao encontro deste modelo ainda se objetivaram ganhos de eficiência, com um combate ao desperdício e uma maior responsabilidade na utilização de recursos (Nunes, 2009).

A teoria do NPM implica, na Administração Pública, uma adaptação do Estado a novos papéis e premeia uma relação com os modelos de gestão privados (Abreu, 2011; Rocha, 2000). A modernização da Administração Pública é reclamada pelos cidadãos, sendo conferido por estes, um especial destaque ao setor da saúde (Antunes, 2000; Rego, 2011). A inovação e aplicação de medidas da nova gestão pública ao setor da saúde vêm centradas na procura da eficiência e da eficácia, e na criação de valor (Rego, 2011). Contudo, a crítica a esta transformação passa pela dicotomia público-privado, que é considerada como o paradigma das críticas atuais ao sistema de saúde português. A resolução desta questão passou pela adoção de modelos de gestão empresarial para os serviços públicos, com o objetivo de melhorar a eficiência e a eficácia (Rego, 2011). Esta evolução decorre essencialmente pelo esforço dos gestores e pela desburocratização e descentralização dos processos de gestão (Rosanvallon, 1995).

A *New Public Management* aplicada ao setor da saúde promoveu, tal como na função pública, uma abordagem de gestão centrada no doente/utente, na responsabilização pelos resultados, nos níveis de desempenho e na transparência (Carvalho, 2007; Hood, 1991). Desta forma, também o setor da saúde sofreu influências desta teoria que se refletiram ao nível da aplicação de mecanismos de mercado, estimulando competitividade, da aceitação de novos operadores no setor, da lógica de contratualização e da introdução de concorrência entre vários setores (Carvalho, 2009; Ferrer, 2007; Rego, 2011). De outro modo, esta modernização promoveu também uma maior abertura da Administração Pública à sociedade e defendeu que cada cidadão poderá escolher os prestadores de cuidados de saúde (Araújo, 2000; Araújo, 2005; Araújo & Rodrigues, 2005). Fernandes (2011) refere a importância de envolver o cidadão nas decisões sobre a sua saúde, demarcando a qualidade no acesso e estimulando assim a dita concorrência, a diferenciação positiva entre prestadores e a participação ativa da sociedade.

Botelho e Capelas (2011) referem que alguns países europeus já permitem ao utente a escolha do hospital público onde desejam ser tratados. Como exemplos desta abordagem, encontram-se o Reino Unido e os Países Escandinavos (Burgess, Wilson, & Propper, 2006). Também no nosso país vizinho esta realidade tem mais de dez anos na região de Andaluzia (Garcia, 2008). A liberdade de escolha do utente gera uma tendência para serviços com mais qualidade, o que origina uma maior concorrência interna entre estes para atrair os utentes. Este facto pode ser produtor de um incremento de qualidade no sistema (Almeida, 2011). “A possibilidade de optar por uma alternativa em detrimento de outras existentes, gera, por sua vez, concorrência entre elas” (Botelho & Capelas, 2011, p. 15). Ellis (1998) também refere que os fenómenos que geram concorrência interna entre hospitais públicos, estão aliados a questões de maior qualidade. Ainda relativamente à concorrência, destaca-se que “Só com um sistema de saúde...que permita a concorrência se poderão melhorar os ganhos em saúde” (Mendes, 2011, p. 120).

Nas transformações ocorridas que afetam o setor da saúde, deve salientar-se a importância atribuída a este setor, o que o torna muito peculiar e transversal na sociedade e lhe confere uma atualidade permanente (Carvalho, 2009; Giraldes, 2001). Na aplicação de novas medidas de Administração Pública, não se deve de todo esquecer o papel social nem a justiça distributiva do Estado, devendo ser resguardado o direito à proteção da saúde, que em Portugal tem fundamento constitucional (Rego, 2011). Assim, dever-se-á ter sempre presente

o artigo 64º da Constituição da República Portuguesa, onde é consagrado o direito à proteção da saúde e o dever do Estado de a defender e promover, de modo a garantir este direito, de acordo com o enunciado no referido artigo, e a noção de que os custos são limitados e por isso devem ser bem geridos (Martins, 2011; Sousa, 2011).

Este processo de transformação ocorrido na Administração Pública Tradicional, na procura de maior eficiência e desempenho para o setor público, esteve na base das reformas da saúde e como tal fundamentou o processo de empresarialização das unidades hospitalares (Abreu, 2011; Rego et al, 2010).

Ao nível da gestão hospitalar, a materialização da influência do NPM deu-se através de um conjunto de experiências de gestão inovadoras (seguiam os preceitos do NPM). Foram postos à prova novos modelos, de forma a garantir um maior controlo dos custos e uma melhoria na produção hospitalar. A experiência piloto ocorreu em 1995 com o hospital Amadora-Sintra, no qual se estabeleceu uma contratualização entre a gestão deste hospital do SNS com um grupo económico privado, tendo como objetivo alcançar maior racionalidade económica na área da saúde. Seguiram-se outras experiências em termos de autonomia de gestão, com a introdução de regras de gestão empresarial no Hospital de S. Sebastião (Santa Maria da Feira), no Hospital S<sup>a</sup> do Rosário (Barreiro) e no Hospital do Barlavento Algarvio (Portimão) (Portaria n.º 27/95 de 8 de setembro).

Os primeiros passos efetivos de aplicação do NPM à gestão hospitalar foram dados com a empresarialização das unidades<sup>11</sup>. Este processo desenvolveu-se com a aprovação da Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002 e com a publicação do novo regime de gestão hospitalar (Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro), que ditou a empresarialização de 34 hospitais do SNS de média dimensão, dando origem a 31 hospitais sociedade anónima (Hospitais SA). Consequentemente, depois de 2005, com o Decreto-Lei n.º 93/2005 de 7 de junho ocorreu a transformação dos 31 hospitais SA e de mais 5 hospitais SPA, em Hospitais E.P.E.. Desde aí até aos dias de hoje, tem-se assistido à fusão de hospitais em centros

---

<sup>11</sup> É importante salientar que através da empresarialização foram adotadas formas de gestão empresarial, ficando a propriedade das unidades no setor público, tal como a dos hospitais do Setor Público Administrativo não sujeitos a este processo (Moreira, 2008).

hospitalares e à criação de unidades locais de saúde com estatuto E.P.E., tendo como objetivo racionalizar recursos, evitando duplicações de serviços.

O objetivo pretendido com as novas medidas seria o aumento da eficiência, fomentando para tal uma preocupação com o controlo de custos, mantendo níveis padrão de qualidade e incrementando o desempenho na produção. A empresarialização dos hospitais do Setor Público Administrativo em Sociedades Anónimas ou Empresas Públicas do Estado, constituem exemplos explícitos da influência da NPM no setor da saúde (Harfouche, 2012; Rego, Nunes, & Costa, 2010; Oliveira, 2002; Oliveira & Pinto, 2005).

Nos capítulos seguintes, aborda-se a evolução dos hospitais em Portugal, desde o Setor Público Administrativo, passando pelas experiências de gestão até à forma organizacional proposta pela NPM, a gestão empresarial.





### 3. AS UNIDADES HOSPITALARES INTEGRADAS NO SETOR PÚBLICO ADMINISTRATIVO

O desenvolvimento, a gestão e a prestação de serviços dos hospitais públicos é há várias décadas um tema dominante, quando se abordam questões relacionadas com o setor da saúde (Oliveira & Pinto, 2005).

Durante muitos anos, em Portugal, os hospitais integrados no Setor Público Administrativo, pertencentes ao SNS, foram considerados organizações complexas prestadoras de diferentes atividades de saúde, que dispunham de meios tecnológicos e humanos capazes de prestar cuidados de qualidade e ao mais alto nível à população. Porém, ao longo deste tempo e ainda antes de se falar da empresarialização das unidades, houve a constatação da ineficiência dos hospitais, associada aos elevados custos, que evidenciavam claras dificuldades na sua gestão, pelo que foram sujeitos a várias disposições legais que tinham por objetivo estimular uma mudança na gestão das unidades, que teriam de se adaptar a novos processos e a novos requisitos perante as exigências e necessidades dos cidadãos (Campos, 2008; Vaz, 2010).

Neste capítulo aborda-se o desenvolvimento das unidades hospitalares integradas no Setor Público Administrativo e a sua evolução no sistema de saúde português.

#### 3.1. O desenvolvimento das unidades hospitalares

Em Portugal, os hospitais públicos constituem os principais prestadores de serviços de saúde à população (Simões, 2004a). São unidades reconhecidas também devido à sua complexidade interna (desde a articulação interna entre as várias valências, à multiplicidade de competências/conhecimentos que têm de incorporar) e externa (com outros níveis de prestação de cuidados: cuidados de saúde primários e cuidados de saúde continuados) e pela gestão exigente (com autoridade e poder repartidos entre a governação clínica e os órgãos de direção) (Alves, 2014; Barreiro, 2005; Glouberman & Mintzberg, 2001). Todavia, ao longo dos anos, em Portugal o paradigma e a prestação de cuidados de saúde, em meio hospitalar, sofreram várias transformações fruto das adaptações às novas realidades, conhecimento técnico e científico, e de uma forma geral, indexadas à componente evolutiva política, social, económica e financeira (Fernandes, 2012).

De acordo com o Regulamento Geral dos Hospitais, estes são entendidos como "serviços de interesse público, instituídos, organizados e administrados com o objetivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação" (artigo 1º), competindo-lhes colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica. Porém, em 2001, a DGS ao definir o mesmo conceito destaca as suas valências, descrevendo unidade hospitalar como um "estabelecimento de saúde dotado de internamento, ambulatório e meios de diagnóstico e terapêutica, com o objetivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação, competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica" (Circular informativa n.º 19/DSIA de 17 de setembro de 2001, da DGS). Os hospitais passaram assim a ser vistos pela população como centros de atendimento que englobam um conjunto de meios e profissionais competentes (Campos & Simões, 2011; Fernandes, 2012).

O desenvolvimento das unidades hospitalares, em Portugal, teve sempre como referencial a garantia da prestação de cuidados de qualidade aos utentes a um mais baixo custo, com incremento de eficiência, sem prejuízo da eficácia ou da equidade no acesso. Ou seja, preconizava-se a manutenção da prestação de cuidados de saúde com elevados padrões de qualidade e com atenção ao princípio de equidade que rege o SNS (Bago D’uva, 2010; GTROIH, 2010).

Apesar destas necessidades de contenção de custos, era exigido aos hospitais o acompanhamento dos avanços tecnológicos e científicos ao nível dos equipamentos de diagnóstico e do medicamento, o que implicaria investimentos e custos acrescidos na aquisição e manutenção (GTROIH, 2010).

Para um melhor entendimento da integração dos hospitais no setor público, registou-se um longo e complexo percurso evolutivo. De seguida lista-se o conjunto de medidas e reformas significativas que estiveram na base da evolução dos hospitais públicos em Portugal, desde a Lei de Bases da Organização Hospitalar, publicada em 1946, até à integração das unidades hospitalares no Setor Público Administrativo.

Em abril de 1946 foi publicada a Lei de Bases da Organização Hospitalar (Lei n.º 2011, de 2 de abril). Este documento legal veio pela primeira vez constituir os princípios base para a organização hospitalar em Portugal, de acordo com as unidades existentes à data<sup>12</sup>. Ou seja, estabeleceu uma organização dos serviços para a criação de uma rede hospitalar<sup>13</sup>. Para este efeito, pretendia-se criar um sistema regionalizado de unidades hospitalares tecnicamente articuladas e ordenadas entre si. Para determinar a definição da tipologia de cada unidade hospitalar recorreu-se a um critério geográfico (área geográfica de influência) (preâmbulo da Portaria n.º 82/2014, de 10 de abril). Para além desta medida, o diploma protagonizava ainda a definição dos modos de atuação de cada unidade integrada no sistema, definindo assim o tipo de assistência hospitalar/valências a assegurar em cada um dos níveis de hospitais. Com esta redação iniciou-se um programa de construção de hospitais, que posteriormente seriam cedidos às Misericórdias. Na sua base XXIII, a Lei n.º 2011, de 2 de abril, determinava que a organização, administração e funcionamento dos hospitais, a preparação técnica, o modo de recrutamento e o acesso dentro dos respetivos quadros, bem como os direitos do pessoal, seriam regulados futuramente por diploma especial.

Em 1958 foi criado o Ministério da Saúde e Assistência (Decreto-Lei n.º 41825, de 13 de agosto). Com a publicação deste diploma, a tutela dos serviços de saúde pública e dos serviços de assistência deixam de estar sob a alçada do Ministério do Interior.

Em 1961 foi criada, no Ministério da Saúde e Assistência, a Direcção-Geral dos Hospitais (Decreto-Lei n.º 43853 de 10 de agosto)<sup>14</sup>. Esta entidade tinha como funções: a preparação, orientação, coordenação e fiscalização dos planos de atividade hospitalar; a organização (em parceria com a Comissão de Construções Hospitalares) dos planos gerais de obras de construção e da adaptação/ampliação de equipamento; a promoção e orientação técnico-administrativa do regular funcionamento e apetrechamento dos hospitais e, o

---

<sup>12</sup> As unidades existentes em 1946 eram as seguintes: Hospitais das Misericórdias, Estatais-gerais e especializados, Serviços Médico-Sociais, Serviços de Saúde Pública e Serviços Privados (Lei nº 2011, de 2 de abril).

<sup>13</sup> “A rede hospitalar (o número de hospitais, localização e tipologia) deverá ser entendida como um sistema integrado de prestação de cuidados de saúde, pensado e organizado de uma forma coerente, assente em princípios de racionalidade e eficiência” (GTROIH, 2010, p.11).

<sup>14</sup> Extinta pelo Decreto-Lei n.º 10/93 de 15 de janeiro. Ficaram fora da alçada da Direcção-Geral dos Hospitais, os estabelecimentos e serviços dependentes do Instituto Maternal, do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos e do Instituto de Assistência Psiquiátrica.

estudo/promoção do estabelecimento de carreiras profissionais para o exercício das atividades hospitalares.

Apenas em 1963, com a publicação da Lei n.º 2120, de 19 de julho, surge o Estatuto de Saúde e Assistência. Esta redação legal atribui ao Estado a organização, abertura e manutenção dos serviços de saúde e a missão de fomentar a criação de instituições particulares, que de acordo com os princípios legais, proporcionem condições morais, financeiras e técnicas mínimas para exercer uma ação complementar. No respeitante à atividade hospitalar, em particular, este documento, na sua base X, refere que esta “será coordenada de modo a integrar num plano funcional os hospitais centrais, regionais e sub-regionais, os postos de consulta ou de socorros e os serviços auxiliares”. Relativamente aos recursos humanos em saúde, este documento veio determinar que seriam “estabelecidas carreiras para o pessoal farmacêutico, auxiliar de medicina, de serviço social, de enfermagem e administrativo de hospitais e outros estabelecimentos de saúde e assistência”.

O estabelecimento do regime financeiro dos serviços e instituições, que visam atividades de natureza hospitalar, foi publicado apenas em abril de 1965 (Decreto-Lei n.º 46301, de 27 de abril). Esta redação destaca que as atividades de natureza hospitalar são as que se destinam a prestar cuidados de medicina curativa e de recuperação clínica e social, e de outras atividades para prevenção da doença, ensino, formação de pessoal e investigação científica (n.º 2, artigo 1º). Relativamente ao estatuto jurídico, este diploma distingue os hospitais gerais dos especializados. Assim, no número 1 do artigo 2º, refere que “Os hospitais gerais oficiais gozam de personalidade jurídica e de autonomia administrativa, nos termos deste diploma e dos respetivos regulamentos”. Em oposição, no número 2 do mesmo artigo faz uma ressalva aos serviços especializados oficiais, na medida em que “terão personalidade jurídica e autonomia administrativa, se lhes forem concedidas nos diplomas orgânicos ou, posteriormente, em portaria conjunta dos Ministros das Finanças e da Saúde e Assistência”. Este documento legal foi o primeiro a fazer referência ao estatuto jurídico hospitalar.

Apesar deste conjunto de disposições legais, prevalecem os princípios orientadores do diploma de 1946. Face a esta constatação, à data de 1968 foi aprovado o Estatuto Hospitalar (Decreto n.º 48357, de 27 de abril). Este documento legal estabelece os princípios que orientam a organização hospitalar, atribuindo-lhes uma diferente categorização relativamente

à redação anterior. À mesma data, foi publicado o Regulamento Geral dos Hospitais (Decreto-Lei n.º 48358, de 27 de abril). Estes dois diplomas vieram estabelecer a organização dos hospitais através de uma estrutura hierárquica, determinada com base em critérios geográficos e de dimensão das unidades (capacidade de internamento), definindo os níveis de prestação de cuidados nas unidades hospitalares. A organização hospitalar ficou então a ser constituída pelos hospitais gerais e especializados; centros médicos especializados; centros de reabilitação; hospitais de convalescentes e de internamento prolongado e postos de consulta e de socorros (artigo 5º Decreto n.º 48357, de 27 de abril). No entanto, o Regulamento Geral dos Hospitais, no seu artigo 2º, define claramente a classificação dos hospitais, que tendo em conta à área geográfica que os servem, podem ser definidos como centrais, regionais e sub-regionais. Em relação ao esquema dos serviços médicos de que dispõem, foram catalogados em gerais e especializados, e relativamente à responsabilidade da administração/propriedade, são definidos como oficiais e particulares.

Apesar das disposições da organização hospitalar em Portugal, o documento legal que aprova o Estatuto Hospitalar de 1968, faz pela primeira vez uma alusão à eficiência das unidades e à gestão hospitalar. “Em ordem a conseguir a maior eficiência técnica e social, os estabelecimentos e serviços hospitalares devem organizar-se e ser administrados em termos de gestão empresarial, garantindo à coletividade o mínimo custo económico no seu funcionamento” (n.º1, artigo 35º). Este artigo constitui uma referência ao que futuramente viria a fundamentar as reformas na gestão hospitalar. Apesar da contínua limitação de autonomia de gestão, o Decreto-Lei n.º 48358, de 27 de abril faz uma referência à importância da administração hospitalar (artigo 38º). Repare-se que com estes diplomas, os hospitais foram integrados nas misericórdias, procedeu-se à profissionalização da administração<sup>15</sup>, à organização dos serviços e à preocupação com a eficiência das unidades (Varanda, 2004).

Em 1973 o Ministério da Saúde ganha autonomia face à assistência (Decreto-Lei n.º 584/73, de 6 de novembro). Porém, após a revolução do 25 de abril, em maio de 1974 é transformado em Secretaria de Estado (da Saúde) e integrado no Ministério dos Assuntos Sociais (Decreto-Lei n.º 203/74, de 15 de maio).

---

<sup>15</sup> Atribui-se uma clara importância à administração dos hospitais, reconhecendo-se as implicações económicas, sociais e humanas, resultantes de uma fraca gestão. Assim, esta tarefa é atribuída a "profissionais com preparação cuidada e estatuto adequado" (Preâmbulo do Decreto-Lei n.º 48357, de 27 de abril).

A organização hospitalar, definida no Decreto de 1968, vem sofrer uma alteração com a publicação de dois documentos legais, em 1974 e em 1975. O Decreto-Lei n.º 707/74, de 7 de dezembro, estabeleceu a integração dos hospitais centrais e distritais pertencentes a pessoas coletivas de utilidade pública administrativa na rede nacional hospitalar. O Decreto-Lei n.º 618/75, de 11 de novembro, veio prorrogar aos hospitais concelhios pertencentes às pessoas coletivas de utilidade pública administrativa, a aplicação das disposições legais constantes no referido diploma de 1974.

Com estas alterações legislativas e governamentais e após aprovação da Constituição da República Portuguesa em 1976, que dispunha no artigo 64º o direito à proteção da saúde através de um SNS universal, geral e gratuito, havia necessidade de remodelar ou legislar a gestão e organização hospitalar (Reis & Falcão, 2003). Assim, em 1977 foi aprovada a Lei Orgânica Hospitalar (Decreto-Lei n.º 129/77, de 2 de abril). Apenas com a publicação deste diploma os hospitais foram reconhecidos como pessoas coletivas de direito público, dotadas de autonomia administrativa e financeira e com capacidade jurídica que abrange todos os direitos e obrigações necessários à prossecução dos seus fins definidos na lei (número 1 e 2, artigo 2º). Este diploma faz uma alusão, no seu preâmbulo, aos custos hospitalares, referindo que “O funcionamento dos hospitais traduz-se anualmente num esforço considerável para o País, dado o elevado volume dos meios financeiros que exige” e que “O orçamento anual de vários dos nossos hospitais excede já o meio milhão de contos, sendo muitos aqueles cujo orçamento se cifra na casa das centenas de milhar”. Por esta razão, pensou-se ser indispensável a autonomia de ação dos hospitais e dos seus órgãos, à efetivação da responsabilidade dos órgãos de gestão/direção das unidades hospitalares (preâmbulo, Decreto-Lei n.º 129/77, de 2 de abril).

A legislação de 1977 referente à orgânica dos hospitais perdurou mais de uma década, surgindo apenas em 1988<sup>16</sup> uma nova disposição legal para a gestão hospitalar, o Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro, que aprova a Lei de Gestão Hospitalar. Esta nova redação legal, no seu preâmbulo, volta a fazer referência aos elevados custos das unidades hospitalares e vem reiterar a autonomia das mesmas (artigo 2º). Este documento define como princípios para

---

<sup>16</sup> Em 1986 assistiu-se a uma tentativa de evolução na organização hospitalar, com o estabelecimento de uma carta hospitalar e dos respetivos princípios orientadores (Despachos da Ministra da Saúde n.º 10/86, de 5 de maio; n.º 23/86, de 16 de julho; n.º 32/86, de 5 de setembro, e n.º 36/86, de 5 de setembro). No entanto, esta medida não veio a ser implementada de forma integral.

a gestão hospitalar, a fim de obter ganhos de eficiência técnica e social, uma organização e administração das unidades em termos de gestão empresarial, de modo a conseguir um menor custo de funcionamento (artigo 7º). Em consonância com este princípio, define a criação de centros de responsabilidade como níveis intermédios de administração. Regista-se assim uma alusão em termos estatutários, operacionais e de organização da figura de instituto público à natureza empresarial, equacionada com uma adequada autonomia de gestão (Ministério da Saúde, 1997; Reis & Falcão, 2003).

Durante cerca de 42 anos (desde 1946 a 1988), em comum aos diferentes diplomas de reorganização/gestão hospitalar, encontra-se o aumento da despesa e dos orçamentos dos hospitais, e a necessidade de adaptação a um modelo menos burocrático e mais autónomo. Mais recentemente, desde 1968, regista-se uma referência à aplicação da gestão de natureza empresarial (Varanda, 2004). Contudo, também se pode observar que a gestão hospitalar, nestes 42 anos, sofreu uma longa evolução, desde a consagração dos hospitais como serviços de interesse público (Lei de Bases da Organização Hospitalar), até à sua conceção, no final dos anos 80, como Institutos Públicos com autonomia administrativa e financeira, com o dever de se organizarem e se administrarem em termos de gestão empresarial (Alves, 2014; Reis & Falcão, 2003). A figura seguinte representa esquematicamente os principais documentos legais desta evolução.

Quadro 3.1 - Principais documentos legais na evolução dos hospitais até 1988

1946	1958	1961	1963	1968	1977	1988
Lei de Bases da Organização Hospitalar (Lei n.º 2011, de 2 de abril)	Ministério da Saúde e Assistência (Decreto-Lei n.º 41825, de 13 de agosto).	Direcção-Geral dos Hospitais (Decreto-Lei n.º 43853 de 10 de agosto)	Estatuto de Saúde e Assistência (Lei n.º 2120, de 19 de julho)	Estatuto Hospitalar (Decreto n.º 48357, de 27 de abril) Regulamento Geral dos Hospitais (Decreto-Lei n.º 48358, de 27 de abril)	Lei Orgânica Hospitalar (Decreto-Lei n.º 129/77, de 2 de abril)	Lei de Gestão Hospitalar (Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro)

Fonte: Elaboração própria

### 3.2. O modelo de gestão dos hospitais no Setor Público Administrativo

Desde os anos 80, e até 2002, os hospitais públicos eram unidades integradas no Setor Público Administrativo<sup>17</sup>, sob tutela do Ministério da Saúde e regidas pelo Decreto-Lei n.º 19/88, redatado a 21 de janeiro (aprova a lei de gestão hospitalar) e pelo Decreto-regulamentar n.º 3/88, de 22 de janeiro (introduz alterações no domínio dos órgãos, funcionamento e competências dos estabelecimentos hospitalares)<sup>18</sup>.

Os hospitais públicos são pessoas coletivas de direito público, dotadas de autonomia administrativa e financeira (artigo 2º, n.º 1, Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro), abrangendo a sua capacidade jurídica todos os direitos e obrigações necessárias à prossecução dos seus fins definidos na lei (artigo 2º, n.º 2). Desta forma, as unidades hospitalares do SNS são reconhecidas como institutos públicos, cujo regime jurídico assenta no direito administrativo. Contudo, esta autonomia financeira e administrativa encontra-se limitada, dado que nestas instituições existe uma elevada dependência do Ministério da Saúde (através da ARS) no que diz respeito a áreas como a gestão, a contratação e o financiamento (APES, 1996; Lucena et al., 1998; OPSS, 2005).

No entanto, estava preconizado no mesmo documento legal que estas unidades deveriam ser regidas por um princípio específico de gestão hospitalar, na procura de maior eficiência para o sistema. Assim, a redação da Lei de Gestão Hospitalar no seu artigo 7º (n.º1), define que os hospitais devem ser administrados e organizados em termos de uma gestão empresarial<sup>19</sup>, de forma a minimizar os custos da sua operação, não descorando a sua natureza e os fins de

---

<sup>17</sup> O setor público pode ser entendido como um conjunto de atividades económicas de diferentes naturezas exercidas pelos organismos públicos (Estado, associações e instituições públicas) (Franco, 1991). Integrado no setor público coexiste uma organização em duas diferentes áreas diferenciadas pela lógica do funcionamento. Assim subdivide-se em Setor Público Administrativo (composto por quatro subsectores: Estado, fundos e serviços autónomos, administração regional e local e segurança social) e Sector Público Empresarial (Pereira, Afonso, Arcanjo, & Santos, 2009).

<sup>18</sup> Substitui o Decreto Regulamentar n.º 30/77, de 20 de maio (Aprova o Regulamento dos Órgãos de Gestão e Direção dos Hospitais) e é alterado em 1996 pelo Decreto-Lei n.º 135/96, de 13 de agosto ("Estabelece o regime de nomeação dos diretores clínicos e dos enfermeiros-diretores do serviço de enfermagem dos estabelecimentos hospitalares, bem como dos Centros Regionais de Oncologia de Lisboa, Porto e Coimbra, e define as competências dos órgãos dirigentes máximos dos hospitais e das restantes pessoas coletivas de direito público integradas, no Serviço Nacional de Saúde") e em 2002, pelo Decreto-Lei n.º 39 ("é aprovada a nova forma de designação dos órgãos de direção técnica dos estabelecimentos hospitalares e dos centros de saúde, altera a composição dos conselhos técnicos dos hospitais e flexibiliza a contratação de bens e serviços pelos hospitais").

<sup>19</sup> O Tribunal de Contas (2009b) apresentou um relatório final sobre a Auditoria ao Serviço Nacional de Saúde. Neste documento identifica incompatibilidade jurídico-formal nos hospitais, enquanto estabelecimentos públicos de carácter social e a implementação de um modelo de gestão empresarial (Campos & Simões, 2011).



atuação. Para este efeito, no número 2 do referido artigo está definida a elaboração de planos anuais e plurianuais e os respetivos orçamentos a submeter ao Ministro da Saúde<sup>20</sup>.

Para dar seguimento ao disposto no artigo 7º (princípios específicos da gestão hospitalar), o documento legal prevê que os hospitais se organizem e desenvolvam a sua atividade por centros de responsabilidade<sup>21</sup> e de custos, com a autonomia necessária e adequada desconcentração de poderes, para a prossecução da sua atividade e a repartição de responsabilidades (artigo 9º, n.ºs 1,3). Para além da execução dos planos anuais, os centros de responsabilidade tinham ainda atribuídas as atividades de comparação dos níveis de produtividade e dos custos realizados com os previstos, resolvendo ou propondo soluções para aproximar os níveis de produtividade e os custos efetivos aos previstos e identificar, em colaboração com as direções e chefias técnicas, formas de aumentar a produtividade, reduzindo os custos (artigo 32º Decreto-regulamentar n.º 3/88, de 22 de janeiro).<sup>22</sup>

As regras de gestão financeira seguem as normas de direito públicas consagradas na contabilidade pública, sendo o financiamento proveniente em grande parte do Orçamento de Estado (APES, 1996; Campos, 2008; Lucena, Gouveia, & Barros, 1998). As receitas<sup>23</sup> e despesas<sup>24</sup> dos hospitais serão classificadas segundo o plano oficial de contabilidade dos serviços de saúde (artigo 11º).

Neste modelo predominava um sistema de financiamento retrospectivo, ou de reembolso de custos baseado no valor do custo histórico da unidade. Este não era propriamente um sistema que promove um incentivo à contenção de custos, visto que os ganhos de eficiência não

---

<sup>20</sup> Compete também ao Ministro da Saúde "praticar todos os actos que por lei lhe caibam relativamente à organização e funcionamento dos hospitais, designadamente os que se enquadram na superintendência e tutela quanto à execução dos seus planos anuais e plurianuais" (artigo 3º, nº1)

<sup>21</sup> Estruturas funcionais que devem agrupar, como regra, vários centros de custos com atividades homogéneas, ou afins, e podem constituir níveis intermédios de administração (artigo 9º, nº 2, Decreto-lei n.º 19/88, de 21 de janeiro).

<sup>22</sup> Mais tarde, em 1999, foi criada a figura dos Centros de Responsabilidade Integrados (Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de setembro), que enquanto instrumento de flexibilização da gestão, com objetivo de melhorar a acessibilidade, a qualidade, a produtividade, a eficiência e a efetividade da prestação de cuidados de saúde, através de uma melhor gestão dos respetivos recursos (artigo 3º).

<sup>23</sup> Constituem receitas das unidades hospitalares públicas: "o rendimento dos bens próprios; o produto da alienação de bens próprios; as doações, heranças e legados; as participações, dotações ou subsídios do Estado, ou de outras entidades; o pagamento dos serviços prestados nos termos da legislação em vigor e dos acordos e tabelas aprovados; os saldos das gerências anteriores, que transitam automaticamente e outras receitas que lhes sejam atribuídas" (artigo 10º, nº 1, Decreto-lei n.º 19/88, de 21 de janeiro).

<sup>24</sup> Constituem despesas das unidades hospitalares públicas: "os encargos resultantes da prossecução dos fins definidos na lei" (artigo 10º, nº 2, Decreto-lei n.º 19/88, de 21 de janeiro).

estavam adstritos ao prestador de cuidados (risco nulo), mas sim ao pagador que é quem menos controlava os custos ocorridos (APES, 1996; Abreu, 2011; Escoval, 1999).

A aquisição de bens e serviços respeita a norma das compras públicas (Decreto-Lei n.º 211/79, de 12 de julho<sup>25</sup>). Mais tarde, a publicação do Decreto-Lei n.º 39/2002, de 26 de fevereiro, que no seu preâmbulo define "uma flexibilização do regime de contratação de bens e serviços, aproximando-o do regime de direito privado, sem que, no entanto, se perca de vista a aplicação das diretivas comunitárias que sobre a matéria incidem, bem como o Acordo sobre Mercados Públicos celebrado no âmbito da Organização Mundial do Comércio".

De acordo com a disposição legal de 1988, os hospitais públicos dispõem de órgãos de administração (com competências atribuídas para planear, dirigir, coordenar e controlar o funcionamento do hospital, bem como promover a criação de estruturas orgânicas adequadas e a sua constante atualização), de direção técnica (competente orientar os serviços ou grupos de serviços do hospital, visando garantir uma atuação técnica e deontologicamente correta e obter dos meios disponíveis o máximo de resultados, em qualidade e em quantidade), de apoio técnico (com função de coadjuvar os órgãos de administração e direção técnica, pronunciando-se por sua iniciativa, ou a pedido daqueles órgãos, sobre as matérias que forem da sua competência) e de participação e consulta (competente acompanhar a atividade do hospital, avaliando-a e formulando as recomendações necessárias para a sua melhoria). Para os hospitais de maior dimensão (com 500 ou mais camas) e sempre que o Ministro da Saúde entenda como conveniente, existe um auditor, que constitui um órgão de fiscalização (com função de verificar a correção, a pertinência e a eficácia das receitas e das despesas do hospital.) (artigo 4º Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro; artigo 1º e 2º, Decreto-regulamentar n.º 3/88, de 22 de janeiro).

---

<sup>25</sup> Regula a realização de despesas com obras e aquisição de bens e serviços para os organismos do Estado. Revogado pelos Decretos-Lei n.º 55/95, de 29 de março ("estabelece o regime da realização de despesas públicas com locação, empreitadas de obras públicas, prestação de serviços e aquisição de bens, bem como o da contratação pública relativa a prestação de serviços, locação e aquisição de bens móveis"); n.º 197/99, de 8 de junho (Transpõe para a ordem jurídica interna as Diretivas n.ºs 92/50/CEE (EUR-Lex), do Conselho, de 18 de junho, 93/36/CEE (EUR-Lex), do Conselho, de 14 de junho, e 97/52/CE (EUR-Lex), do Parlamento Europeu e do Conselho, de 13 de Outubro, e estabelece o regime de realização de despesas públicas com locação e aquisição de bens e serviços, bem como da contratação pública relativa à locação e aquisição de bens móveis e serviços) e n.º 18/2008, de 29 de janeiro ("aprova o Código dos Contratos Públicos, que estabelece a disciplina aplicável à contratação pública e o regime substantivo dos contratos públicos que revistam a natureza de contrato administrativo").

Apesar das diferentes competências descritas, os órgãos de administração e de direção técnica regem-se por princípios de atuação comum, que se baseiam no respeito pelos direitos dos doentes, pela garantia de prontidão e qualidade da assistência prestada de acordo com o meios disponíveis, promovendo a utilização legal e eficiente dos meios e recursos das unidades, dotando os serviços com material e pessoal indispensáveis a uma excelente prestação de cuidados, fazendo cumprir e acatando normas de ética profissionais a todos os funcionários e zelando pela obtenção de bons níveis de rentabilidade.

Em 1988, os hospitais SPA apresentavam os seguintes órgãos:

- a) De administração (Conselho de Administração<sup>26</sup>; Presidente do Conselho de Administração ou Diretor; Administrador-delegado<sup>27</sup>);
- b) De direção técnica (Diretor clínico; Enfermeiro diretor de serviço de enfermagem);
- c) De apoio técnico (Conselho técnico; Comissão médica; Comissão de enfermagem; Comissão de farmácia e terapêutica);
- d) De participação e consulta (Conselho geral) (artigo 1º, Decreto-regulamentar n.º 3/88, de 22 de janeiro).

Esta estrutura organizacional (composição dos órgãos, competências, responsabilidades, titulares e respetivas remunerações) deverá estar definida em regulamento interno, a aprovar por decreto regulamentar. No mesmo regulamento podem ser fixadas as normas desenvolvidas para cumprir os requisitos definidos para a adaptação de uma gestão empresarial e para a estrutura de organização em centros de responsabilidades e custos (artigo 20º).

A seleção dos membros da direção técnica sofreu alterações, desde 1988 até à publicação da Lei da Gestão Hospitalar de 2002. Em 1988, esta era efetuada por nomeação através de despacho do Ministro da Saúde por um período de três anos, renováveis automaticamente por iguais períodos (artigo 34º Decreto-regulamentar n.º 3/88, de 22 de janeiro). Posteriormente, em 1996, com a publicação do Decreto-Lei n.º 136/96, de 13 de agosto (que alterou o Decreto-regulamentar n.º 3/88), foi definido um processo de votação pelos colégios eleitorais

---

<sup>26</sup> O Conselho de Administração aparece como um órgão coletivo constituído pelo presidente, que é o diretor do hospital, o administrador-delegado, o diretor clínico e o enfermeiro diretor de serviço de enfermagem.

<sup>27</sup> Nesta redação de 1988, o Presidente do Conselho de Administração e o administrador delegado não têm que ser médicos ou pertencer à carreira de administração hospitalar, como estava estipulado em redações anteriores.

médico e de enfermagem, que antecedia a publicação de um despacho ministerial. Contudo, em 2002 com a revogação deste diploma e publicação do subsequente (Decreto-Lei n.º 39/2002, de 26 de fevereiro), foi readaptado o princípio de nomeação por despacho do Ministro da Saúde, através de proposta do diretor do hospital.

Em relação aos recursos humanos, o quadro de pessoal de cada hospital era definido centralmente e publicado por portaria conjunta dos Ministros das Finanças e da Saúde. O regime de contrato era o aplicado à função pública, com as especialidades estabelecidas no Estatuto do SNS (Simões, 2004b). Assim, a contratação carecia de autorização da tutela, não estando preconizados incentivos. "Os profissionais de saúde que trabalham no Serviço Nacional de Saúde estão submetidos às regras próprias da Administração Pública e podem constituir-se em corpos especiais" (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto).

### 3.2.1. Críticas ao modelo de gestão hospitalar do setor público

A gestão dos hospitais SPA foi alvo de críticas. O modelo tradicional de gestão dos hospitais em Portugal teve efeitos desfavoráveis para os cidadãos, profissionais e sistema de saúde (Campos, 2000b).

As alterações registadas nos hospitais públicos, providas pelos diplomas de 1988, apesar de expressarem alguma autonomia financeira, atribuírem uma personalidade jurídica e preverem a adoção de um regime de gestão empresarial, não foram suficientes para introduzir mudanças significativas nas unidades. Pelo contrário, registaram-se fortes limitações na organização e gestão dos hospitais. Um dos pontos mais controversos foi refletido na operação/funcionamento destas unidades, que de acordo com o artigo do Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro, continuou sob responsabilidade do Ministério da Saúde, não tendo sido atribuída, em forma de incremento de autonomia, à administração hospitalar. Ou seja, estas unidades encontravam-se limitadas por um estatuto, pelo financiamento e por força da tutela, o que inibiu a administração da autonomia que necessitava para poder obter mais e melhores resultados, reduzindo a flexibilidade necessária à gestão, nomeadamente na aquisição e gestão dos recursos (Alves, 2014; Ministério da Saúde, 1997).

Em 1997, para consubstanciar as evidências de maus resultados, limitações e constrangimentos das unidades hospitalares, foi realizado um estudo pelo Ministério da Saúde. Para este efeito foi criado um Grupo de Trabalho sobre o Estatuto Jurídico do Hospital Público. No relatório emitido por esta entidade, foram apontadas algumas causas das falhas/ineficiências do modelo de gestão hospitalar em vigor. O quadro seguinte apresenta estas conclusões por grupos.

Quadro 3.2 - Ineficiências registadas nos hospitais

Ministério da Saúde (1997) - Grupo de Trabalho sobre o Estatuto Jurídico do Hospital Público	
Administração/ Organização interna	Falta de autonomia da administração; Não atribuição de responsabilidades aos órgãos de gestão; Regime jurídico atual, que limita a gestão das unidades hospitalares dada a forte dependência da tutela; Ausência de competição entre unidades de saúde.
Económico- Financiamento	Sistema de financiamento retrospectivo (baseado no histórico); Subfinanciamento
Recursos Humanos	Inexistência de programas de incentivos; Dificuldade em ajustar os recursos humanos de acordo com as necessidades; Inadequação do quadro legal da função pública e da realidade hospitalar; Gestão centralizada dos efetivos.
Aquisição de bens e serviços	Regime aplicado aos serviços públicos, não compatível com a complexidade e especificidade dos serviços hospitalares, originando elevados custos e atrasos em relação às necessidades.

Fonte: Simões (2004b)

As conclusões do relatório final deste grupo de trabalho apontavam para uma reformulação do estatuto do hospital português, defendendo que um novo estatuto hospitalar a ser aplicado deveria:

- Manter a propriedade pública das unidades;
- Resguardar-se do modelo tipo burocrático que predominava na atividade do Estado;
- Aproximar-se da figura de instituto público com natureza empresarial;
- Dotar as unidades de uma maior autonomia de gestão (com a devida responsabilização), regulando-se por normas de direito privado (Ministério da Saúde, 1997; Reis, 2007).

Apesar destas conclusões, o grupo de trabalho deixou clara a necessidade de não circunscrever a gestão hospitalar a um único modelo, possibilitando assim mais do que um tipo de estatuto para as unidades (Ministério da Saúde, 1997).

Outros relatórios se seguiram nos anos seguintes. Em 1998, o relatório da autoria do Conselho de Reflexão sobre a Saúde, e um terceiro em 1999, pela DGS, intitulado de "O hospital Português". As conclusões destes estudos foram coincidentes com as do Grupo de Trabalho sobre o Estatuto Jurídico do Hospitalar. Desta forma, em relação ao estatuto jurídico, foi criticado em grande plano o carácter burocrático e administrativo do modelo de gestão hospitalar vigente. Foi posta em causa a garantia de qualidade dos cuidados, dada a inexistência de uma cultura de gestão interna organizada em objetivos para esse fim. Relativamente à gestão, foi criticada a estrutura centralizada de tutela. Quanto ao financiamento, foi constatado um subfinanciamento das unidades dos hospitais (tabelas de preços desajustadas)<sup>28</sup>, com a agravante da dificuldade gerada em cobrar faturas aos terceiros pagadores. Em relação à aquisição de bens e serviços, concluiu-se uma elevada demora nos procedimentos de aquisição e de contratação de obras públicas. No que diz respeito aos recursos humanos, foram diagnosticadas as burocracias complexas associadas ao recrutamento, contratação e promoção, ficando também registada a falta de incentivos aos profissionais.

A OCDE, em 1998<sup>29</sup>, no seu relatório "*Economic Surveys 1998*", dedicou um capítulo à avaliação do sistema de saúde português. Entre várias conclusões, estabeleceu fortes críticas à ineficiência observada na gestão hospitalar, marcada pelos baixos ganhos efetivos de saúde na população (abaixo de outros países) que não correspondem aos elevados custos *per capita* e totais (superiores à média da EU). Como exemplo foi apontado o indicador da mortalidade infantil, onde destacam as discrepâncias internas nas diferentes regiões. No que concerne aos hospitais, este estudo refere um conjunto de críticas relacionadas com ineficiências que abrangem o modelo de gestão, a relação jurídica com o Estado e os funcionários. O quadro seguinte caracteriza as conclusões na área hospitalar.

---

<sup>28</sup> Situação agravada com a crise económica e financeira e que se manteve ao longo destes últimos anos. "Os hospitais do SNS experienciam, porém, desde há vários anos, uma situação de subfinanciamento, assistindo-se a uma redução sistemática das transferências com origem no OGE" (OPSS, 2012, p. 92).

<sup>29</sup> Apesar do relatório ser emitido em 1998, os dados constantes na avaliação vão até ao ano 1996.

Quadro 3.3 - Diagnóstico da OCDE (1998) - Os hospitais públicos em Portugal

Diagnóstico da OCDE (1998) - Os hospitais públicos em Portugal	
Gestão/ Administração	<p>Não se registam imposições à limitação orçamental;</p> <p>A administração detém fraca autonomia de gestão, o que limita a sua capacidade de organização, planeamento e de gestão dos hospitais;</p> <p>A remuneração dos gestores não tem em conta o desempenho no exercício das suas funções;</p> <p>Ausência de responsabilização da gestão;</p> <p>Inadequado fluxo de informação entre os serviços.</p>
Financiamento	<p>90% do financiamento era baseado no histórico (retrospectivo) e apenas 10% nos grupos de diagnóstico homogéneo.</p>
Recursos Humanos	<p>Falta de autonomia para gerir os recursos humanos;</p> <p>As remunerações dos funcionários são efetuadas em função da antiguidade e não por desempenho;</p> <p>Falta de incentivos ao desempenho.</p>
Aquisição de bens e serviços	<p>Demora nos processos de aquisição de equipamentos e de adjudicação de empreitadas.</p>
Utilização de meios e serviços	<p>Baixa utilização dos equipamentos;</p> <p>Formação de longas listas de espera de utentes;</p> <p>Recurso excessivo ao setor privado para realização de MCDT.</p>

Fonte: OCDE (1998)

As conclusões deste relatório passavam pela adoção do estatuto de empresas públicas para os hospitais, como base para uma maior autonomia e flexibilidade, que permitisse ganhos efetivos de eficiência (OCDE, 1998).

Outros autores debruçaram-se sobre este tema. É referida ainda uma fraca responsabilidade social da gestão (desresponsabilização generalizada dos órgãos de gestão) e são levantadas falhas ao nível da gestão, destacando-se a incapacidade do órgão de administração dos hospitais em fazer cumprir as normas da organização, os horários e o aproveitamento de estruturas e meios disponíveis (Aroso, 2000; Campos, 2000a; Simões, 2004b).

Em relação aos gastos, evidenciam-se os aumentos dos custos, que não refletem os ganhos em saúde, gerando a constatação de uma elevada ineficiência com uma má gestão de recursos, associada a baixa produtividade<sup>30</sup> e a um fraco desempenho dos recursos humanos com estatuto de funcionário público<sup>31</sup>. Também se regista pelos atos praticados, a falta de

<sup>30</sup> Associada a uma baixa qualidade técnica e de serviço, falta de qualidade e atraso tecnológico, devido à falta de financiamento e aos défices persistentes nas contas.

<sup>31</sup> Campos (2003) refere que os profissionais de saúde identificavam neste setor uma falta de motivação no desempenho das suas funções. No entanto, destacavam como aspeto positivo deste setor a estabilidade na

motivação e de empenho profissional, a ausência de incentivos e o levantamento de questões ao nível da qualidade (Alves, 2014; Campos, 2000a, 2003; Gouveia *et al.*, 2006, Simões, 2004b).

O OPSS (2009) ressaltou que era evidente a disfunção gestonária causada pela aplicação de regras da Administração Pública aos hospitais, o que induziu uma forte rigidez na organização e no funcionamento das unidades. Como solução, a OPSS coadjuva as conclusões do relatório de 1997 com as considerações finais do documento da OCDE (1998), defendendo a "necessidade de ser alterada a estrutura de gestão dos estabelecimentos públicos de saúde, aumentando a sua autonomia, a flexibilidade de gestão e a responsabilidade financeira, atribuindo-lhes, nomeadamente aos hospitais, o estatuto de empresas públicas"(OPSS, 2009, p. 51).

Em suma, o modelo tradicional de gestão hospitalar, como Instituto Público, não surtiu efeitos no cumprimento dos preceitos iniciais de aumento de eficiência para as unidades hospitalares do SNS, dada a limitada autonomia de gestão das administrações e a forte dependência do Ministério da Saúde em matéria de gestão e contratação de pessoal e do SNS em termos do financiamento, que cobria a maioria das despesas (APES, 1996; Campos, 2000a; Lucena et al, 1998).

Na continuidade das reformas da gestão hospitalar, a publicação da Lei de Bases da Saúde, em 1990 (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto), volta a intensificar a necessidade da adoção de uma gestão empresarial para os hospitais. "A gestão das unidades de saúde deve obedecer, na medida do possível, a regras de gestão empresarial" (número 1, base XXXVI). De modo a tornar esta medida realizável, refere no mesmo número que a "lei pode permitir a realização de experiências inovadoras de gestão, submetidas a regras por ela fixadas". Foi então com esta disposição legal que o hospital público português experimentou um conjunto diverso de regimes jurídicos (Fernandes, 2012). Em 1994 foi assinado um contrato de gestão com uma entidade privada no Hospital Fernando da Fonseca e no final dos anos 90 e inícios do século XXI, foram aplicadas experimentalmente regras de gestão empresarial (mantendo o Estado a

---

carreira. "Todo o pessoal mantinha o estatuto de funcionário público, com estabilidade, remuneração fixa, progressão na carreira independente do mérito e reforma relativamente generosa aos sessenta anos de idade e trinta e seis de serviço" (Campos, 2003, p. 24).

---



função de prestador de serviço público) no Hospital de São Sebastião (1998) e no Hospital do Barlavento Algarvio (2001), tendo sido ainda criada uma unidade local de saúde em Matosinhos, que compreendia a gestão empresarial da unidade hospitalar e dos centros de saúde da área envolvente.

### 3.3. As primeiras experiências inovadoras de gestão nos hospitais portugueses

Tendo por base as críticas apontadas ao modelo de gestão hospitalar em Portugal é consensual a falta de eficiência do sistema, o subaproveitamento dos meios e recursos e um aumento da despesa sem que este se reflita na saúde das populações (Cadilhe, 2005; Rego, 2011). À semelhança de outros países houve necessidade de se proceder a uma nova reforma para o subsector hospitalar. Os objetivos que pautavam as medidas reformistas registadas na Europa aplicam-se a Portugal e tinham como foco central o incremento de eficiência, autonomia de gestão e responsabilidade aos hospitais com o claro objetivo de reduzir custos, melhorar a produtividade e o desempenho, cuja materialização se refletirá nos ganhos em saúde e na satisfação dos utentes (Simões, 2004a).

Dando seguimento ao estipulado na LBS, foram ensaiadas algumas experiências piloto para testar modelos alternativos de gestão hospitalar, iniciadas em meados dos anos 90. Os objetivos para esta medida estavam associados à procura do incremento da eficiência e organização no sistema de saúde. Neste sentido, uma primeira tentativa foi a concessão da gestão do Hospital Fernando da Fonseca a uma entidade privada (1995). Numa segunda experiência, com um marco de descentralização e autonomia, introduziram-se regras de natureza empresarial (Hospital de São Sebastião e Hospital do Barlavento Algarvio) e numa terceira experiência verificou-se uma vertente de centralização de serviços de uma determinada região, com a introdução de regras de natureza empresarial aplicadas ao hospital e aos centros de saúde da área envolvente (ULS Matosinhos) (Campos, 2003; Fernandes, 2012).

O Ministério da Saúde (1999) refere que as experiências em curso ou outras a iniciar, devem ter como orientações:

- Uma natureza experimental dos ensaios;
- Modelos de organização interna não rígidos;

- Acompanhamento e avaliação sistemática por parte das Administrações Regionais de Saúde e por entidades externas ao Ministério da Saúde;
- Maior intervenção da comunidade na vida do hospital;
- Maior autonomia a nível institucional, entre as administrações e os profissionais, criando sistemas incentivadores no plano das remunerações, que privilegie o desempenho e a qualidade;
- Maior flexibilidade das formas de intervenção no mercado no que diz respeito às aquisições.

Ainda no mesmo documento o Ministério da Saúde refere que decorrente das experiências de gestão, o modelo futuro de hospital público deve respeitar valores e princípios fundamentais, salientando ainda que deverão ser conciliados instrumentos de desburocratização, de agilização e melhor uso de recursos, sem pôr em causa os princípios que orientam uma instituição pública.

Nestes pontos abordam-se estas experiências de gestão, com especial destaque para os modelos de gestão previstos e executados para cada unidade, de acordo com o documento legal que as cria.

### 3.3.1. O modelo de gestão do Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca

O Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca foi criado pelo Decreto-Lei n.º 382/91, de 9 de outubro, como pessoa coletiva de direito público, dotada de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira integrada no Serviço Nacional de Saúde. Foi-lhe atribuída a classificação de hospital distrital de valências básicas e intermédias de nível 2 (Decreto-Lei n.º 382/91, de 9 de outubro).

Em 14 de Outubro de 1991 o Hospital do Prof. Doutor Fernando da Fonseca foi colocado em regime de instalação, a funcionar na Amadora, pelo período de dois anos. O hospital é gerido por uma Comissão Instaladora<sup>32</sup> que desempenhou funções até 31 de dezembro de 1995

---

<sup>32</sup> Constituída pelo presidente, licenciado João Granja Rodrigues de Fonseca, e pelo vogal, licenciado João Rafael Gonçalves Ferreira (Portaria n.º 373/91, de 6 de novembro).

(Portaria n.º 373/91, de 6 de novembro<sup>33</sup>). A esta comissão cabiam as funções "implantação e organização dos serviços, devendo para tal executar as ações necessárias ou propor superiormente aquelas que entender imprescindíveis para a prossecução do mesmo fim" (Portaria n.º 373/91, de 6 de novembro).

Estava prevista a realização de um contrato de gestão com uma entidade privada para a gestão unidade hospitalar. Para este efeito foram fundamentais os atos legislativos anteriores a 1995, nomeadamente, a publicação da LBS (1990) que na sua base XXXVI estabelecia que a gestão das instituições e serviços do Serviço Nacional de Saúde poderia ser entregue através de contratos de gestão a outras entidades e a publicação do Estatuto do SNS (1993)<sup>34</sup> (Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro). Esta última redação legal, no seu artigo 29º, previa a celebração do contrato de gestão, precedida, por norma pela realização de um concurso público. No entanto, constituía uma exceção a realização de ajustes diretos através de Resolução do Conselho de Ministros, nos casos em que interesse público ou a natureza da instituição ou do serviço de saúde o exijam ou ainda quando sejam necessárias especiais garantias relativas à entidade gestora. Este documento legal definiu os critérios a incluir nos contratos de gestão<sup>35</sup> e destacou no n.º 4 do artigo 29º que "o programa do concurso e o caderno de encargos tipo são aprovados por portaria do Ministro da Saúde". Em 1994 com a publicação da Portaria n.º 704/94, de 25 de julho, foi aprovado o programa do concurso e caderno de encargos tipo, para celebração de contratos de gestão de instituições, partes funcionalmente autónomas e serviços do SNS.

---

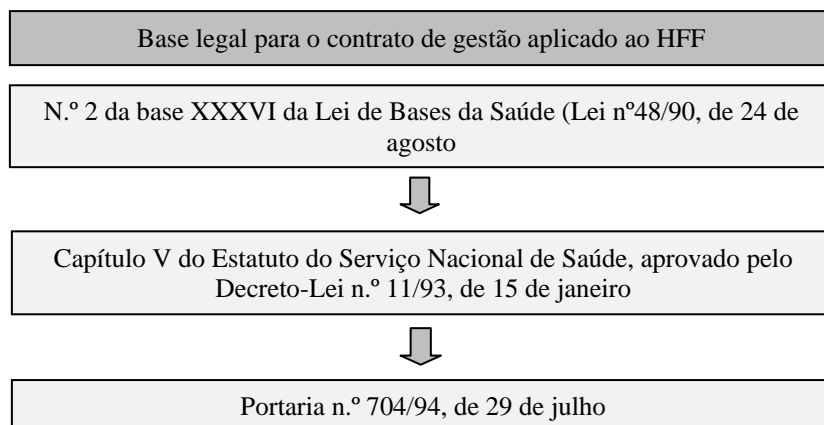
<sup>33</sup> A data da assinatura é 14 de outubro, porém o documento legal foi publicado a 6 de novembro no Diário da República n.º 255, de 6 de novembro de 1991.

<sup>34</sup> Alterado pelo Decreto-Lei n.º 401/98, de 17 de dezembro. Esta alteração apenas teve efeitos ao nível dos preços dos cuidados de saúde.

<sup>35</sup> O contrato de gestão deve definir, obrigatoriamente:

- a) A instituição ou serviço de saúde objeto do contrato;
- b) As prestações de saúde que a instituição ou serviço devem garantir;
- c) As obras a realizar pela entidade gestora para a exploração da instituição ou serviço;
- d) Forma e prazos de pagamento à entidade gestora, incluindo eventuais subsídios para os fins previstos no presente diploma;
- e) Prazo de entrega e possibilidade de renovação;
- f) As obrigações da entidade gestora relativamente à manutenção do serviço de saúde;
- g) Garantias para o Estado do cumprimento do contrato;
- h) Sanções para a inexecução do contrato por parte da entidade gestora;
- i) Formas de extinção do contrato, incluindo a rescisão unilateral por imperativo de interesse público (Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro).

Figura 3.1 - Base legal para o contrato de gestão aplicado ao Prof. Doutor Fernando da Fonseca



Fonte: Elaboração própria

O lançamento do concurso público para a gestão do HFF foi autorizada por Despacho do Ministro da Saúde, de 31 de agosto de 1994 e a 14 de setembro de 1994 a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo publicou o anúncio do Concurso Público n.º 8/94 relativo à gestão do HFF (DR, III Série, n.º 2). O contrato tinha por objeto a gestão integral da unidade hospitalar, garantindo a prestação de serviços de saúde globais na sua área de influência (concelhos da Amadora e Sintra) (Simões, 2004b). Para este concurso houve apenas dois concorrentes: um consórcio liderado pelo Grupo Mello e a Cross S.A., ligada ao grupo de José Roquette<sup>36</sup>. As propostas foram avaliadas pela comissão de avaliação, e em 30 de março de 1995 é publicado o resultado do concurso por despacho do Ministro da Saúde. A adjudicação foi entregue ao grupo Mello, acionista da Sociedade Hospital Amadora/Sintra, Sociedade Gestora, S.A. (HASSG)<sup>37</sup>, constituída em setembro de 1995. O contrato de gestão foi celebrado entre esta sociedade gestora e a ARS Lisboa e Vale do Tejo a 10 de outubro de 1995, entrando em vigor a 1 de novembro de 1995, tendo validade de um ano, renovável automaticamente por iguais períodos, não podendo ser denunciado nos primeiros cinco anos, exceto por motivos de justa causa<sup>38</sup>. A transmissão de poderes da comissão instaladora para a

<sup>36</sup> Posteriormente adquirida pelo grupo Mello (adversário direto neste concurso).

<sup>37</sup> No momento da sua constituição esta sociedade Gestora era constituída pela Companhia de Seguros Império, SA (30%); Farmacoop - Cooperativa Nacional de Farmácias (15%); ISU - Estabelecimentos de Saúde e Assistência, S.A. (5%); HLC - Engenharia e Gestão de Projetos, SA (25%) e Générale de Santé Internationale (25%). Posteriormente, foi criada José de Mello Saúde SGPS, SA que veio a deter a totalidade do capital social da Sociedade Gestora de forma direta ou através de participações (ISU - Estabelecimentos de Saúde e Assistência, S.A.; SGHD – Sociedade Gestora do Hospital das Descobertas, S.A.; PPPS – Parcerias Público Privadas na Saúde, SGPS, S.A. e JMS – Clínicas Privadas, SGPS, SA.) (Vaz, 2010).

<sup>38</sup> A comunicação do fim da gestão do Hospital Fernando Fonseca decorreu no dia 19 de Março de 2008, data em que o Primeiro-Ministro anunciou, na Assembleia da República, a passagem da gestão para a esfera pública no fim do ano.

nova entidade gestora da unidade ocorreu a 1 de janeiro de 1996 (Tribunal de Contas, 2008b; Simões, 2004b).

Este hospital foi a primeira experiência de gestão privada de um hospital público. Desta forma, constitui-se uma pessoa coletiva que apesar da sua personalidade jurídica de direito privado, tem clara influência no interesse público, com a prestação contínua de cuidados de saúde aos utentes do SNS. No entanto, há que referir que apesar de constituir uma forma de parceria com o setor privado, não se enquadra no regime legal de uma parceria público-privada em saúde, de acordo com a legislação específica das PPP para este setor<sup>39</sup> (Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto; Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril).

De acordo com o Relatório Primavera de 2001, a privatização da gestão de hospitais públicos é uma solução exigente que aplica um processo de contratualização mais complexo, por ser do foro do direito privado, visto tratar-se de um financiador público e de um prestador privado. O mesmo documento ainda refere que este processo de privatização obriga a uma gestão rigorosa entre cuidados de saúde primários de gestão pública e cuidados de saúde hospitalares de gestão privada na mesma área geográfica (OPSS, 2001). Com a concessão da gestão a uma sociedade gestora privada, estabeleceu-se logo uma separação nas funções do Estado enquanto pagador/financiador e prestador dos serviços de saúde. Foram introduzidas regras de gestão privada, caracterizadas por novidades ao nível da contratualização (contratos individuais de trabalho) e pela maior flexibilidade na contratação de bens e serviços (Barros, 2004). O contrato de gestão estabelecido garantia o acesso a todos os utentes do SNS, bem como em qualquer outro hospital integrado no SNS. Assim, este modelo de gestão apresentou características de ambos os setores (Simões, 2004). Por um lado, recorreu a instrumentos de gestão privada (utilização de regras de direito privado) e por outro, usou recursos humanos disponibilizados pelo Governo (base de recrutamento eram os próprios quadros da Administração Pública).

A implementação deste regime jurídico para a gestão de uma unidade hospitalar, causou divergentes opiniões na classificação desta experiência enquanto modelo para aplicação às

---

<sup>39</sup> Repare-se que uma PPP em saúde envolve a construção de um edifício e a gestão do hospital, pressupondo assim uma contratualização com duas entidades distintas: A Entidade Gestora do Edifício e a Entidade Gestora do Estabelecimento. O caso do HFF não correspondia ao regime legal definido para as Parcerias Público Privadas (INA, 1999).

restantes unidades (INA, 2002; Vaz, 2010). A este respeito, o CRES<sup>40</sup> criticou a falta de estudos económicos prévios à implementação deste modelo (CRES, 1998). Outras críticas surgiram, nomeadamente com Campos (2001), que ressalva nas críticas ao modelo de gestão do HFF “o puro preconceito ideológico de alguma esquerda conservadora, contra o mercado, os empresários e a sua dinâmica” (p.1085).

Até 1995, o funcionamento do HFF em regime de instalação fez com que a unidade dispusesse de um mapa de pessoal, ao invés do quadro de pessoal presente em outras instituições. Nestes termos os funcionários da unidade possuíam um contrato de trabalho a termo certo ou encontravam-se em regime de comissão. Após ser assinado o contrato, relativamente aos recursos humanos, a entidade gestora poderia efetivar o contrato individual de trabalho, a termo certo ou a tempo indeterminado e ainda recorrer ao regime de mobilidade prevista no Estatuto do SNS (artigos 21º e 22º). A gestão do hospital encarou uma dificuldade em recrutar recursos humanos, por um lado pela falta de profissionais no mercado e por outro, porque as condições de trabalho não eram propriamente as mais convidativas para receber profissionais com vínculo consolidado no setor público, mesmo com a garantia do posto de trabalho anterior através de uma licença de longa duração (Simões, 2004b; Tribunal de contas, 2008b).

Em 1999, ainda foram registadas algumas dificuldades com a contratação de recursos humanos que preferiam o emprego público em outras unidades. A esta data não existiam médicos e enfermeiros em algumas especialidades, registava-se uma dificuldade em obter concordância da ARS para atribuir licença sem vencimento a funcionários de outras instituições e assistia-se à saída de alguns profissionais de saúde para obterem vínculo à função pública em outros hospitais. Para colmatar estas lacunas observou-se um custo acrescido com a contratação de profissionais de saúde provenientes de outros países (Simões, 2004b). Para fazer face a esta situação, as normas do quadro de pessoal do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca foram definidas pelo Decreto-Lei n.º 64/99, de 4 de março. A publicação deste documento legal foi fundamental para garantir e assegurar o funcionamento da unidade. Ficou assim prevista legalmente a forma de mobilidade do pessoal vinculado à função pública que nele preste serviço. Esta redação legal pretendeu garantir o pleno

---

<sup>40</sup> Constituído de acordo com a Resolução do Conselho de Ministros n.º 13/96 de 24 de janeiro. Presidido por Daniel Serrão.

funcionamento do hospital, dado que este era assegurado por funcionários com vínculo a outros hospitais<sup>41</sup>. No entanto, para garantir um número adequado de profissionais estava igualmente prevista uma retribuição baseada nos escalões da função pública<sup>42</sup> (podendo mesmo ultrapassá-la com os prémios anuais) e benefícios em espécie e em função do desempenho (seguro de vida, seguro de responsabilidade civil profissional, direito de assistência médica para o próprio e respetivo agregado familiar). Também foram assinados acordos de empresa entre a entidade gestora e pelos sindicatos<sup>43</sup> (Simões, 2004b).

De acordo com os estatutos e procedimentos internos da instituição, a hierarquia da gestão no Hospital Fernando da Fonseca é clara: o órgão máximo é o conselho de administração da entidade gestora que integra uma comissão executiva, sendo assegurada por um diretor-geral a gestão de todas as atividades, de acordo com as políticas instituídas pelo CA. A direção clínica é constituída por uma direção técnica de primeira linha, diretamente dependente do diretor-geral, que por sua vez é constituída por um diretor clínico e um adjunto. Desenho semelhante existe na direção de enfermagem. A gestão intermédia é garantida pelos diretores de departamentos clínicos, gestores departamentais e diretores de segunda linha. O diretor e o gestor dos departamentos clínicos têm a função de articular e integrar a sua realização em parceria com a respetiva supervisão de enfermagem, de forma a facultar as condições necessárias ao efetivo estabelecimento de um modelo de gestão e direção desconcentradas (INA, 1999).

Os processos de aquisição de bens e serviços são realizados de acordo com as regras que regem o direito privado, com possibilidade de se fazer recurso à aplicação de *outsourcing*. O modelo de financiamento é efetuado através da atribuição de um orçamento global anual, de acordo com as linhas de produção contempladas (internamento, consultas externas e urgência). Porém, repare-se que não estavam, a esta data, contempladas as linhas de produção de hospital de dia e cirurgia de ambulatório (INA, 1999).

---

<sup>41</sup> Entendido pelos outros hospitais de Lisboa como um excesso de zelo do Estado para com esta instituição (Simões, 2004b).

<sup>42</sup> Sendo criado um quadro de pessoal do hospital concessionado para garantir uma maior estabilidade aos profissionais.

<sup>43</sup> Implementado um sistema remuneratório das carreiras públicas semelhante ao setor público, em especial com o objetivo de atrair médicos e enfermeiros (Simões, 2004b).

O financiamento previsto no contrato para o HFF assentava na atribuição de uma remuneração anual paga em duodécimos de acordo com a linha de produção definida, a preços negociados entre o Estado e a sociedade gestora, com base no ano anterior<sup>44</sup>.

Em 1999 foi efetuado um estudo pelo INA que tinha como objetivo avaliar a implementação de regras de direito privado num hospital público, através do estabelecimento de um contrato de gestão. Para desenvolver este trabalho, estabeleceu-se uma comparação entre o HFF e um hospital público (Hospital Garcia de Orta). Nas conclusões deste estudo, foram referidos pontos fortes/vantagens e pontos negativos/desvantagens deste modelo de gestão. Os quadros 3.4 e 3.5 apresentam os aspetos de gestão inovadores/positivos e as dificuldades encaradas na implementação desta experiência de gestão.

Quadro 3.4 - Pontos fortes/positivos - aspetos de gestão inovadores

Aspetos positivos do modelo de gestão aplicado ao HFF
Maior responsabilização dos órgãos de gestão.
Separação entre as funções de administração e as de direção técnica.
Apresenta intervenção profissional limitada à área técnica.
Ausência de conselho geral.
Utilização de regras de direito privada na contratação e na aquisição de bens e serviços, a melhor preço.
A autonomia empresarial e a maleabilidade organizativa e de gestão.
A desburocratização da gestão dos recursos humanos.
A desburocratização do processo de aquisições (melhores preços).
A promoção ao melhor desempenho do hospital.
A gestão baseada em resultados.
Contenção de despesas.
Menores custos (associados à autonomia empresarial e maior flexibilidade de gestão).
Ganhos de eficiência.
Incentivos à produtividade.
Formação orientada para o desempenho e prémios proporcionais à qualidade e aos resultados do desempenho individual.
Organização hierárquica empresarial, bem definida.
Implementação de uma gestão por objetivos e metas, incluindo a área clínica.

Fonte: INA (1999)

<sup>44</sup> Sendo pago um preço adicional por cada utente tratado .



Quadro 3.5 - Pontos negativos/dificuldades encontradas

Principais dificuldades/aspetos negativos modelo de gestão aplicado ao HFF
A preferência pelo emprego público.
Os custos adicionais pela contratação de profissionais estrangeiros.
A constatação de problemas de recrutamento e de estabilidade na carreira de bons profissionais.
A precarização do vínculo jurídico do pessoal dificulta a hierarquização técnica e o espírito de corpo.
A limitação do contrato de gestão a cinco anos pode limitar a aplicação de medidas estratégicas a longo prazo, em especial na área dos investimentos.
Demasiada centralização numa lógica empresarial que objetiva a obtenção de lucro, o que pode dar origem a efeitos não desejados como a seleção adversa e a procura induzida pela oferta.
Falta de incentivos a uma maior diferenciação de recursos humanos.
Dificuldade em definir uma hierarquia técnica (devido às várias modalidades de contratação de pessoal).
Aglomeramento de diagnósticos mais frequentes e de menor severidade.

Fonte: INA (1999)

Ainda no referido estudo efetuado pelo INA, foram feitas recomendações para as futuras reformulações do contrato de gestão do HFF. O quadro seguinte apresenta algumas dessas recomendações.

Quadro 3.6 - Recomendações para futuros contratos de gestão do HFF

Recomendações para futuros contratos de gestão do HFF
Definição de regras a aplicar para um acompanhamento efetivo do desempenho, de acordo com os trâmites contratuais definidos (as funções efetivamente realizadas não correspondiam ao previsto).
Maior rigor na previsão da atividade prevista, que reflita de um modo mais fidedigno as necessidades da população da área de influência (registavam-se grandes discrepâncias em relação ao volume de atividade expectada e realizada).
Esclarecimento claro dos vários regimes jurídicos dos contratos aplicados aos funcionários (registava-se uma grande variedade que criavam algumas incertezas e dúvidas nos quadros).
Implementação de uma metodologia de reembolso (em caso de readmissões).
Introdução de cláusulas no contrato que promovam uma articulação com as unidades de cuidados primários.
Definição clara do sistema de amortizações aplicado (registava-se uma dúvida entre os conceitos de investimento de substituição e de inovação).
Introdução de cláusula contratual com os indicadores de demora média, taxa de ocupação média.
Aplicar indicadores de estímulo a atividades de hospital de dia e cirurgia de ambulatório.
Introdução nas cláusulas contratuais de indicadores de qualidade.
Definição legal de um modelo que aproxima o modo de funcionamento de todos os hospitais públicos, sejam eles de gestão pública ou privada.

Fonte: INA (1999)

Dadas as dificuldades de acompanhamento desse contrato com as estruturas tradicionais da Administração Pública e de forma a impulsionar a intervenção reguladora do Estado, surgiram

agências de contratualização na ARSLVT para acompanhar a atividade do Hospital Fernando da Fonseca (Simões, 2004).

O modelo de acompanhamento e de fiscalização inicial era da responsabilidade da ARSLVT, representada por um delegado junto da Sociedade Gestora. Porém, esta experiência não foi alheia a críticas. O Conselho de Reflexão sobre a Saúde refere que este modelo foi pouco estudado, pois não foi alvo de estudos económico-financeiros prévios à sua implementação (CRES, 1998).

Este modelo de acompanhamento foi considerado insuficiente pelo Ministério da Saúde. Foi constituída uma comissão de acompanhamento externo (constituída por um representante da ARSLVT, representantes das Câmaras Municipais da Amadora e de Sintra e um representante da DECO), no âmbito da Agência de Contratualização, para, de forma mais consistente e integradora, acompanhar o desenvolvimento da atividade do HFF (Simões, 2004b).

Apesar da avaliação e acompanhamento das estruturas públicas, a administração desta unidade tinha como prioritária a atribuição de acreditação da unidade hospitalar, sendo esta atribuída em novembro de 2000 pelo *Kings Fund Health Quality Service*. Por este motivo foram aplicadas as primeiras alterações ao regulamento geral em sequência deste processo<sup>45</sup>. Porém, no ano 2001 a publicação de um relatório crítico à gestão do HFF, por parte da ARS de Lisboa e Vale do Tejo, criou um clima de crise com a entidade gestora. Como consequências da publicação foi instaurada pela IGF um processo arbitral, que resultou numa condenação da entidade gestora a pagar 31 milhões de euros mais juros de mora ao Estado (Vaz, 2010). Contudo, a entidade gestora realizou um relatório em resposta aos argumentos proferidos pela Administração Regional de Saúde, com conhecimento ao Tribunal de Contas que instaurou um processo cível contra 26 dirigentes da ARS, sob acusação de falta de diligência na avaliação do contrato do HFF com o Estado Português. Dada esta nova situação, em tribunal arbitral foi dada razão à entidade gestora do HFF e ficou o Estado obrigado a pagar 31 milhões de euros (associados a cuidados já prestados) mais juros de mora.

---

<sup>45</sup> "Foram introduzidos novos órgãos ou alterações aos já existentes, tais como: a Direcção de Qualidade e a Comissão de Garantia de Qualidade, a Comissão de Controlo da Higiene e da Infecção Hospitalar, a Direcção de Admissão e Apoio a Doentes, o Gabinete do Utente/Gabinete de Informação e Orientação, o Serviço de Relações Públicas e Marketing, a Comissão de Gestão de Riscos, a Comissão de Auditoria e Risco Clínico e a Comissão de Riscos não Clínicos" (Simões, 2004b, p.168).

Em 2002, com a publicação do regime jurídico da gestão hospitalar (Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro), assistiu-se à necessidade de orientar a gestão do HFF de acordo com os princípios legais específicos da gestão hospitalar<sup>46</sup>. Assim, no ano seguinte foram iniciados trabalhos com vista à renegociação do contrato de gestão desta unidade hospitalar. Os pontos centrais para a nova ordem de trabalhos centravam-se numa melhoria do modelo anterior, com uma maximização da eficiência, qualidade e sobretudo, dado os acontecimentos recentes de 2001, na constituição de um mecanismo de regulação, fiscalização e acompanhamento mais responsável e fiel da realidade. Assim, para proceder a estes trabalhos foi criado um grupo de trabalho na dependência dos Ministros da Saúde e Finanças (Resolução do Conselho de Ministros n.º 149/2003, de 29 de agosto) para negociar com a sociedade Hospital Amadora-Sintra, Sociedade Gestora, S. A., a alteração do contrato de gestão<sup>47</sup>.

Com a publicação da Portaria n.º 587/2004, de 2 de junho, foi autorizada à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo a celebração com a Sociedade Hospital Amadora-Sintra, Sociedade Gestora, S. A., a alteração do contrato de gestão do Hospital do Professor Doutor Fernando Fonseca. Este contrato foi efetivado a 4 de junho, entrando em vigor em janeiro de 2005. O quadro seguinte apresenta as principais alterações contratuais registadas.

Quadro 3.7 - Alterações ao contrato inicial do HFF

Cláusula	Alteração/assunto	Especificação
1. <sup>a</sup>	Definições	Introduzidos, entre outros, os conceitos de: "acompanhamento, controlo e auditoria; cirurgia de ambulatório; consulta externa; doente saído; hospital de dia; internamento; rede de referência hospitalar".
5. <sup>a</sup>	Objeto	Inclusão da prestação dos cuidados de psiquiatria (protocolo assinado em 14.01.1998).
8. <sup>a</sup>	Referenciação	Apresenta as regras de transferência e referenciação de doentes do HFF para outras instituições do SNS. No contrato anterior (continuando neste contrato - cláusula 7. <sup>a</sup> ) estava previsto que a ARSLVT poderia enviar para o HFF doentes referenciados por outras instituições e serviços do SNS, quando o número de doentes tratados por cada valência seja inferior à atividade contratada.
9. <sup>a</sup>	Atividade contratada e retribuição	Foram mantidos os critérios da componente fixa anual de retribuição para o "internamento", "urgência" e "consulta externa"; Foram introduzidas as linhas de produção "cirurgia em ambulatório" e "hospital

<sup>46</sup> Recorde-se que esta foi uma das recomendações do INA em 1999 (no estudo: avaliação comparada do Hospital Fernando da Fonseca e de Garcia de Orta).

<sup>47</sup> "Tendo sido apresentado o respetivo relatório, dele se conclui que a renovação do contrato de gestão deverá ser feita com a duração de cinco anos contados desde 1 de janeiro de 2004, sendo renovável por iguais períodos" (Preâmbulo da Portaria n.º 587/2004, de 2 de junho).

		<p>de dia";</p> <p>Foi excluída a produção efetuada para os subsistemas da produção a contratar para o HFF;</p> <p>A produção a realizar a partir de 2004 passa a ser negociada entre a sociedade gestora e a ARSLVT, no início de cada ano;</p> <p>Em caso de não entendimento entre as partes relativamente à atividade, prevalece a realizada no ano transato e não os máximos históricos (como previsto no contrato anterior).</p>
10. <sup>a</sup>	Diferenças relativas à atividade contratada e ajustamento da retribuição	<p>A produção realizada em excesso, relativamente à contratada é remunerada por uma fração do valor unitário. À produção realizada abaixo da contratada é aplicado um desconto percentual do preço unitário definido, em função do desvio em relação à produção definida (0-80%; 80%-85% e 85%-100). Estes trâmites não se aplicam ao serviço de urgência, dado que a produção excedente aqui realizada é paga a 100% do valor unitário definido e não há lugar a remuneração por atividade contratada não realizada.</p> <p>Quando a produção é inferior a 80% da atividade contratada não haverá lugar a qualquer remuneração.</p>
14. <sup>a</sup>	Entrada em vigor e duração	<p>Duração prevista de 5 anos, renovável por iguais períodos;</p> <p>A denúncia do contrato poderá ser solicitada por qualquer uma das partes, desde que com uma antecedência mínima de 12 meses relativamente ao termo do período inicial ou qualquer termo das respetivas prorrogações.</p>
32. <sup>a</sup>	Acompanhamento, controlo e auditoria	<p>Prevista a nomeação de uma comissão de acompanhamento multidisciplinar para avaliar o cumprimento dos termos do contrato de gestão. O coordenador desta comissão deverá fazer a ligação funcional com o coordenador designado pela HASSG. No contrato anterior, esta função cabia ao delegado designado pela ARSLVT (cláusula 30.<sup>a</sup>).</p>

Fonte: Tribunal de Contas (2008b)

O ponto central da renovação contratual é consistente com o cálculo da remuneração da produção realizada/contratualizada e o movimento assistencial registado. Todavia, o TC (1999) refere que mesmo com esta alteração contratual, o risco da procura não é transferido, em parte, para a entidade gestora, dado que a produção não realizada é compensada em percentagem inferior ao valor definido (com exceção do serviço de urgência).

Apesar da revisão contratual efetuada em 2004, continuaram a registar-se algumas dificuldades no encerramento anual de contas do HFF. Em Novembro de 2007 a entidade gestora do HFF recebeu a notificação de rescisão no período final do contrato (31 de dezembro de 2009). O Ministro da Saúde, a esta data, ponderava o lançamento de um novo concurso para esta unidade e a concessão de uma unidade hospitalar a construir em Sintra, sob o regime PPP<sup>48</sup> (Barros, 2010).

<sup>48</sup> Porém, esta intensão governamental não se concretizou, sendo o HFF integrado no SEE como unidade E.P.E. (Decreto-Lei n.º 203/2008, de 10 de outubro).

Em resumo, apresenta-se um quadro com as principais características aplicadas à experiência de gestão registada no HFF.

Quadro 3.8 - Características do modelo de gestão implementado no Hospital Fernando da Fonseca

Hospital Fernando da Fonseca	
Gestão	Natureza empresarial / privada.
Duração	Validade de um ano, renovável por iguais períodos, não podendo ser denunciado nos primeiros cinco anos. Duração prevista de 5 anos, renovável por iguais períodos. A denúncia do contrato poderá ser solicitada por qualquer uma das partes, desde que com uma antecedência mínima de 12 meses relativamente ao termo do período inicial ou qualquer termo das respetivas prorrogações (novo contrato).
Regime de contrato	Contrato de trabalho em funções públicas (funcionários que transitaram de outros serviços - característico do setor público). Contrato individual de trabalho (característico do setor privado).
Estrutura	Conselho de Administração (CA). Direção geral. Direção técnica (diretor clínico e um adjunto).
Relação com a tutela	Processo negocial de um orçamentos-programa.
Financiamento	Prospetivo (SNS).
Fiscalização	Agência de Acompanhamento ARSLVT. Comissão de acompanhamento externo (novo contrato).
Práticas de Gestão	Maior responsabilização dos órgãos de gestão. Separação entre as funções de administração e as de direção técnica. Uma intervenção profissional limitada à área técnica. Utilização de regras de direito privado na contratação e na aquisição de bens e serviços. Estabelecimento de incentivos aos profissionais. Instrumentos do direito privado. Mecanismos típicos de mercado. Contratualização do financiamento em função das atividades com a ARS. Remuneração em função da produção efetiva. Aplicação de descontos/multas por incumprimento da produção contratada.

Fonte: Elaboração própria

### 3.3.2. O modelo de gestão do Hospital de São Sebastião

O Decreto-Lei n.º 218/96, de 20 de novembro, cria o hospital de São Sebastião (HSS) em Santa Maria da Feira. Dois anos mais tarde foi publicado o Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de junho, que alterou o estatuto jurídico aplicável a esta unidade hospitalar. Com efeito, esta redação legal abriu portas a uma experiência de gestão, apresentando um modelo jurídico

inovador com a aplicação de instrumentos técnicos e métodos característicos de uma gestão do tipo empresarial (Harfouche, 2012; Vaz, 2010). Esta necessidade de reforma na gestão hospitalar, consagrada em vários diplomas legais é reforçada com esta nova publicação, na medida em que o legislador refere que o modelo então vigente no setor público determina uma "sujeição dos hospitais às normas convencionais da Administração Pública, pensadas para o desempenho de funções de tipo administrativo" e destaca uma incompatibilidade do mesmo com "a verdadeira natureza dos hospitais, ou seja, com a sua natureza de estabelecimentos de carácter social, orientados e abertos para o público e para a prestação de cuidados diferenciados de saúde" (Preâmbulo do Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de junho).

Esta alteração ao modelo tradicional de gestão dos hospitais foi antecedida de um estudo de avaliação incumbido a uma comissão instaladora, que considerou a adopção do mecanismo de gestão empresarial como propícia a maiores níveis de eficiência, aliados a uma redução de custos na assistência hospitalar. Assim, o preâmbulo do Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de junho, defende a aplicação de instrumentos e métodos próprios de uma gestão de tipo empresarial para a atividade hospitalar. Isto vai ao encontro das experiências inovadoras de gestão previstas na Lei de Bases da Saúde, possibilitando "a utilização de meios de gestão maleáveis e adequados - que, paradoxalmente, o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde apenas admitiu para o caso da gestão por outras entidades", como "é o caso da contratualização do financiamento em função das atividades a prosseguir, do estabelecimento de incentivos aos profissionais de saúde e da agilização da contratação dos meios necessários ao seu funcionamento" (preâmbulo do Decreto-Lei n.º 151/98). Este modelo não se trata de uma privatização da saúde, pois não há uma transferência para uma entidade privada da gestão de um hospital público, como na gestão do Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca (Simões, 2004b).

Com as respetivas disposições legais, o estatuto jurídico do HSS pauta-se pelas normas de gestão empresarial, sendo dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial, sob tutela dos Ministros da Saúde e Finanças (Reis, 1999; Reis & Falcão, 2003; Simões, 2004b). Trata-se assim da primeira experiência de gestão empresarial num hospital público, conforme previsto no n.º1 da base XXXVI da Lei de Bases da Saúde. Desta forma, a unidade continua a operar como qualquer outro hospital público na prestação

de cuidados de saúde diferenciados, sem prejuízo de restrições no acesso ou na qualidade (Reis & Falcão, 2003).

O regime previsto para o HSS era experimental durante um período de três anos, a partir do qual seria revisto. A decisão de prorrogação, cessação, alteração ou consolidação, estaria dependente da avaliação e dos resultados obtidos (quantitativos e qualitativos) (Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de junho; Vaz, 2010). No contrato de gestão inicial (com respeito ao ano 1999), estava referida a essência e a imperiosidade de contratualizar o financiamento e a respetiva alocação de recursos, com o objetivo de equacionar e desenvolver a prestação (de forma quantitativa e qualitativa) com o orçamento destinado à instituição (Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de junho).

De acordo com Marques e Moreira (1999), a experiência de gestão do Hospital de São Sebastião pode constituir um tipo de gestão a seguir no futuro para os hospitais públicos. Este modelo de gestão assume a utilização de instrumentos, técnicas e métodos de gestão flexíveis e ágeis, caraterísticos de uma gestão de tipo empresarial, como a contratualização do financiamento em função das atividades a realizar, o estabelecimento de incentivos aos profissionais e a agilização de contratos de meios necessários a um bom funcionamento. Deste modo, fundamenta-se em instrumentos do direito privado e mecanismos típicos de mercado, pelo que a forma de gestão assume caraterísticas de uma gestão privada, estabelecendo uma rutura com os métodos tradicionais públicos de gestão de direito administrativo (Campos, 2003).

Com respeito à relação com a tutela, verifica-se uma relação com o Ministério das Finanças e da Saúde. Relativamente ao primeiro, há uma relação em matéria de natureza económica e financeira. Com relação ao Ministério da Saúde, existe uma função de orientação e de responsabilização. A primeira função está afeta à responsabilidade do Ministério, na pessoa do Ministro da Saúde, pelas linhas orientadoras que estão na base da preparação de planos e atividade dos orçamentos. A segunda função relaciona-se com a resposta a dar com base em contratos-programa, aprovados pela Administração Regional de Saúde do Norte. Com a aprovação destes contratos é atribuída uma verba para fazer face às atividades, ficando o hospital obrigado a prestar os cuidados de saúde nas várias valências aos utentes do SNS, com um elevado grau de autonomia (Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de junho).

A natureza jurídica deste hospital também traduziu aspetos inovadores e diferenciadores em termos da tipologia e da competência dos órgãos de gestão. O Conselho de Administração (CA) é composto por dois membros executivos (diretor e administrador delegado) e por dois membros não executivos (diretor clínico e enfermeiro diretor). Pode ser dissolvido por desvio substancial entre os orçamentos e a sua respetiva execução, ou por deterioração dos resultados da atividade, incluindo a qualidade dos serviços prestados. Os seus membros são livremente exonerados, com fundamento em mera conveniência de serviço (artigo 16º Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de junho). Este aspeto é fundamental para uma maior responsabilização dos gestores. De salientar que o diretor clínico e o enfermeiro-diretor têm uma forma de nomeação que é da competência do Ministro da Saúde, sob proposta do diretor do hospital - enquanto que nos hospitais públicos tradicionais a nomeação é precedida pela votação dos pares (entre 1996 e 2002). O Conselho Geral é constituído pelo Governo (formado por quatro elementos - três nomeados pelo Ministro da Saúde e um pelo Ministro das Finanças), pelas autarquias (três membros nomeados pelas assembleias dos municípios com maior representação na população alvo) e pelos profissionais de saúde (três elementos nomeados pelo hospital, sendo um deles médico e outro um enfermeiro). Contrariamente à prática dos restantes hospitais públicos, cujo Conselho Geral reúne duas vezes por ano, encontra-se definido para este hospital que esta reunião deverá ocorrer quatro vezes por ano (Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de junho).

Neste modelo existe uma clara distinção entre funções de administração e de direção técnica, sendo a gestão baseada num contrato-programa negociado com a ARS, que engloba planos de atividade, orçamento e dotação de pessoal, o que reforça a responsabilização da gestão perante o Ministério da Saúde. A partir do momento em que é assinado o contrato-programa entre o HSS e a Administração Regional de Saúde do Norte (ARS Norte), o grau de autonomia da gestão é elevado ao nível necessário para aplicar um verdadeiro sistema de gestão empresarial num hospital do setor público (Barros, 2013a; Simões, 2004b).

Ao nível da organização interna, o hospital tem definido como unidade base os serviços de ação médica (SAM) que integram centros de responsabilidade e de custos<sup>49</sup> (níveis

---

<sup>49</sup> Têm por finalidade impulsionar a eficiência na afetação de recursos por meio de uma gestão intermédia das unidades funcionais. São quatro os centros de responsabilidade: Centro de Responsabilidade Médico, Centro de Responsabilidade Cirúrgico, Centro de Responsabilidade dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica e Centro de Responsabilidade de Anestesia, Emergência e Cuidados Intensivos (Simões, 2004b).



intermédios de gestão). Desta forma, o diretor (médico) de cada SAM negocia e responsabiliza-se perante a direção do centro de responsabilidades, por um programa anual de atividades. Após esta negociação interna da prestação, cada centro de responsabilidades emite um orçamento para esse programa de atividade anual, que após aprovação pelo Conselho de Administração constitui o contrato-programa do hospital (Tribunal de Contas, 2003). Ou seja, o contrato-programa da unidade é o resultado global do somatório dos vários programas de atividade e respetivos orçamentos de cada centro de responsabilidades e custos (Rego, 2011; Simões, 2004b)

Em relação à contratação de pessoal, prevalecem dois regimes contratuais dos profissionais do hospital. Por um lado, rege-se pelas normas gerais aplicáveis aos contratos individuais de trabalho (caraterístico do setor privado com incentivos aos profissionais, com categorias e carreiras idênticas às existentes no SNS) e por outro, os funcionários apresentam uma relação jurídica de emprego público, aplicável aos funcionários públicos que não optaram pelo outro regime (Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de junho).

A atribuição de incentivos estava preconizada neste modelo de gestão e constava de uma das preocupações deste executivo. Assim, foi instituído um sistema de incentivos financeiros, tendo por base a atribuição de bolsas de investigação (com limite superior de 80% da remuneração base no início da carreira médica e de 15% para os enfermeiros e outros técnicos - pagas em espécie, como por exemplo, o reembolso de despesas de inscrição, transporte e alojamento na participação em encontros científicos) e prémios de produtividade (limite superior de 46% do salário base para a classe médica e 15% para a enfermagem e outros profissionais) (Barros, 2013a).

De acordo com Barros (2013a), o objetivo da implementação de incentivos era "remunerar as diferenças individuais de produtividade" e "alinhar os interesses individuais com os objetivos gerais da organização" (p. 256). Para este fim, o mesmo autor refere a mensuração do desempenho através de "indicadores que incluam avaliações individuais, avaliações quantitativas da produção e dos custos unitários, bem como avaliações de satisfação por parte dos utentes" (Barros, 2013a, p. 256).

O processo de fiscalização da atividade do hospital assume um formato diferente. Esta divergência em relação aos hospitais do Setor Público Administrativo, inicia-se com a existência de uma comissão de fiscalização. Esta comissão é constituída por três membros (dois nomeados pelo Ministro das Finanças e um pelo Ministro da Saúde). A função desta comissão é "...velar pelo cumprimento das normas estatuídas, legais, regulamentares e contratuais" (Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de junho, artigo 24º). Denote-se que um dos aspetos inovadores é o de esta comissão não depender da administração do hospital, o que permite uma avaliação mais rigorosa e eficiente, essencial para efetivar o controlo rigoroso da gestão, assegurando o cumprimento de uma boa gestão de contas por parte do Conselho de Administração (Rego, 2011).

Nas disposições finais do Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de junho (artigo 45º), está prevista a criação, no âmbito da Agência de Acompanhamento dos Serviços de Saúde, de uma comissão nomeada pelo conselho de administração da ARS, pelos municípios, pelas organizações sindicais e pelas organizações de utentes.

Num estudo efetuado em 2002 pelo Instituto Nacional de Administração (INA), é considerada a experiência do HSS como bem-sucedida. O relatório destaca as vantagens associadas ao estatuto jurídico que possibilitam um maior controlo financeiro, a aplicação de um sistema de incentivos, uma maior flexibilidade nas aquisições e prestações de serviços, uma maior agilidade para a contratação de pessoal com a simultaneidade entre o contrato em funções públicas e a modalidade de contrato individual de trabalho e ainda pela redução efetiva de burocracia administrativa característica dos hospitais SPA. Porém, foi tido como argumento crítico deste modelo a falta de avaliação da qualidade da prestação.

Em suma, apresentam-se as principais características deste modelo.

Quadro 3.9 - Características do modelo de gestão implementado no Hospital de São Sebastião

Hospital de São Sebastião	
Gestão	Natureza empresarial (práticas e instrumentos do direito privado).
Duração	Regime experimental com revisão programada ao fim de três anos.
Regime de contrato	Contrato de trabalho em funções públicas (funcionários que transitaram de outros serviços - característico do setor público). Contrato individual de trabalho (característico do setor privado).
Estrutura	Órgãos de Administração - Conselho de Administração (CA) composto por dois membros executivos (diretor e administrador delegado) e por dois membros não executivos (diretor clínico e enfermeiro diretor). Órgãos de direção técnica (distinção entre funções de administração e de direção técnica). Órgão de fiscalização. Órgão de apoio técnico.
Relação com a tutela	Ministério das Finanças - matéria de natureza económica e financeira. Ministério da Saúde - função de orientação e de responsabilização.
Financiamento	Contratualizado através de contrato programa negociado com a ARS. Este contrato permite uma maior responsabilização da gestão perante o Ministério da Saúde.
Fiscalização	Comissão de fiscalização (Ministérios das Finanças e Saúde). Agência de Acompanhamento dos Serviços de Saúde.
Práticas de Gestão	Aplicação da gestão empresarial (instrumentos de gestão privada) a um hospital público. Contratualização do financiamento em função das atividades a realizar. Estabelecimento de incentivos aos profissionais. Agilização de contratos de meios necessários a um bom funcionamento. Criação de centros de responsabilidade. Maior flexibilidade no aprovisionamento. Contratação de bens e serviços efetuada por normas do direito privado. Implementação de uma unidade base de organização (SAM). Avaliação de desempenho por um conjunto de indicadores que incluem avaliações individuais, avaliações quantitativas da produção e custos unitários e satisfação dos utentes. O CA pode ser dissolvido por desvio substancial entre os orçamentos e a respetiva execução ou por deterioração dos resultados da atividade, incluindo a qualidade dos serviços prestados e os seus membros são livremente exonerados, com fundamento em mera conveniência de serviço. Responsabilização dos gestores. Diretor clínico e o enfermeiro-diretor têm uma forma de nomeação que é da competência do Ministro da Saúde, sob proposta do diretor do hospital - enquanto que nos hospitais públicos tradicionais a nomeação foi precedida pela votação dos pares (entre 1996 e 2002). O Conselho Geral é constituído pelo Governo, autarquias e profissionais de saúde que reúnem quatro vezes ano.

Fonte: Elaboração própria

Este modelo foi replicado em 1999 (mesmo antes da sua avaliação) no Hospital Pedro Hispano, contudo, com uma inovação associada, dado que foi acrescentada à pretensão de empresarializar as unidades hospitalares, uma aproximação da unidade hospitalar aos centros

de saúde, formando um sistema local de saúde, designado por unidade local de saúde (Simões, 2004b).

### 3.3.3. O modelo de gestão da Unidade Local de Saúde de Matosinhos

A ULSM foi criada pelo Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de junho, através da integração do Hospital de Pedro Hispano e dos Centros de Saúde de Matosinhos, da Senhora da Hora, de São Mamede de Infesta e de Leça da Palmeira (Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de junho). No preâmbulo deste diploma é constatada a imperiosidade de satisfazer as necessidades dos utentes com elevados níveis de qualidade, o que impõe uma nova experiência de gestão que integrasse numa única entidade pública os vários serviços disponibilizados pelo SNS num único município<sup>50</sup>. No artigo 2º do diploma que constitui esta unidade, estão referidas como atribuições da ULS a "prestação global de cuidados de saúde à população da sua área de influência, directamente através dos seus serviços ou indirectamente através da contratação com outras entidades" e ainda a função de "assegurar as actividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica abrangida".

O modelo de gestão é idêntico ao implementado em 1998 no Hospital de São Sebastião. No entanto, é introduzida uma inovação na organização dos serviços de saúde ao integrar numa única entidade todas as instituições do SNS que prestam cuidados de saúde à população (hospital e centros de saúde) e são por ela responsáveis no concelho de Matosinhos, Senhora da Hora, São Mamede de Infesta e Leça da Palmeira (Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de junho).

Repare-se que um mês antes da publicação do diploma que cria a ULSM tinha sido redatado o Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de maio, que "estabelecia o regime legal dos sistemas locais de saúde (SLS), constituído pelos centros de saúde, hospitais e outros serviços e instituições, públicas e privadas, com ou sem fins lucrativos, com intervenção direta ou indireta, no domínio da saúde", aos quais "cabia no âmbito da respetiva área geográfica, a promoção da

---

<sup>50</sup> A Ministra da Saúde, Maria de Belém Roseira, entendeu que uma das razões da insatisfação dos cidadãos e de aumento de custos (por atos desnecessários) teria por base uma falta de articulação das diversas unidades públicas de saúde (Simões, 2004b).

saúde, a continuidade da prestação de cuidados e a racionalização da utilização dos recursos" (preâmbulo do Decreto-Lei n.º156/99, de 10 de maio).

De acordo com OPSS (2006), a criação da ULS consistiu numa primeira experiência de gestão integrada de um hospital já em atividade, com centros de saúde também já em atividade (OPSS, 2006). Contudo, é importante não confundir esta experiência de gestão com os modelos do Sistema Local de Saúde (SLS) (Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de maio). Na ULSM o Conselho de Administração detém as competências de gestão estratégica e executiva, enquanto no modelo SLS as várias instituições mantêm os seus órgãos e competências próprios, ficando apenas confinados ao conselho coordenador (órgão de definição estratégica). Tratou-se de um modelo de organização inovador e integrador dos serviços que são prestados aos cidadãos, não separando ao nível da gestão, os cuidados primários e hospitalares (Simões, 2004b). Os hospitais e centros de saúde negociavam separadamente com diferentes interlocutores da ARS do Norte até 2002, pois a gestão operava-se de forma descentralizada, coexistindo o centro de responsabilidade hospitalar, o centro de responsabilidade dos cuidados primários e o centro de responsabilidade de saúde pública (Barreiro, 2005; Simões, 2004b).

A ARS Norte elaborou um estudo prévio para implementação deste modelo. Nas conclusões destas avaliações foram apresentados alguns pontos fortes que motivaram esta experiência inovadora nesta região. O quadro seguinte apresenta algumas destas considerações de circunstâncias favoráveis ao modelo.

Quadro 3.10 - Fatores facilitadores da aplicação do modelo da ULS em Matosinhos

Condições favoráveis para implementação da ULS de Matosinhos (ARS Norte)
Área geográfica bem definida.
Área geográfica predominantemente urbana.
Uma boa capacidade de resposta (cobertura da população) constituída pela associação entre a unidade hospitalar (Hospital Pedro Hispano) e os centros de saúde.
Facilidade em recrutar recursos humanos, dada a grande proximidade à cidade do Porto.
Região geográfica com vários prestadores privados de cuidados de saúde, o que permite o estabelecimento de acordos/convenções em complementaridade com o serviço público.
O fácil acesso a um hospital central, pela proximidade ao Hospital de São João.
A experiência anterior no HSS, que justifica a necessidade de envolver os cuidados de saúde primários para melhorar o desempenho do modelo de gestão.
O interesse pela experiência manifestado pela administração do Hospital Pedro Hispano.

Fonte: Simões (2004b)

A atividade da ULS é desenvolvida com base na contratualização da produção realizada com a ARS Norte através de uma Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde, tendo por base a política de saúde definida pelo executivo (OPSS, 2006; artigo 5º Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de maio). Estava preconizado pelo diploma criador desta unidade o desenvolvimento de estruturas e serviços adequados ao bom desempenho e à adequada gestão de recursos centrados no utente (artigo 6º, Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de maio).

De acordo com o Relatório de Atividades da ULSM do ano de 2000, a metodologia de negociação do contrato-programa não teve em conta a especificidade da Unidade Local de Saúde de Matosinhos. A gestão descentralizada consistia na criação de três grandes centros de responsabilidade<sup>51</sup>: um para os cuidados hospitalares, outro para cuidados de saúde primários e outro para os cuidados de saúde pública (artigo 7º, Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de maio). Ou seja, as negociações com a ARS Norte eram independentes para o hospital e para os centros de saúde (Relatório de Atividades da ULSM, 2000). Contudo, no planeamento de atividades para o contrato-programa de 2002 foi discutida a contratualização com a ULSM de uma forma centralizada.

O Conselho de Administração<sup>52</sup> traduz as duas componentes da prestação de cuidados e é composto por uma comissão executiva (presidente do conselho de administração, dois vogais) e não executiva (dois diretores clínicos, um para os cuidados hospitalares e outro para os cuidados primários, o enfermeiro-diretor e também um representante da Câmara Municipal<sup>53</sup>). O Conselho Geral é representado por entidades públicas e privadas, que desenvolvem atividades direta ou indiretamente relacionadas com a saúde no município de Matosinhos (Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de junho). A responsabilização dos órgãos de gestão da ULS encontra-se definida no artigo 4º, cuja redação refere que os titulares destes órgãos "respondem civilmente perante esta pelos prejuízos causados pelo incumprimento dos seus deveres legais ou regulamentares".

---

<sup>51</sup> Os centros de responsabilidade são definidos como "estruturas operacionais que deverão corresponder a níveis de gestão intermédia e dispor de autonomia compatível com a unidade de ação, agrupando unidades funcionais segundo critérios que garantam a homogeneidade e ou a afinidade da respetiva actividade" (artigo 7º Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de Junho).

<sup>52</sup> A dissolução do CA pode ser motivada por decisão do Ministro da saúde, quando o CA não tenha tomado as medidas necessárias e sejam verificadas a deteiorização dos resultados da atividade, a perda de qualidade dos serviços e a existência de desvios entre o orçamento/execução do contrato (artigo 19º).

<sup>53</sup> Apenas nos conselhos consultivos e conselhos gerais dos hospitais.

A prestação de contas da ULS é definida pela apresentação às entidades competentes de um conjunto de documentos, entre os quais: o relatório de gestão, o relatório anual da comissão de fiscalização, a demonstração de resultados, o balanço analítico e outros documentos previstos no POC das instituições e serviços de saúde (artigo 35°).

Tal como previsto para o HSS, este regime também é experimental na ULSM, revisto ao fim de três anos, “em função da avaliação sistemática dos resultados qualitativos e quantitativos (...) da mesma, dependendo a decisão de prorrogação, cessação, alteração ou consolidação da atribuição deste estatuto” (artigo 38° do Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de junho).

Os recursos humanos foram transferidos das unidades já existentes, que passaram agora a integrar a ULS. Coexistiam funcionário e agentes da administração pública (ou em mobilidades regidos pelos artigos 21.º e 22.º do Estatuto do SNS) e outros profissionais com contrato individual de trabalho. No entanto, no artigo 36° estava prevista a implementação de instrumentos de regulamentação coletiva de trabalho. A retribuição aos funcionários da ULSM observava a atribuição de incentivos (prémios de assiduidade, produtividade e de desempenho) e de bolsas de formação (Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de junho). A responsabilização perante o Ministério da Saúde tinha como base o contrato-aprovado pela Administração Regional de Saúde (Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de junho).

O relatório de atividades da ULSM refere algumas das omissões mais significativas no diploma criador da unidade, em particular:

- O regulamento da ULSM;
- A criação do quadro de pessoal da ULSM;
- A definição dos parâmetros da negociação coletiva;
- O despacho de fixação das remunerações dos membros do Conselho de Administração;
- A criação da Comissão de Fiscalização (Relatório de Atividades da ULSM, 2000).

O CA desta ULS referiu que desde o ponto inicial do desenvolvimento das suas ações, encarou diversas dificuldades, entre as quais a própria demora da publicação do diploma de criação da unidade, as posições sindicais referentes à coexistência de duas formas de contratação de recursos humanos e a difícil gestão equilibrada entre a gestão hospitalar e os médicos dos CSP (Relatório de Atividades da ULSM, 2000).

Ao nível da fiscalização, tal como no Hospital de São Sebastião, foi criada uma comissão constituída por dois vogais nomeados pelo Ministério das Finanças e um vogal nomeado pelo Ministro da Saúde, que deveriam zelar pelo cumprimento das normas da ULSM (Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de junho)<sup>54</sup>. As principais funções desta comissão centram-se no cuidado pelo respeito das normas legais, regulamentares e contratuais nomeadamente: na análise periódica da contabilidade a seguir; no acompanhamento da execução dos planos financeiro e de atividade; na determinação dos valores contabilísticos e patrimoniais; na verificação do rigor do balanço, demonstração de resultados e da conta de exploração; na preparação de relatórios trimestrais e anuais a enviar à tutela; na comunicação às entidades competentes de irregularidades observadas na gestão e por fim na pronúncia sobre a legalidade e conveniência dos atos do CA (artigo 26º).

Nas disposições finais e transitórias do Decreto-Lei que cria a ULSM, está determinado que a avaliação do desempenho da unidade se faria através de uma comissão de acompanhamento, constituída por um corpo técnico designado pela ARS Norte, por representantes do município, das organizações sindicais e das organizações de utentes (Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de junho)<sup>55</sup>. Uma avaliação a este modelo foi realizada pela pelo próprio Conselho de Administração da ULS de Matosinhos em 2000, que estabeleceu uma análise SWOT. O quadro seguinte apresenta os resultados desta análise.

---

<sup>54</sup> Esta comissão não passou de uma intenção, nunca chegou a reunir (Simões, 2004b).

<sup>55</sup> Esta comissão reuniu, pela primeira vez, no dia 4 de Junho de 2001 (Simões, 2004b).



Quadro 3.11 - Análise SWOT ao modelo de gestão da ULS de Matosinhos (2000)

Forças	Fraquezas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enquadramento legal propício;</li> <li>• Representação ajustada do Conselho de Administração;</li> <li>• Promoção do incentivo aos profissionais;</li> <li>• Articulação entre níveis de cuidados de saúde;</li> <li>• Adequadas instalações e equipamentos no Hospital, abertas aos centros de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Precaridade do período experimental (3 anos);</li> <li>• Existência de cidadãos sem médico de família (cerca de 25 000);</li> <li>• Elevadas expetativas salariais dos funcionários;</li> <li>• Falta de pessoal técnico, nomeadamente enfermeiros;</li> <li>• Carências qualitativas do pessoal administrativo nos centros de saúde;</li> <li>• Instalações deficientes no Centro de Saúde de Leça da Palmeira;</li> <li>• Ausência de compatibilidade entre o sistema informático da unidade hospitalar e dos Centros de Saúde;</li> <li>• Dificuldades de acesso a consultas de especialidade e a cirurgias;</li> <li>• Cultura organizacional instalada não adequada à natureza empresarial do projeto.</li> </ul>
Ameaças	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mudança de planos do Ministério da Saúde relativamente à aplicação do projeto;</li> <li>• Poder negocial dos interesses profissionais instalados;</li> <li>• Inexistência de critérios de financiamento adequados à ULSM;</li> <li>• Ao nível do CSP, constituem ameaças as eventuais áreas de sobreposição na passagem de competências da Sub-região de Saúde do Porto para a ULSM;</li> <li>• Dificuldade de integração da organização específica dos regimes remuneratórios experimentais na organização dos cuidados primários pretendidos pela ULSM.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilidade de implementar uma metodologia de financiamento adaptada ao conceito de ULS;</li> <li>• Possibilidade de utilização da rede de cuidados primários como uma verdadeira linha da frente junto das populações;</li> <li>• Possibilidade de potenciar o acompanhamento dos utentes em cuidados de saúde após alta da unidade hospitalar;</li> <li>• Integração vertical da prestação de cuidados, com ganhos de eficiência e de efetividade;</li> <li>• Possibilidade de integração da saúde pública num contexto de cuidado mais amplo;</li> <li>• Possibilidade de efetivar protocolos e desenvolver parcerias com outros sectores sociais.</li> </ul>

Fonte: ULS Matosinhos (2000)

Em suma, apresentam-se as principais características deste modelo.

Quadro 3.12 - Características do modelo de gestão implementado na Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Unidade Local de Saúde de Matosinhos	
Gestão	Natureza empresarial com um novo modelo que integra numa única entidade todas as instituições do SNS que prestam cuidados de saúde à população e são por ela responsáveis no município de Matosinhos.
Duração	Regime experimental com revisão programada ao fim de três anos.
Regime de contrato	Contrato de trabalho em funções públicas (recursos humanos transferidos das unidades já existentes que integraram agora a ULS). Contrato individual de trabalho.
Órgãos Sociais	Conselho Geral. Conselho de Administração. Órgãos de direção técnica. Comissão de fiscalização.
Relação com a tutela	Tem como base o contrato-programa aprovado pela Administração Regional de Saúde.

Financiamento	<p>A contratualização da produção é realizada com a ARS Norte através de uma Agência de Contratualização.</p> <p>Contratualização entre os hospitais e centros de saúde que negociavam separadamente com diferentes interlocutores da ARS Norte até 2002.</p> <p>A partir de 2002, o contrato-programa contempla a contratualização com a ULSM de uma forma centralizada.</p>
Fiscalização	<p>Comissão de fiscalização, constituída por dois vogais nomeados pelo Ministério das Finanças e um vogal nomeado pelo Ministro da Saúde, deveria zelar pelo cumprimento das normas da ULSM.</p>
Práticas de Gestão	<p>Modelo integrador, que potencia a racionalidade na utilização dos recursos e a satisfação dos utilizadores.</p> <p>A contratualização da produção é realizada com a ARS Norte através de uma Agência de Contratualização.</p> <p>Um único órgão gere um hospital - o Hospital de Pedro Hispano - e quatro centros de saúde e tem como função a prestação global de cuidados de saúde à população da área de influência.</p> <p>O Conselho de Administração apresenta uma diferente composição como consequência de um maior envolvimento da autarquia e da integração do hospital e dos centros de saúde.</p> <p>Verificou-se uma participação social orgânica excessiva, para a qual não haveria nem capacidade, nem cultura para a resposta dos potenciais interessados, autarquias, sindicatos, organizações não-governamentais e nem Estado para a cumprir.</p> <p>No ano de 2002 a ULSM foi encarada como parceira única para o processo de programação, negociação e avaliação. Até este momento, o hospital e centros de saúde negociavam separadamente na ARS;</p> <p>Apresentava dois regimes de contratação de pessoal: Os contratos dos funcionários públicos e os contratos individuais de trabalho. Contemplava a atribuição de incentivos na forma de prémios de assiduidade, produtividade e desempenho, e atribuição de bolsas de formação.</p>

Fonte: Elaboração própria

### 3.3.4. O modelo de gestão do Hospital do Barlavento Algarvio

O Hospital do Barlavento Algarvio foi criado pelo Decreto-Lei n.º370/98, de 23 de novembro como "pessoa coletiva de direito público, dotada de autonomia administrativa e financeira", nos termos do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro (artigo 1º Decreto-Lei n.º 370/98, de 23 de novembro).

O mesmo documento legal que criou o HBA colocou-o em regime de instalação, estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 215/97, de 18 de agosto<sup>56</sup> até 31 de dezembro de 1999 (artigo 2º Decreto-Lei n.º 370/98, de 23 de novembro). A aplicação deste regime era motivada pela reconhecida inovação necessária ao modelo de gestão dos hospitais, de modo a implementar técnicas e instrumentos de gestão mais flexíveis que facultam uma maior autonomia, contrariando as tradicionais normas de gestão indexadas à Administração Pública (Harfouche, 2008). A

<sup>56</sup> "Estabelece normas sobre o período de instalação, as competências da comissão instaladora e as formas de constituição dos quadros de pessoal".

natureza empresarial foi implementada com o Decreto-Lei n.º 76/2001, de 27 de fevereiro, que assim estabelece o novo estatuto jurídico aplicável ao Hospital do Barlavento Algarvio e faz cessar o seu regime de instalação a 31 de dezembro de 2000.

A introdução do estatuto de hospital empresa a esta unidade do SNS, proposto pela Comissão Instaladora, foi precedida de um estudo prévio. Das conclusões desta avaliação foi considerada a aplicação dos novos modelos de gestão como propicia ao aumento da eficiência e redução de custos (Harfouche, 2012). Assim, foi introduzido de modo estrito o modelo aplicado no HSS (Decreto-Lei n.º 76/2001, de 27 de fevereiro). A natureza empresarial aplicada a este hospital público (gerida numa lógica do interesse público), tinha como objetivo modernizar a gestão hospitalar com instrumentos, técnicas e métodos flexíveis e ágeis, característicos da gestão empresarial privada. Nestas novas práticas de gestão, tal como verificado no Hospital de São Sebastião, estavam incluídos a contratualização do financiamento em função das atividades, os incentivos aos profissionais de saúde e a agilização da contratação dos meios necessários ao seu funcionamento (preâmbulo do Decreto-Lei n.º 76/2001, de 27 de fevereiro).

Os órgãos sociais desta instituição compreendem um órgão consultivo (Conselho Geral), um órgão de administração (Conselho de Administração), os órgãos de direção técnica, o órgão de fiscalização e os órgãos de apoio técnico. O Conselho de Administração (CA) é composto por dois membros executivos (diretor e administrador delegado) e por dois membros não executivos (diretor clínico e enfermeiro diretor) (Decreto-Lei n.º 76/2001, de 27 de fevereiro).

A fiscalização da atividade do hospital e dos seus órgãos é exercida pela comissão de fiscalização.

Estava prevista nas disposições finais deste diploma, a revisão findos três anos deste regime agora aplicado. A decisão de prorrogação, cessação ou consolidação estaria assim pendente da avaliação sistemática dos resultados qualitativos e quantitativos a cargo da Administração Regional de Saúde do Algarve e da Direção Geral da Saúde. Para este efeito, o acompanhamento do modelo agora aplicado é desenvolvido por uma comissão constituída por um grupo técnico nomeado pela ARS do Algarve e por representantes dos municípios e dos órgãos sindicais (artigo 45º, n.º 1 e 2, Decreto-Lei n.º 76/2001, de 27 de fevereiro).

Em suma, apresentam-se as principais características deste modelo.

Quadro 3.13 - Características do modelo de gestão implementado no Hospital do Barlavento Algarvio

Hospital do Barlavento Algarvio	
Gestão	Natureza empresarial (práticas e instrumentos do direito privado).
Duração	Regime experimental com revisão programada ao fim de três anos.
Regime de contrato	Contrato de trabalho em funções públicas (funcionários que transitaram de outros serviços (Hospital Distrital de Portimão) - caraterístico do setor público). Contrato individual de trabalho (caraterístico do setor privado).
Estrutura	Órgãos de Administração - Conselho de Administração (CA) composto por dois membros executivos (diretor e administrador delegado) e por dois membros não executivos (diretor clínico e enfermeiro diretor). Órgãos de direção técnica (distinção entre funções de administração e de direção técnica). Órgão de fiscalização. Órgão de apoio técnico.
Relação com a tutela	Ministério das Finanças - matéria de natureza económica e financeira. Ministério da Saúde - função de orientação e de responsabilização.
Financiamento	Contratualizado através de contrato programa negociado com a ARS. Este contrato permite uma maior responsabilização da gestão perante o Ministério da Saúde.
Fiscalização	Comissão de fiscalização (Ministérios das finanças e Saúde). Agência de Acompanhamento dos Serviços de Saúde.
Práticas de Gestão	Aplicação da gestão empresarial (instrumentos de gestão privada) a um hospital público. Contratualização do financiamento em função das atividades a realizar. Estabelecimento de incentivos aos profissionais. Agilização de contratos de meios necessários a um bom funcionamento. Criação de centros de responsabilidade. Implementação de uma unidade base de organização (SAM). Avaliação de desempenho por um conjunto de indicadores que incluem avaliações individuais, avaliações quantitativas da produção e custos unitários e satisfação dos utentes. O CA pode ser dissolvido por desvio substancial entre os orçamentos e a respetiva execução ou por deterioração dos resultados da atividade, incluindo a qualidade dos serviços prestados e os seus membros são livremente exonerados, com fundamento em mera conveniência de serviço. Responsabilização dos gestores. Diretor clínico e o enfermeiro-diretor têm uma forma de nomeação que é da competência do Ministro da Saúde, sob proposta do diretor. O Conselho Geral é constituído pelo Governo, autarquias e profissionais de saúde que reúnem quatro vezes ano.

Fonte: Elaboração própria

3.3.5. Pontos divergentes/convergentes das experiências de gestão

Quadro 3.14 - Experiências de gestão no Hospital Fernando da Fonseca, Hospital de São Sebastião, ULS Matosinhos e Hospital do Barlavento Algarvio

	Hospital Prof. Dr. Fernando da Fonseca	Hospital de São Sebastião	U.L.S. de Matosinhos	Hospital do Barlavento Algarvio
Gestão	Concessão da gestão a entidade privada.	Natureza empresarial.	Natureza empresarial que integra centros de saúde.	Natureza empresarial.
Duração do Contrato	Validade de um ano, renovável por iguais períodos, não podendo ser denunciado nos primeiros cinco anos.	Regime experimental com revisão programada ao fim de três anos.	Regime experimental com revisão programada ao fim de três anos.	Regime experimental com revisão programada ao fim de três anos.
Órgãos Sociais	Conselho de Administração; Direção geral; Direção técnica.	Conselho Geral; Conselho de Administração; Órgãos de direção técnica; Órgãos de fiscalização; Órgãos de apoio técnico.	Conselho Geral; Conselho de Administração; Órgãos de direção técnica; Comissão de fiscalização.	Conselho Geral; Conselho de Administração; Órgãos de direção técnica; Órgãos de fiscalização; Órgãos de apoio técnico.
Contratação de pessoal	CIT.	CTFP e CIT.	CTFP e CIT.	CTFP e CIT.
Tutela	Ministério da Saúde; Ministério das Finanças.	Ministério da Saúde; Ministério das Finanças.	Ministério da Saúde; Ministério das Finanças.	Ministério da Saúde; Ministério das Finanças.
Relação com a tutela	Contrato de concessão.	A tutela define as linhas orientadoras e de responsabilização económica e financeira.	A tutela define as linhas orientadoras e de responsabilização económica e financeira.	A tutela define as linhas orientadoras e de responsabilização económica e financeira.
Financiamento	Público (prospetivo); Privado.	Público (prospetivo)	Público (prospetivo)	Público (prospetivo)
Contratualização	Contratualização do financiamento em função das atividades com a ARS.	Contratos-programa propostos pelo HSS e aprovados pela Administração Regional de Saúde do Norte.	Contratos-programa propostos pela ULSM e aprovados pela Administração Regional de Saúde do Norte.	Contratos-programa propostos pelo HBA e aprovados pela Administração Regional de Saúde do Algarve.
Fiscalização e acompanhamento	Agência de Acompanhamento ARSLVT; Comissão de acompanhamento externo.	Comissão de fiscalização; Agência de Acompanhamento dos Serviços de Saúde.	Comissão de fiscalização.	Comissão de fiscalização; Agência de Acompanhamento dos Serviços de Saúde.
Práticas de gestão inovadoras <sup>57</sup>	Concessão a uma entidade privada; Maior responsabilização dos órgãos de gestão;	Gestão empresarial (instrumentos de gestão privada) aplicada a um hospital público;	Gestão integrada de hospital e quatro centros de saúde, que potencia a racionalidade na utilização dos	Gestão empresarial (instrumentos de gestão privada) aplicada a um hospital público;

<sup>57</sup> Apenas se refere em cada hospital as medidas inéditas introduzidas na criação do respetivo diploma.

<p>                     Separação entre as funções de administração e direção técnica;                      Uma intervenção profissional limitada à área técnica;                      Utilização de regras de direito privado na contratação e na aquisição de bens e serviços;                      Estabelecimento de incentivos aos profissionais;                      Instrumentos do direito privado;                      Mecanismos típicos de mercado;                      Estabelecimento de um contrato de concessão com a ARS.                 </p>	<p>                     Contratualização do financiamento em função das atividades a realizar;                      Agilização de contratos de meios necessários a um bom funcionamento;                      Criação de centros de responsabilidade;                      Implementação de uma unidade base de organização (SAM) ;                      Avaliação de desempenho individual, da produção;                      Promoção da satisfação dos utentes;                      Prevê a dissolução do CA;                      Responsabilização dos gestores;                      Diretor clínico e o enfermeiro-diretor nomeados pelo Ministro da Saúde, sob proposta do diretor do Hospital;                      Conselho Geral constituído por membros do Governo, autarquias e profissionais de saúde e reúne quatro vezes ano.                 </p>	<p>                     recursos e a satisfação dos utilizadores;                      A contratualização da produção é realizada de forma global para toda a ULS com a ARS (a partir de 2002);                      O Conselho de Administração reflete o maior envolvimento da autarquia e da integração do hospital e dos centros de saúde.                 </p>	<p>                     Contratualização do financiamento em função das atividades a realizar;                      Agilização de contratos de meios necessários a um bom funcionamento;                      Criação de centros de responsabilidade;                      Implementação de uma unidade base de organização (SAM) ;                      Avaliação de desempenho individual, da produção;                      Promoção da satisfação dos utentes;                      Prevê a dissolução do CA;                      Responsabilização dos gestores; ;                      Diretor clínico e o enfermeiro-diretor nomeados pelo Ministro da Saúde, sob proposta do diretor do Hospital;                      Conselho Geral constituído por membros do Governo, autarquias e profissionais de saúde e reúne quatro vezes ano.                 </p>
---	---	---	---

Fonte: Elaboração própria

Quadro 3.15 - Principais características comuns às três experiências de gestão empresarial

Pontos comuns às experiências de gestão realizadas	
Duração da experiência	Período de 3 anos, seguidos de uma avaliação pelas comissões de acompanhamento que dita a decisão de prorrogação, cessação ou consolidação.
Financiamento	Controlo financeiro efetuado por uma comissão de fiscalização. Financiamento proporcional à produção.
Relação contratual com a tutela	Através de contratos-programa, com planeamento da atividade e financeiro plurianual - maior autonomia.
Risco de gestão	Partilhado entre a tutela e o conselho de administração, cujos elementos podem ter de responder em processo civil ou penal em caso de má gestão.
Organização interna	Através de centros de custos e responsabilidades. Regras de contratualização interna.
Contratação de pessoal	Admissão em contrato individual de trabalho. Garantido o ingresso na função pública em caso de cessação da experiência. Opção pelo regime de aposentação pública. Opção de cobertura pela ADSE.

Fonte: Documentos legais que regulam as experiências de gestão (Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de junho; Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de junho; Decreto-Lei n.º 76/2001, de 27 de fevereiro; Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/2001, de 16 de novembro).

Estas experiências de gestão empresarial (HSS, ULS de Matosinhos e HBA) foram terminadas em 2002. O motivo desta cessação foi despoletado pelas novas medidas do executivo em proceder à empresarialização em larga escala dos hospitais públicos do SNS (Barros, et al., 2011; Oliveira & Pinto, 2005).

O quadro seguinte representa esquematicamente os principais documentos legais da evolução da gestão hospitalar até ao final de 2001.

Quadro 3.16 - Principais documentos legais na evolução dos hospitais até ao ano 2001

1946	1958	1961	1963	1968	1977	1988
Lei de Bases da Organização Hospitalar (Lei n.º 2011, de 2 de abril)	Ministério da Saúde e Assistência (Decreto-Lei n.º 41825, de 13 de agosto).	Direcção-Geral dos Hospitais (Decreto-Lei n.º 43853 de 10 de agosto)	Estatuto de Saúde e Assistência (Lei n.º 2120, de 19 de Julho)	Estatuto Hospitalar (Decreto n.º 48357, de 27 de abril) Regulamento Geral dos Hospitais (Decreto-Lei n.º 48358, de 27 de abril)	Lei orgânica hospitalar (Decreto-Lei n.º 129/77, de 2 de abril)	Lei de gestão hospitalar (Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro)

1990	1993	1994	1995	1998	1999	2001
Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 40/90, de 4 de agosto)	Estatuto do SNS (Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro)	Aprovação cadernos de encargos tipo para contratos de gestão no SNS (Portaria n.º 704/94, de 25 de julho)	Contrato de gestão do HFF com Sociedade Gestora Amadora-Sintra	Gestão empresarial do HSS (Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de junho)	Cria a ULS de Matosinhos (Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de junho)	Gestão empresarial do HBA (Decreto-Lei n.º 76/2001, de 27 de fevereiro) EMPS (Res. do Conselho de Ministros n.º 162/2001, de 16 de novembro)

Fonte: Elaboração própria



## 4. A EMPRESARIALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS PÚBLICOS

O modelo normativo para a organização e gestão dos hospitais públicos, datado de 1988 e aplicado aos hospitais SPA, apresentava algumas limitações, tendo sido objeto de críticas. Em 2001/2002, era consensual a necessidade de mudança para um modelo inovador de características empresariais, num sistema misto que conjugasse as características da gestão privada com as exigências e as especificidades do setor público.

Neste capítulo será abordada a emergência de um novo modelo, perante o quadro legal definido para a gestão hospitalar, antes de 2002, e a necessidade de revê-lo, dando origem ao conceito de hospital empresa. De seguida, num segundo ponto, serão analisadas as principais medidas políticas implementadas a partir de 2002, que tiveram como objeto a empresarialização das unidades hospitalares, os estatutos jurídicos aplicados e as formas de organização deste nível de cuidados. Num terceiro ponto será caracterizado o modelo de gestão empresarial dos hospitais S.A. e EPE e apresentadas as influências que a empresarialização teve no modelo de gestão dos hospitais que continuaram no Setor Público Administrativo.

### 4.1. A emergência de um novo modelo de gestão para os hospitais

A conceção de uma gestão empresarial para os hospitais públicos portugueses encontrava-se prevista nos primórdios do modelo de gestão hospitalar, que esteve na base do desenvolvimento destas unidades. A primeira referência ocorreu no Estatuto Hospitalar de 1968 (Decreto-Lei n.º 48357/68 de 27 de abril, artigo 35º), que preconizava a administração e organização das unidades hospitalares em termos de gestão empresarial. A segunda referência verificou-se com o Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro, que abordava os princípios de gestão empresarial, definindo que os hospitais “...devem organizar-se e ser administrados em termos de gestão empresarial” (Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro, artigo 7º). Também a Lei de Bases da Saúde - Base XXXVI (Lei n.º 48/90 de 24 de agosto) faz referência às regras de gestão empresarial aplicadas às unidades de saúde “a gestão das unidades de saúde deve obedecer, na medida do possível, a regras de gestão empresarial”. A gestão empresarial é sob o ponto de vista dos legisladores, considerada como uma medida facilitadora e potenciadora da eficiência dos hospitais públicos (Campos, 2003; Harfouche, 2008).

Em 1997 foram detetados pelo Grupo de Trabalho sobre o Estatuto Jurídico do Hospital, ineficiências no funcionamento e na organização dos hospitais portugueses. Este grupo de trabalho defendia a aplicação de uma natureza empresarial para os hospitais integrados no setor público, com o objetivo de proporcionar uma maior autonomia de gestão, com maior responsabilidade, enquadrada nas normas do direito privado, mas mantendo os princípios, valores, missão e objetivos que caracterizam as unidades do setor público (Ministério da Saúde, 1997). As experiências de gestão implementadas em Portugal no final dos anos 90, inícios do século XXI<sup>58</sup>, vieram de alguma forma tentar implementar, ainda que de uma forma experimental, aspetos da gestão privada nos hospitais públicos, através da concessão da gestão a um grupo privado e da adoção de estratégia empresarial nas unidades hospitalares do SNS. Este experimentalismo foi aplicado a um reduzido número de unidades, que não tiveram uma expressão significativa para generalizar o modelo (Harfouche, 2008).

As unidades hospitalares que não foram sujeitas à implementação de regras de gestão empresarial (projetos experimentais), mantiveram as regras de gestão, organização e funcionamento previstas pela Lei de Gestão Hospitalar de 1988. Estas unidades conduziram a uma ineficiência do sistema, manifestada por uma falta de produtividade, crescimento da despesa com os hospitais e uma insuficiente afetação de recursos (Pereira, 2005; Ribeiro, 2004). Desta forma, a prestação pública era pouco favorável à satisfação dos utentes e profissionais. Neste contexto, os utentes expressavam um desagrado com a prestação de serviços, argumentando fatores relacionados com a qualidade e com a produtividade (demora no atendimento e listas de espera). Os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos especializados) referiam uma desmotivação movida pelas condições de trabalho e carreiras em vigor (Campos, 2003). A gestão hospitalar reconhecia as suas limitações pela falta de autonomia<sup>59</sup> e pela inexistência de controlo/monitorização da produção e dos custos hospitalares (Harfouche, 2012; Ribeiro, 2004). Apesar destas questões internas, registava-se uma elevada procura pelos serviços de saúde, uma escassez eminente de recursos, um aumento de expectativas por parte dos cidadãos, quando recorriam aos hospitais públicos, e um

---

<sup>58</sup> Em 1998 o Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira (Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de junho). Em 1999, a Unidade Local de Saúde de Matosinhos (Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de junho). Em 2001, o Hospital do Barlavento Algarvio (Decreto-Lei n.º 76/2001, de 27 de fevereiro).

<sup>59</sup> A autonomia dos gestores antes de 2002 era muito limitada e estava presente desde a contratação de serviços, às compras, quer fossem de custos elevados ou reduzidos (Ribeiro, 2004).

aumento de custos (associados ao desenvolvimento tecnológico e científico e às debilidades decorrentes do envelhecimento da população) (Abreu, 2011).

A reestruturação das unidades hospitalares assentava em dois pilares. Por um lado, uma perspectiva económica e financeira e, por outro, uma componente social associada à essência e à natureza dos hospitais. É assim fundamental adaptar novos modelos de gestão. Para além da necessidade de organizar e reformar o setor hospitalar ao nível da sua gestão, estava também em jogo a sustentabilidade do sistema, com um aparente esgotamento que poderia pôr em causa a equidade no acesso (Bago D'uva, 2010).

Foram questões como a qualidade, a equidade no acesso, a responsabilização, a utilização de recursos escassos e limitados e a procura de eficiência da gestão, que fomentaram a aplicação de uma gestão empresarial nos hospitais portugueses e constituíram os objetivos fundamentais da reforma estrutural iniciada em abril de 2002 (Pereira, 2005). Dadas estas questões, era iminente a necessidade de “reformar o sistema que se encontrava imobilizado e sem objetivos” (Harfouche, 2012, p. 115).

Todos os fatores referidos em conjunto com as experiências de gestão implementadas, em particular o modelo aplicado ao HSS, funcionaram como um motor de arranque da empresarialização<sup>60</sup>, conduzindo à aplicação de uma gestão empresarial a mais hospitais do SNS (Ribeiro, 2004). Os objetivos que se propunham para esta reforma assentavam no seguinte: numa maior flexibilização da gestão efetivada (com um maior grau de autonomia); na implementação de uma nova cultura empresarial; na promoção de uma política de controlo de custos; no incremento de eficiência e qualidade para as unidades; em mecanismos de controlo de custos (contratualização, novos sistemas de custeio); num novo modelo de financiamento com base na contratualização da produção; numa maior satisfação dos recursos humanos e na aplicação de políticas que contemplem o cidadão no centro do sistema (Harfouche, 2012; Pereira, 2005).

---

<sup>60</sup> "A gestão empresarial era reclamada por todos os quadrantes políticos como a solução para o aumento da eficiência no nosso setor público hospitalar" (Ribeiro, 2004, p.64).

## 4.2. Principais medidas políticas implementadas com vista às reformas na gestão hospitalar

As medidas políticas que ditavam a empresarialização dos hospitais do SNS foram implementadas gradualmente com a publicação de diplomas legais, a partir de 2002<sup>61</sup>, que as consubstanciam<sup>62</sup> (Barros, et al., 2011). O quadro seguinte apresenta as principais redações legais observadas com vista à reforma da gestão hospitalar dos hospitais do SNS.

Quadro 4.1 - Principais diplomas legais publicados com vista à empresarialização das unidades hospitalares

Ano	Documento Legal	Publicação
2002	Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002, de 7 de março	D.R. I - Série B, n.º 56, p. 1868
2002	Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro	D.R. I - Série A, n.º 258, p. 7150
2003	Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de agosto	D.R. I Série A, n.º 191, p. 5219
2005	Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de julho	D.R. I Série A, n.º 109, p. 3636

Fonte: Elaboração própria

Neste ponto abordam-se todos estes diplomas, por ordem cronológica da sua publicação, e especificam-se as principais alterações/inoações por eles estabelecidas.

### 4.2.1. Implementação das condições base de empresarialização: a Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002, de 7 de março

Até ao ano 2002, a gestão hospitalar regia-se pelo Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro e pelo Decreto Regulamentar n.º 3/88, de 22 de janeiro. A publicação desta resolução veio estabelecer medidas, de modo a permitir a transformação de estabelecimentos públicos prestadores de cuidados hospitalares, indexados ao Setor Público Administrativo, em entidades públicas empresariais do Estado. Assim, o objetivo político para a gestão hospitalar acaba, a esta data, por passar do modelo de hospital como instituto público integrado no Setor Público Administrativo, para o Setor Empresarial do Estado (E.P.E.) (preâmbulo da

<sup>61</sup> Esta iniciativa iniciou-se no mandato do XIV Governo Constitucional, com António Correia de Campos. Porém, veio a concretizar-se no XV Governo (coligação), com Luís Filipe Pereira, que deu continuidade a esta medida (Simões, 2004b).

<sup>62</sup> Uma outra medida importante, com vista à reforma hospitalar, foi a promoção da participação privada através do estabelecimento de PPP na saúde (Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto).

Resolução de Conselho de Ministros n.º 41/2002, de 7 de março). Neste documento é defendida a figura E.P.E, “justificada pela maior proximidade com a natureza dos serviços cuja estrutura se intenta transformar”, mas ressalva que a hipótese de aplicação de um outro modelo “não prejudica que na devida altura se possa vir a recorrer ao modelo da sociedade comercial de capitais públicos”, que o legislador classifica como uma “espécie do mesmo género que é a empresa pública”<sup>63</sup>.

Esta medida estava igualmente prevista no PEC (2002-2005), apresentado à UE, no qual está presente o compromisso do Governo português em “converter em empresas públicas hospitalares 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” (PEC, 2001, p.18).

Esta reforma foi considerada urgente pelo executivo, de tal modo que deveria ser concretizada durante a execução orçamental de 2002. Assim, estava definido para o OE deste ano “a criação de estabelecimentos hospitalares e centros de saúde dotados de personalidade jurídica e autonomia administrativa e financeira” (artigo 4.º, n.º 2, Lei n.º 109-B/2001, de 27 de dezembro).

Para dar seguimento a esta política, no ano 2002, faz-se cumprir os desígnios definidos na Lei do Orçamento de Estado e no compromisso efetuado com a UE (PEC 2002-2005). Foi publicado, em Resolução do Conselho de Ministros, um procedimento para a identificação dos hospitais a empresarializar. Desta forma, o legislador salienta, no documento, que para o desenvolvimento deste processo é importante a participação das unidades hospitalares prestadoras de cuidados de saúde, das estruturas centrais do Ministério da Saúde e de outras entidades, como a ARS e a Estrutura de Missão Parcerias.Saúde<sup>64</sup>. De uma forma geral, pretendia-se que a iniciativa de empresarialização partisse do interesse manifestado pelas administrações das unidades hospitalares, que procederiam a um processo de candidatura, coordenado pela respetiva ARS. Após esta fase, seguir-se-ia uma avaliação das unidades e a seleção das que apresentariam as condições mais favoráveis. Por fim, as unidades

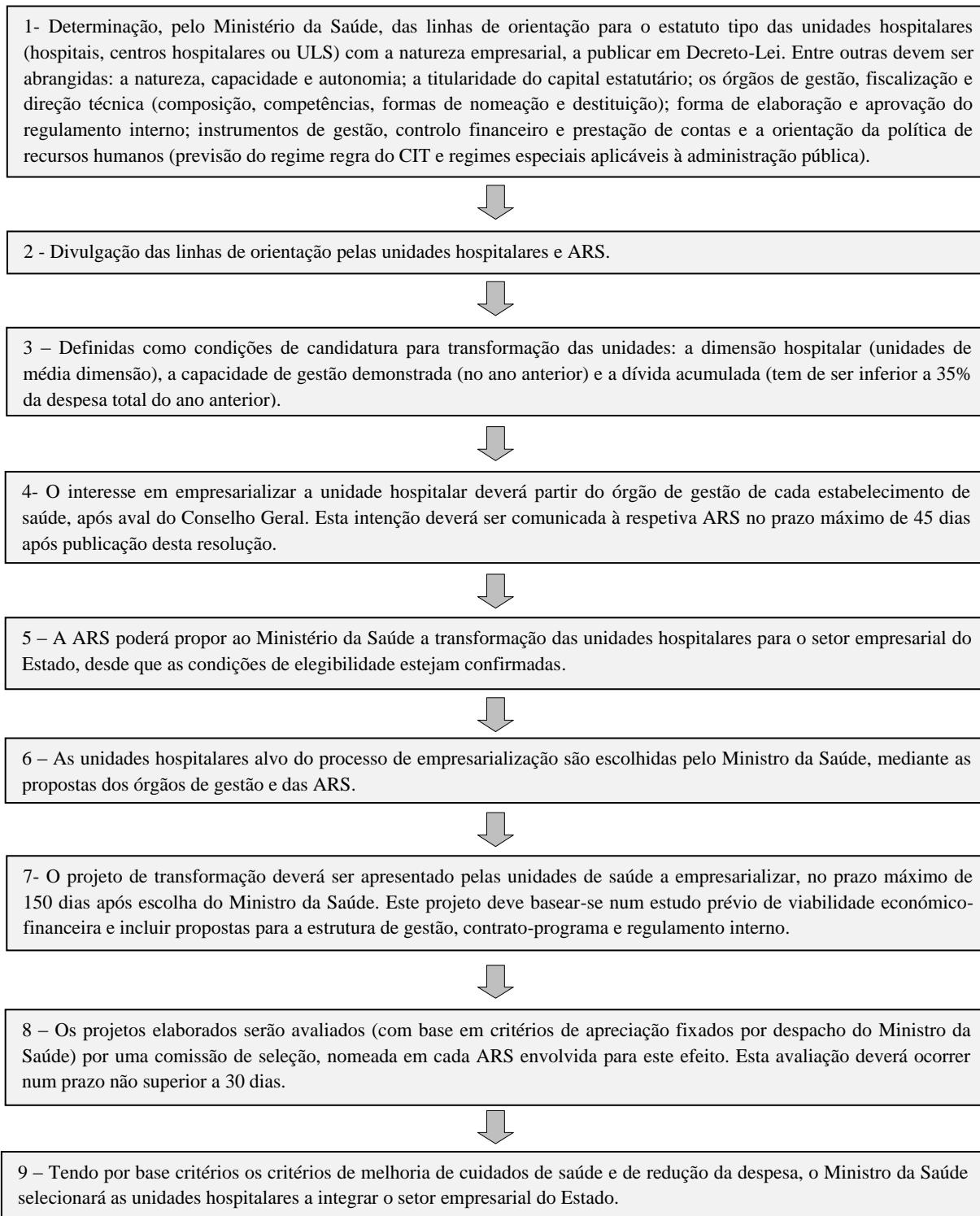
---

<sup>63</sup> Curiosamente, o modelo que se considera como opção é o que será implementado inicialmente.

<sup>64</sup> A esta entidade “cabera a coordenação central do processo de transformação estatutária em E.P.E., designadamente através da elaboração de linhas de orientação, instrumentos contratuais e de gestão, bem como a emissão de pareceres” (Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/2001, de 16 de novembro).

selecionadas seriam identificadas por despacho do Ministro da Saúde e posteriormente transformadas em empresas públicas por decreto-lei. De um modo sequencial, o quadro seguinte apresenta os passos definidos neste documento com vista à empresarialização.

Quadro 4.2 - Passos definidos para a execução da empresarialização dos hospitais



Fonte: Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002

Reunidas as condições necessárias para criar empresas públicas de prestação de cuidados hospitalares, era necessário definir o regime jurídico aplicável à gestão hospitalar.

#### 4.2.2. O regime jurídico da gestão hospitalar

A publicação da Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro (RJGH) alterou a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90) e revogou a lei de gestão hospitalar de 1988 (Decreto-Lei n.º 19/88). Estas alterações tiveram repercussões ao nível dos recursos humanos, financiamento e gestão.

Quadro 4.3 - Alterações induzidas na LBS pela publicação da Lei 27/2002

Base	Alteração
Base XXXI (Estatuto dos profissionais de saúde do SNS)	É alterado o regime legal aplicável aos profissionais de saúde do SNS, ficando previsto o contrato individual de trabalho e a contratação coletiva.
BASE XL (Profissionais de saúde em regime liberal)	Define que cabe ao Ministério da Saúde a regulamentação e fiscalização de atividades em saúde prestadas por profissionais em regime liberal, sem prejuízo das funções das respetivas ordens profissionais.
Base XXXIII (Financiamento)	É alterado o financiamento das unidades do SNS, que passa a ser efetuado por pagamento dos atos e atividades realizadas, de acordo com uma tabela de preços que contempla uma classificação de todos os serviços.
Base XXXVI (Gestão dos hospitais e centros de saúde)	Prevê a criação de unidades de saúde com a natureza de sociedades anónimas de capitais públicos.

Fonte: Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro

Este diploma tipifica cinco naturezas jurídicas para os hospitais integrados no sistema de saúde. Assim, as unidades hospitalares podem estar integradas:

- No Setor Público Administrativo (SPA);
- No setor empresarial do Estado (S.A. e E.P.E.);
- No setor privado;
- No setor público com gestão privada (HFF e as PPP).

O quadro 4.4 define cada um dos modelos jurídicos adoptados para as unidades hospitalares do sistema de saúde português.

Quadro 4.4 - Formas jurídicas aplicáveis aos hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde

Forma jurídica	Definição
Hospitais SPA	Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial.
Hospitais E.P.E.	Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial.
Hospitais S.A.	Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos.
Hospitais Privados	Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos.
Hospitais públicos geridos por outras entidades	Instituições e serviços do SNS geridos por outras entidades, públicas ou privadas, mediante contrato de gestão ou em regime de convenção por grupos de médicos, nos termos do Estatuto do SNS.

Fonte: Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro

Na prática, abriu-se a possibilidade para os hospitais revestirem diversas naturezas jurídicas. Através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002 e com a Lei n.º 27/2002, iniciou-se efetivamente a empresarialização com a transformação de 34 hospitais do Setor Público Administrativo, em 31 Sociedades Anónimas (S.A.) (Vaz, 2010). Esta transformação ocorreu um mês após a publicação do novo regime jurídico e efetivou-se pela publicação dos diplomas que geraram as novas unidades. Observe-se que contrariamente às experiências de gestão efetuadas no final dos anos 90, esta medida de empresarialização foi aplicada a um grande número de unidades, que representavam à data, cerca de um terço dos hospitais públicos (Rego, 2011).

É importante referir que empresarializar não significa privatizar as unidades hospitalares. Na privatização há uma alienação de capitais públicos para o setor privado com transferência da gestão e da titularidade (Simões, 2004a), ao passo que na empresarialização são introduzidas no setor público formas/normas/métodos de gestão e financiamento característicos da iniciativa privada (Nunes, 2013; Rego, 2011).

Independentemente do estatuto jurídico adotado para cada unidade hospitalar, a Lei n.º 27/2002 vem no seu capítulo I (do Anexo) estabelecer alguns aspetos normativos comuns, nomeadamente com a referência aos princípios gerais na prestação de cuidados de saúde (artigo 4º), aos princípios específicos da gestão hospitalar (artigo 5º), aos poderes do Estado



(artigo 6º), aos órgãos de poder das unidades (artigo 7º) e ao levantar a questão da prestação anual de contas das unidades (artigo 8º).

No que concerne aos princípios específicos da gestão hospitalar, o documento vem definir: a implementação de instrumentos de gestão previsional (planos de atividade, anuais e plurianuais, orçamentos, entre outros); a garantia de qualidade aos utentes; o controlo rigoroso de recursos; a implementação de uma gestão rigorosa; um modelo de financiamento baseado nos atos, de acordo com os preços tabulados ou com os acordos em vigor com o SNS; uma articulação positiva com os cuidados de saúde primários e a aplicação do Plano Oficial de Contas do Ministério da Saúde (POCMS) (artigo 5º, capítulo I do anexo à Lei n.º 27/2002).

O presente documento, no seu artigo 6º, reforça a posição reguladora do Estado ao definir os poderes que lhe são atribuídos, na pessoa do Ministro da Saúde. Entre outras funções, está enquadrada no poder de superintendência do Ministro: a definição de normas e critérios para a atuação dos hospitais; a fixação de objetivos pelos quais se devem reger a assistência nas unidades e a determinação de inspeções e auditorias. Por seu turno, os hospitais ficam obrigados a fornecer ao Ministro da Saúde documentos oficiais de prestação de contas, informação periódica de gestão que deverá conter a atividade realizada e os respetivos indicadores. Cabe ao Ministério da Saúde a divulgação anual de um relatório de avaliação das unidades hospitalares, que revele o desempenho e a eficiência das unidades hospitalares (artigo 8º).

Os hospitais, de acordo com esta disposição legal, deverão ter na sua estrutura órgãos de administração, de fiscalização, de apoio técnico e de consulta (artigo 7º).

O objetivo geral pretendido com esta política, de acordo com Pereira (2005), passava por estimular a valorização da eficiência, não comprometendo a qualidade dos cuidados. Para fazer face a este grande objetivo, foram tidas em conta um conjunto de metas mais específicas em diversas áreas<sup>65</sup> (quadro 4.5).

---

<sup>65</sup> Era comum a todos os decretos de transformação a referência a/aos: ganhos em saúde (para o cidadão); ganhos em eficiência; ganhos económicos e financeiros para o SNS; melhorias no desempenho; novo papel assumido pelo Estado; uma maior autonomia de gestão e respetiva responsabilização da mesma (Diplomas transformadores das unidades).

Quadro 4.5 - Metas definidas inicialmente para a empresarialização dos hospitais públicos

Áreas	Metas previstas
Cultura organizacional	Transição de uma cultura administrativa dominante para uma cultura de gestão empresarial, baseada na perspetiva da NPM.
Gestão	Promoção de uma maior flexibilidade e responsabilidade de gestão. Monitorização da atividade.
Recursos humanos	Implementação do contrato individual de trabalho. Promoção de incentivos ao bom desempenho.
Financeiro /Produção	Redução de custos. Maximização de resultados. Utilização de incentivos financeiros. Introdução de um novo modelo de financiamento com base na produção efetuada.

Fonte: Harfouche (2008); Pereira (2005)

As medidas implementadas em 2002 afastavam o modelo de gestão dos hospitais do modelo tradicional de instituto público, ao envolverem práticas, processos e formas de gestão típicas do setor privado/empresarial. Tendo igualmente por base os princípios que regulam a teoria da NPM que esteve na base desta reforma, era agora necessário ao Estado readaptar as suas funções, no sentido de promover uma eficaz regulação de toda esta atividade para que a mesma não anulasse as suas funções base, como instituições de prestação de cuidados públicos de acesso geral e universal (GTROIH, 2010).

A regulação ganhou importância pela característica competitiva que foi implementada com o novo modelo de gestão, para um cumprimento dos objetivos dos contratos efetuados e para salvaguarda da desvalorização de atos de prevenção e promoção da saúde (GTROIH, 2010). Com a criação de uma entidade que regulasse o sistema de saúde, estaria à partida assegurada a equidade de acesso aos cidadãos, sendo defendidos os seus direitos, interesses e necessidades, com a adequada legalidade e qualidade (Bago D'uva, 2010; Ferreira, 2004).

Tendo por base os riscos associados à gestão empresarial e para assegurar a prevenção de situações anómalas aos princípios edificadores do SNS, foi criada a Entidade Reguladora da Saúde (Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de dezembro) como pessoa coletiva de direito público, dotada de autonomia administrativa e financeira e de património próprio (artigo 2º). Este organismo tinha por objeto de ação a "regulação e a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde", tendo por base "obrigações legais e contratuais relativas ao acesso dos utentes aos

cuidados de saúde, à observância dos níveis de qualidade e à segurança e aos direitos dos utentes" (preâmbulo do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de dezembro).

Para acompanhar todo este processo, em 2003 foi criada a Unidade de Missão dos Hospitais Sociedade Anónima (Hospitais S.A.) (Resolução do Conselho de Ministros n.º 15/2003, de 5 de fevereiro). A missão desta unidade era "a condução do processo global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de empresarialização dos hospitais com a natureza jurídica de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos designados hospitais, sociedade anónima" (artigo 1º, Resolução do Conselho de Ministros n.º 15/2003, de 5 de fevereiro). Assim, foi criada uma equipa (máximo de 15 elementos), "constituída por profissionais seniores com experiência relevante no setor da saúde ou na respetiva área de competência" (Ribeiro, 2004, p.67) e reforçada por "consultores externos em áreas de grande especialização ajudou a criar um ritmo e uma motivação em toda a rede, um dos indiscutíveis fatores críticos de sucesso da operação" (Ribeiro, 2004, p.67). As funções no processo de empresarialização desta equipa estão definidas no quadro seguinte.

Quadro 4.6 - Funções atribuídas à Unidade de Missão dos Hospitais S.A.

Compete à unidade de missão:
Coordenar o processo global de lançamento e implementação dos hospitais sociedade anónima.
Apoiar a avaliação das unidades hospitalares candidatas ao processo de empresarialização.
Coordenar os processos de apoio à gestão acionista, designadamente o processo integrado de planeamento de atividades, o controlo de gestão e a avaliação de desempenho de cada unidade.
Propor políticas gerais de melhoria, nomeadamente o desenvolvimento de programas de melhoria operacional das unidades e a promoção da transferência das melhores práticas.
Promover o desenvolvimento de projetos especiais de carácter horizontal a todos os hospitais sociedade anónima.
Apoiar os hospitais, sociedade anónima, nos processos de contratação e desenvolvimento dos seus planos de atividade.
Promover o lançamento de formas inovadoras de gestão dos serviços e de melhoria da articulação com outras unidades de prestação de cuidados, designadamente na área dos cuidados de saúde primários e continuados.
Promover a divulgação do estatuto societário dos hospitais, sociedade anónima, bem como a formação de dirigentes e trabalhadores dos mesmos.
Estabelecer relações institucionais adequadas ao acompanhamento da atuação de entidades congéneres no plano comunitário e internacional, e acompanhar as políticas do setor.
Propor uma orientação estratégica e técnica sobre a política de recursos humanos, o sistema de objetivos, a avaliação de desempenho e a política de incentivos a desenvolver pelos hospitais sociedade anónima.
Propor e apoiar oportunidades de prestação de serviços partilhados às diferentes unidades, em estreita articulação com o Instituto de Gestão Informática e Financeira (IGIF), ou com outros serviços centrais ou personalizados do Ministério da Saúde.

Fonte: artigo 3º, Resolução do Conselho de Ministros n.º 15/2003, de 5 de fevereiro

Com base nos desígnios da sua criação, esta unidade de missão elaborou vários trabalhos/estudos no sentido de definir um bom encaminhamento dos trabalhos, de acordo com os objetivos políticos para esta transformação dos hospitais. Entre os trabalhos destacam-se:

- Uma avaliação dos Hospitais S.A. em 2003/2004, publicada a 28 de junho de 2005, na qual é avaliada a situação económico-financeira e a produção hospitalar, de forma global para a rede S.A., e de forma específica por hospital sociedade anónima (UMHSA, 2005);
- O desenvolvimento durante os meses de janeiro e fevereiro de 2004, do programa Conforto (realizado pela Risco Projetistas e Consultores de Design, S.A., a pedido da Unidade de Missão). Este trabalho tinha como objetivo avaliar as condições de conforto nas zonas públicas dos 31 hospitais empresarializados (S.A.). Os critérios de avaliação foram: o mobiliário; a sinalética; a limpeza e a manutenção dos espaços/equipamentos (caixotes de lixo, caixas multibanco, máquinas de venda automática, entre outros) (UMHSA, 2004a);
- O desenvolvimento do projeto ComuniCare em 2003, que consistia na aplicação de um sistema de avaliação da qualidade apercebida e na consequente avaliação da satisfação do utente nos Hospitais S.A.. Os objetivos eram identificar as áreas chave para a satisfação do utente e possibilitar a intervenção dos utentes na modelação das unidades às suas necessidades. No fundo estava aqui presente a questão de ver o cidadão como figura central do sistema de saúde (UMHSA, 2004b);
- A realização de um estudo quantitativo para identificar o potencial de melhoria dos hospitais, com base num *benchmarking* das 31 unidades S.A., em 2003 (UMHSA, 2003).

O Governo, na pessoa do Ministro da Saúde, em parceria com esta estrutura de missão, definiu grandes objetivos estratégicos, de modo a permitir uma implementação sólida deste processo, em parceria com as administrações dos hospitais recém empresarializados. O objetivo geral era desenvolver, de forma sustentável, uma rede de unidades públicas empresarializadas, focadas numa prestação de cuidados de excelência e no desenvolvimento contínuo dos hospitais. O quadro seguinte apresenta a visão estratégica definida para os hospitais empresarializados (Ribeiro, 2004).

Quadro 4.7 - Objetivos estratégicos para a rede de hospitais S.A.

Objetivos estratégicos	
Eficiência	Eficiência operacional: assegurar o nivelamento das melhores práticas com a promoção de programas de melhoria. Eficiência económico-financeira: Contribuir para o equilíbrio económico-financeiro das unidades com uma monitorização contínua da performance dos hospitais.
Qualidade e serviço ao utente	Assegurar o desenvolvimento de uma política de gestão centrada no utente e na prestação de serviços de qualidade excecional.
Desenvolvimento profissional	Promover o desenvolvimento dos profissionais com a instituição de políticas de promoção do mérito e da responsabilização pelos resultados; Apostar na qualificação profissional.
Desenvolvimento de uma rede	Desenvolver uma rede de hospitais S.A. com partilha de conhecimentos e articulação entre as unidades.

Fonte: UMHSA (2003)

Estes objetivos estratégicos tiveram uma importância no desenvolvimento desta nova cultura de gestão para os profissionais e unidades de saúde. O sucesso das mesmas também se deve à atividade da UMHSA, que entre outras funções realizou um permanente acompanhamento junto dos Conselhos de Administração e um apoio ao Ministro da Saúde (Ribeiro, 2004). Com vista a melhorar o desempenho e os resultados dos hospitais S.A. e de modo a colmatar os desígnios legais para os quais foram objeto de constituição, foi definido em 2004, um plano de ação e melhoria contínua da qualidade e da eficiência (quadro 4.8) (Ribeiro, 2004).

Quadro 4.8 - Plano de ação Hospitais S.A. para 2004 – Prioridades

Prioridade	Iniciativas constantes no plano de ação para 2004
Melhoria da qualidade	Melhoria de performance dos hospitais; Gestão das urgências; Qualidade nos processos (promoção da acreditação); Melhores práticas clínicas; Melhoria do acesso – gestão de listas de espera; Melhoria do serviço e comunicação (Programa ComuniCare); Articulação com outros níveis de cuidados: primários/ continuados.
Aumento da eficiência	Otimização de proveitos na rede S.A.; Implementação do coletivo de trabalho; Sistemas de incentivos; Implementação de projetos de desenvolvimento organizacional; Melhores práticas operacionais (racionalização de consumos fármacos).
Melhoria conjunta (qualidade e eficiência)	Planeamento e controlo por objetivos; Procedimentos de controlo interno; Implementação do processo de informatização dos hospitais; Sistema de suporte aos processos de aquisição; Redesenho da rede S.A..

Fonte: UMHSA (2003)

Apesar da formulação destas iniciativas para o ano 2004, no ano seguinte observou-se uma alteração do regime jurídico para as unidades empresariais.

#### 4.2.3. A transformação em Entidades Públicas Empresariais

Após decorridos três anos, os Hospitais S.A. foram sujeitos a várias críticas (Harfouche, 2012). Esta situação deu azo à aplicação do modelo de empresa pública, já anteriormente referenciado como o modelo base a implementar<sup>66</sup>. Assim, numa continuidade da política de empresarialização, Correia de Campos como Ministro da Saúde do XVII Governo Constitucional, inicia um ciclo de políticas para o setor da saúde que passa de uma forma transversal a todo o sistema por "garantir, desenvolver, ampliar o SNS e assegurar a sua modernização" (Campos, 2008, p. 68). De forma específica, para os hospitais era procurada uma "combinação entre a manutenção da referência ideológica do SNS e ganhos de eficiência no âmbito do próprio SNS" (Simões & Dias, 2010, p. 184).

De acordo com Abreu (2011), "Pode-se pressupor que o objetivo da passagem para um tipo de gestão "empresarial", mais virada para os resultados e para a eficiência, seria um catalisador de maior eficiência e eficácia dos hospitais públicos" (p. 105).

O processo de transformação das unidades S.A. para E.P.E. também foi acompanhado pela Unidade de Missão dos Hospitais S.A.<sup>67</sup>. Esta alteração de estatuto jurídico resultou da necessidade de uma maior intervenção da tutela (Ministérios das Finanças e da Saúde) ao nível das orientações estratégicas e também da reafirmação da natureza pública das instituições do SNS (Vaz, 2010). Pretendia-se tornar a gestão das unidades mais eficiente e transparente, salvaguardando o interesse público (Campos & Ramos, 2005). As principais alterações ocorreram ao nível do capital e da responsabilidade do Estado. Assim, não é permitida a introdução de capital privado (como estava disponível no modelo S.A.), passando a participação no capital das unidades hospitalares a ser exclusivamente pública. A prestação de contas passa a obedecer à IGF (no modelo S.A. a prestação de contas era realizada nos

---

<sup>66</sup> Recorde-se que o modelo S.A. era a alternativa de acordo com o exposto na Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002, de 7 de março.

<sup>67</sup> Que desde 2003 teve uma importante prestação juntamente com a participação de consultores externos contratados e esteve na base da criação das condições adequadas ao desenvolvimento do processo de empresarialização, com um bom desempenho e motivação (Ribeiro, 2004).

termos do Código das Sociedades Comerciais), não estando prevista a situação de falência por motivos económico-financeiros (Rego, 2011).

Com a publicação do Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de julho, foi dada prioridade ao Estatuto E.P.E. em detrimento do estatuto jurídico de sociedade anónima. Este decreto consagrou-se como um diploma de transformação, que ditou a transição das 31 unidades S.A. para E.P.E.. Na sua redação mantém as obrigações legais e contratuais com efeitos também ao nível dos recursos humanos, que mantêm a sua relação jurídica de emprego (artigo 4º). As unidades E.P.E. passam a estar sujeitas ao regime jurídico geral aplicável às entidades públicas empresariais. Assim, a partir desta data passam a ser dotadas de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, não estando sujeitas às normas da contabilidade pública. Desta forma, deverão reger-se pelos respetivos diplomas que as criam, estatutos e regulamentos internos, pelas normas em vigor e pelas disposições legais aplicadas às entidades públicas empresariais (número 1, artigo 18º da Lei n.º 27/2002; artigos 23º a 34º do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de dezembro).

#### 4.2.4. A disseminação das Entidades Públicas Empresariais

A publicação do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro veio reafirmar a intenção governamental de dar continuidade ao processo de transformação dos hospitais públicos, com forma de institutos públicos, a entidades empresariais. Este diploma transforma, com efeitos a 1 de janeiro de 2006, em entidades públicas empresariais os hospitais de Santa Maria e de São João, até então S.A. e cria: o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.; o Centro Hospitalar de Setúbal, E. P. E. e o Centro Hospitalar do Nordeste, E.P.E., aprovando os respetivos estatutos. O Decreto-Lei n.º 233/2005 foi sujeito a várias alterações<sup>68</sup>, sendo a mais recente publicada no ano 2012 (Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro).

O programa de estabilidade e crescimento (2005-2009) defendia a existência de um único estatuto jurídico para os hospitais. O documento estabelece a aplicação do modelo de Entidades Públicas Empresariais a todos os hospitais do SNS (PEC, 2005). Assim, em 2005 é aumentado o número de hospitais com o estatuto de Entidades Públicas Empresariais,

---

<sup>68</sup> Alterado pelo Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de fevereiro; Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro; Decreto-Lei n.º 176/2009, de 4 de agosto e pelo Decreto-Lei n.º 136/2010, de 27 de dezembro.

registrando-se em contraposição uma redução nas unidades hospitalares do Setor Público Administrativo. Esta continuidade de transformação de hospitais SPA em E.P.E. foi efetuada pelo executivo, que tinha por objetivo o alargamento deste modelo de gestão a todos os hospitais até final da legislatura<sup>69</sup>, com exceção das unidades PPP. A opção por este estatuto jurídico foi entendida pela tutela como o mais adequado aos objetivos da gestão hospitalar, dado que permitia uma maior autonomia de gestão, mantendo o Estado como único acionista, permitindo igualmente uma racionalidade económica, manifestada por ganhos de eficiência e por uma melhor gestão dos recursos (Barros & Simões, 2007; OPSS, 2008). Em 2007 a medida foi continuada pelo Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de fevereiro e em 2008 pelo Decreto-Lei n.º 180/2008, de 26 de agosto (Campos & Simões, 2011; GTROIH, 2010).

#### 4.2.5. A concentração/fusão de unidades hospitalares

A contínua promoção da gestão empresarial hospitalar, prevista nas bases legais desde 1948, foi aplicada em grande escala no ano 2002, com a atribuição do estatuto jurídico de sociedades anónimas e em 2005 com a transição do estatuto E.P.E., que foi progressivamente alargado a mais hospitais.

Esta política tinha por objetivo, a redução de custos e uma maior eficiência na prestação de cuidados (Campos, 2008a). No entanto, o crescimento com as despesas públicas em saúde continuava a constituir um problema para a sustentabilidade do setor, de modo específico a nível hospitalar (cerca de 50% do total de despesas do SNS) (INE, 2014). Um dos persistentes problemas é a ineficiência do sistema, que apresenta uma má gestão dos recursos disponíveis (Barros, 2013b). Tendo por base este panorama, o executivo da governação socialista de 2005 entendeu como potencializadora de maior eficiência, a aposta na fusão/concentração de unidades de saúde de diferentes dimensões, capacidades e especificidades "...a luta pela eficiência na gestão dos hospitais não seria possível sem uma forte concentração de unidades, transformando-as em entidades públicas empresariais (EPE) para ganhos de responsabilização e autonomia gestionárias" (Campos, 2008, p.42).<sup>70</sup>. Os principais objetivos desta nova política passavam por promover que se "poupassem recursos até aí subutilizados em cada unidade"

---

<sup>69</sup> Este objetivo não foi realizado. Em 2009 estavam integrados como E.P.E. cerca de 42 unidades (quadro 5.26).

<sup>70</sup> A integração de cuidados não é exclusiva do SNS português. A OMS já previa a imagem do utente como figura central dos cuidados de saúde e uma melhor gestão de recursos com claros objetivos de obter ganhos em saúde (Calnan, Hutten, & Tiljak, 2006; Delnoij, Klazinga, & Velden, 2003).



(Campos, 2008, p.137) e que se pudesse "melhorar a eficiência global (...) na prestação financiada publicamente" (Campos, 2008, p.131).

Na fundamentação das fusões/concentrações de unidades de saúde, tem sido referido na literatura, a perspectiva de crescimento em função de economias de escala, algumas das quais ainda por explorar (Azevedo & Mateus, 2013; Dafny, 2005; Tenn, 2011). Como fontes de economias de escala para a concentração de unidades de saúde poderiam contribuir: a distribuição das despesas fixas<sup>71</sup> da unidade por um maior volume produtivo; a redução de custos de gestão; uma reafetação de recursos; a diminuição da subutilização das unidades e um crescimento de poder de mercado (Given, 1997; Preyra, 2006; Sinay, 1998; Tenn, 2011).

A nível internacional foram realizados estudos que concluíram que as economias de escala eram justificadas quando aplicadas a hospitais de pequena dimensão (número de camas inferior a 200) (Brooks & Jones, 1997; Dranove, 1995; Given, 1996; Ferrier & Valdmanis, 2004). A ineficiência das fusões hospitalares, de acordo com Sinay (1998), pode ocorrer nos casos que envolveram hospitais de pequena dimensão que não conseguem usufruir de economias de escala ou nos casos de hospitais de dimensões muito grandes pela subutilização a que ficam sujeitos.

Outra referência internacional foi que, apesar da tentativa de centralização dos cuidados, continuavam a realizar-se os mesmos serviços em locais distintos depois da fusão (Lynk, 1995; Tenn, 2011). De acordo com a literatura, os resultados esperados em termos do aumento de eficiência com as fusões, só terão efeito nos casos em que se verificasse uma integração das atividades administrativas e clínicas, ficando ambas as unidades a funcionar como uma única unidade (Dranove, 1998; Tenn, 2011).

Em relação aos hospitais portugueses, de acordo com Barros (2013a), existiam unidades com economias de escala por implementar e outras já sobredimensionadas.

O objetivo da fusão de unidades de saúde advém da noção de integração de cuidados de saúde, adotada por esta reestruturação da gestão hospitalar. Contudo, esta integração pode assumir duas posições. Por um lado, numa perspectiva de integração vertical são agregadas

---

<sup>71</sup> Custos com instalações, equipamentos e outros custos administrativos (Given, 1996).

unidades de saúde com diferentes funções e serviços e por outro lado, numa perspetiva de integração horizontal, quando a agregação do serviço ocorre entre unidades semelhantes nas suas linhas de atividade, apresentando assim um mesmo nível de cuidados (Campos & Simões, 2011; Santana & Costa, 2008). Como exemplo, a fusão/concentração de unidades de saúde, em Portugal, culminou com a criação de centros hospitalares (fusão de hospitais de diferentes dimensões) e de unidades locais de saúde (fusão de unidades hospitalares com centros de saúde/ ACES).

#### 4.2.5.1. A criação e disseminação dos centros hospitalares

Em 2005, com a publicação do Decreto-Lei n.º 233/2005, estava vigente a continuidade da transformação do estatuto SPA para E.P.E. dos hospitais, concomitantemente com a criação de centros hospitalares, por fusão/concentração de unidades hospitalares geograficamente próximas. Esta forma de organização dos hospitais ocorreu nas grandes metrópoles (Lisboa e Porto) e nas regiões menos povoadas, ou do interior do país (Minho, Trás-os-Montes, Alentejo, Cova da Beira, entre outros).

Este conceito atual de centro hospitalar diverge dos conceitos anteriores, de centro hospitalar, como conjunto de hospitais de diversa natureza que se complementam (aplicado em Coimbra no CHC, que reunia um hospital geral, outro pediátrico e uma maternidade), e de Grupo Hospitalar como conjunto de unidades com semelhante natureza (Hospitais Cívicos de Lisboa) (Vaz, 2010). Este conceito, agora definido para CH, congrega estas diferentes conceções (Campos & Simões, 2011; Vaz, 2010).

A perspetiva da criação dos centros hospitalares fundou-se numa medida de integração horizontal dos cuidados de saúde. Este tipo de integração reflete-se quando duas ou mais organizações, com o mesmo nível de cuidados, se unem constituindo uma só instituição (Devers *et al.*, 1994; Grone & García-Barbero, 2001). O quadro seguinte apresenta os principais pressupostos que estiveram na origem do desenvolvimento dos centros hospitalares.

Quadro 4.9 - Pressupostos que estiveram na base da criação de CH

Fatores base da criação do modelo do Centro Hospitalar
A vontade de obter sinergias entre as diferentes unidades hospitalares existentes numa mesma área geográfica.
A intenção de otimizar os recursos humanos, técnicos e financeiros existentes e os serviços prestados aos utentes.
A necessidade de reforçar a articulação e complementaridade técnica e assistencial – quer entre as unidades hospitalares integradas em cada CH, quer entre estas e as unidades de cuidados primários.
A necessidade de racionalização dos órgãos técnicos.
O objetivo de garantia da mobilidade dos profissionais e utentes entre as diferentes unidades integradas em cada CH.

Fonte: ERS (2012)

Na base da criação do modelo do centro hospitalar esteve o Decreto-Lei n.º 284/99, de 26 de julho, que estabelecia o regime aplicável a dois modelos de integração de cuidados horizontais no SNS: centros hospitalares e grupos de hospitais (Campos & Simões, 2011).

O legislador, na criação deste diploma, entendia que a opção política pela constituição de centros hospitalares permitiria:

- Uma melhor integração (através de unidades funcionais) e interligação dos serviços e instituições de saúde de uma mesma área geográfica que desempenhem as mesmas funções ou idênticas;
- O melhor aproveitamento da capacidade instalada em cada unidade do SNS;
- Reforço o papel do SNS ao nível dos cuidados diferenciados através da junção de valências e pela diferenciação tecnológica numa mesma gestão;
- Ganhos de eficiência e o rendimento/produção das unidades como um todo (Preâmbulo do Decreto-Lei n.º 284/99, de 26 de julho).

Assim, os centros hospitalares foram definidos como “pessoa coletiva pública, dotada de autonomia administrativa e financeira, património próprio e do esquema de órgãos legalmente estabelecido para os hospitais públicos, que integra vários estabelecimentos hospitalares destituídos de personalidade jurídica<sup>72</sup>” (artigo 2º). O mesmo diploma estabelece, no artigo 3º, que a criação dos CH é efetuada por proposta da ARS (motivada pelo interesse público<sup>73</sup>) e publicada por portaria do MS (Campos & Simões, 2011).

<sup>72</sup> Um grupo de hospitais é definido, no mesmo artigo, como um conjunto de vários estabelecimentos hospitalares autónomos, sujeitos a coordenação ou administração comum.

<sup>73</sup> Compreendia a “optimização dos serviços prestados por dois ou mais estabelecimentos hospitalares e o reforço da respetiva articulação e complementaridade, técnica ou assistencial” (n.º2 do artigo 3º).

A publicação do novo regime jurídico da gestão hospitalar (Lei n.º 27/2002) não alterou o Decreto-Lei n.º 284/99, de 26 de julho, no que se refere ao modelo organizativo de centro hospitalar. Porém, como disposto no artigo 4º do Decreto-Lei n.º 284/99, de 26 de julho, as unidades integradas nos centros hospitalares “regem-se pela legislação aplicável aos estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde”, sendo assim sujeitas ao regime jurídico implementado em 2002.

Como será detalhado no capítulo 5, algumas destas unidades integraram o Estatuto S.A.<sup>74</sup> e ainda outras permaneceram com o estatuto SPA (por exemplo CH do Oeste).

Após a aprovação deste Decreto-Lei foram constituídos, até 2004, cinco centros hospitalares com estatuto SPA e dois com estatuto S.A.. O quadro seguinte apresenta estas unidades, os respetivos anos de criação e o diploma criador.

Quadro 4.10 - Centros hospitalares criados em Portugal até final de 2004

Ano	Centro Hospitalar (hospitais integrados)	Diploma legal
1999	CH de Cova da Beira, SPA (integra o Hospital Distrital da Covilhã e o Hospital Distrital do Fundão).	Decreto-Lei n.º 426/99, de 21 de outubro
2000	CH da Póvoa de Varzim, SPA - Vila do Conde (integra o Hospital Distrital da Póvoa do Varzim e o Hospital Distrital de Vila do Conde).	Portaria n.º 235/2000, de 27 de abril
	CH de Cascais, SPA (integra o Hospital Condes de Castro Guimarães - Cascais e o Hospital Ortopédico do Dr. José de Almeida - Carcavelos).	Portaria n.º 300/2000 de 29 de maio
	CH de Torres Vedras, SPA (integra o Hospital Distrital de Torres Vedras e o Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior).	
2001	CH do Médio Tejo, SPA (integra o Hospitais Distritais de Abrantes, de Tomar e de Torres Novas).	Portaria n.º 1277/2001, de 13 de novembro
2004	CH do Baixo Alentejo, S.A.( Hospital José Joaquim Fernandes, S. A., de Beja, e do Hospital de São Paulo, de Serpa).	Decreto-Lei n.º 207/2004, de 19 de agosto
	CH do Barlavento Algarvio, S.A. (integra o Hospital do Barlavento Algarvio, S. A., e do Hospital Distrital de Lagos).	Decreto-Lei n.º 214/2004, de 23 de agosto

Fonte: Diplomas que constituíram os centros hospitalares até 2004

<sup>74</sup> Que perdurou até 2005, passando a E.P.E..

Com a implementação da nova política de fusão/concentração de unidades de saúde, registou-se a formação de vários centros hospitalares desde 2005 a 2013 (Quadro 4.11).

Quadro 4.11 - Centros hospitalares criados em Portugal, entre 2005 e 2013

Ano	Centro Hospitalar (hospitais integrados)	Diploma legal
2005	CH de Lisboa Ocidental, E. P. E. (integra o Hospital de Egas Moniz, S. A., o Hospital de São Francisco Xavier, S. A., e o Hospital de Santa Cruz, S. A)	Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro
	CH do Nordeste, E. P. E. (integra o Hospital Distrital de Bragança, S. A., o Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros e o Hospital Distrital de Mirandela)	
	CH de Setúbal, E. P. E., (integra o Hospital de São Bernardo, S. A., e o Hospital Ortopédico de Sant'Iago do Outão)	
2007	CH de Lisboa Central, E. P. E. (por fusão do Centro Hospitalar de Lisboa (Zona Central) com o Hospital de D. Estefânia e o Hospital de Santa Marta, E.P.E.)	Decreto-Lei n.º50-A/2007, de 28 de fevereiro
	CH de Coimbra, E. P. E. (já constituído como grupo hospitalar)	
	CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, E. P. E. (por fusão do Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua, E. P. E., com o Hospital Distrital de Chaves e o Hospital Distrital de Lamego)	
	CH do Médio Ave, E. P. E. (integra o Hospital Conde de São Bento-Santo Tirso com o Hospital São João de Deus, E. P. E.)	
	CH do Alto Ave, E. P. E. (Integra o Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, E. P. E., com o Hospital de São José - Fafe)	
	CH de Vila Nova de Gaia/Espinho, E. P. E. (por fusão do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e do Hospital Nossa Senhora da Ajuda-Espinho)	Decreto-Lei n.º 326/2007, de 28 de setembro
	CH do Porto, E. P. E. (integra o Hospital Geral de Santo António, E. P. E., com o Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia e a Maternidade de Júlio Dinis)	
CH do Tâmega e Sousa, E. P. E. (integra o Hospital Padre Américo - Vale do Sousa, E. P. E., com o Hospital São Gonçalo, E. P. E.)		
2008	CH Lisboa Norte, E. P. E. (integra o Hospital de Santa Maria, E. P. E., com o Hospital Pulido Valente, E. P. E.)	Decreto-Lei n.º 23/2008, de 8 de fevereiro
2009	CH Oeste Norte, SPA. (integra o Centro Hospitalar das Caldas da Rainha, do Hospital de Alcobaça Bernardino Lopes de Oliveira e do Hospital de São Pedro Gonçalves Telmo, em Peniche)	Portaria n.º 83/2009, de 22 de janeiro

2009	CH Barreiro - Montijo, E.P.E. (integra o Hospital de Nossa Senhora do Rosário, E. P. E., com o Hospital do Montijo, SPA)	Decreto-Lei n.º 27/2009, de 27 de janeiro
	CH Entre o Douro e Vouga, E. P. E., por integração do Hospital de S. Sebastião, E.P.E., do Hospital Distrital de São João da Madeira e do Hospital de São Miguel - Oliveira de Azeméis (que são extintos)	Decreto-Lei n.º 280/2009, de 6 de outubro
2011	CH de São João, E.P.E. (integra o Hospital de São João, E. P. E., e do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo)	Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março
	CH Tondela-Viseu, E.P.E. (integra o Hospital Cândido de Figueiredo e do Hospital São Teotónio, E. P. E.)	
	CH do Baixo Vouga, E.P.E. (integra o Hospital Infante D. Pedro, E. P. E., do Hospital Visconde Salreu de Estarreja e do Hospital Distrital de Águeda)	
	CH Leiria-Pombal, E.P.E. (integra o Hospital de Santo André, E. P. E., e do Hospital Distrital de Pombal)	
	CH Universitário de Coimbra, E.P.E. (por fusão dos Hospitais da Universidade de Coimbra, E. P. E., do Centro Hospitalar de Coimbra, E. P. E., e do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra)	
2013	CH do Algarve, E.P.E. (por fusão do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E.P.E., com o Hospital de Faro, E.P.E)	Decreto-Lei n.º 69/2013, de 17 de maio

Fonte: Diplomas que constituíram os centros hospitalares até 2005 a 2013

A formação de centros hospitalares foi alvo de críticas. Estas questões arbitrárias foram baseadas nos termos do Decreto-Lei n.º 284/99, de 26 de julho. Em primeiro lugar, porque este diploma previa um parecer prévio da ARS para se proceder à criação dos CH, o que nem sempre ocorreu, sendo esta forma de organização implementada sem estudo prévio, ou seja, com uma “insuficiente preparação” (Vaz, 2010). Em segundo lugar, porque estava preconizado no documento legal que a criação dos CH deveria ser publicada pelo MS em Portaria, o que nem sempre se verificou, existindo o recurso ao Decreto-Lei para este fim (ERS, 2012).

Dadas estas críticas e o grande recurso ao desenvolvimento da forma de CH até aos dias de hoje<sup>75</sup>, a ERS procedeu a uma avaliação desta forma de organização em 2012. Para isso, recorreu a uma auscultação dos vários intervenientes no processo de criação destas unidades.

<sup>75</sup> Repare-se que até 2004 eram sete os CH e atualmente são vinte e um.

Desta forma, foram inquiridos os prestadores, as respetivas ARS, os ACES da área envolvente e os Presidentes de Câmara dos municípios (como representantes da população).

O quadro seguinte organiza os pontos mais relevantes para a compreensão deste modelo, por cada um dos agentes envolvidos no processo.

Quadro 4.12 - Promoção do modelo de organização em CH, de acordo com os pontos de vista dos diferentes intervenientes

Centros hospitalares	Municípios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoção de economias de escala;</li> <li>• Ganhos de eficiência;</li> <li>• Uma reorganização dos profissionais de saúde;</li> <li>• Uma melhoria na proximidade de cuidados de saúde às populações;</li> <li>• Redução de <i>stocks</i> e rentabilização dos MCDT, evitando o recurso dos utentes ao setor privado e a centralização de serviços;</li> <li>• Um aumento dos serviços prestados, nomeadamente de consultas externas;</li> <li>• Um investimento financeiro na aquisição de viaturas de transporte de doentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Foram considerados com aspetos positivos da criação de CH:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Concentração e especialização de serviços que se repetiam pelas unidades hospitalares que hoje integram os CH;</li> <li>2. Ganhos de eficiência;</li> <li>3. Ganhos de recursos financeiros;</li> <li>4. Melhorias em matéria de proximidade, localização, diversidade e qualidade dos serviços prestados;</li> <li>5. Acesso mais alargado das populações aos cuidados de saúde.</li> </ol> </li> <li>• Foram considerados com aspetos negativos da criação de CH:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inexistência de orientações-base em termos de funcionamento dos CH;</li> <li>2. Instabilidade nos projetos e nas orientações;</li> <li>3. Mudanças na orientação dos Conselhos de Administração;</li> <li>4. Elevadas listas de espera;</li> <li>5. Degradação e falta de credibilidade da rede de cuidados primários, o que provocou uma excessiva solicitação aos CH;</li> <li>6. Aumento significativo dos custos com o transporte de doentes.</li> </ol> </li> </ul>
ARS	ACES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A ausência de propostas formais pela ARS, conforme imposição legal. Este facto prejudica a correta aferição do cumprimento dos fundamentos e dos objetivos da criação de cada CH;</li> <li>• Melhoria da acessibilidade;</li> <li>• Melhoria da qualidade dos cuidados prestados;</li> <li>• Racionalização da gestão de recursos humanos;</li> <li>• Complementaridade assistencial entre as unidades;</li> <li>• Rentabilização de recursos técnicos e humanos;</li> <li>• Concentração de MCDT's;</li> <li>• Melhoria da gestão através de ganhos efetivos que resultam de economias de escala, da reorganização dos serviços, do apoio às áreas de gestão e de logística, e do desenvolvimento e inovação dos sistemas de informação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os CH implementaram mais medidas de articulação e complementaridade técnica e assistencial;</li> <li>• Reforço da ligação entre os cuidados de saúde primários e hospitalares.</li> </ul>

Fonte: ERS (2012)

A ERS fez ainda uma avaliação dos estudos das unidades de saúde antes e depois da integração em CH. O quadro seguinte apresenta um resumo do referido estudo e explana as principais conclusões.

Quadro 4.13 - Estudo de avaliação dos custos nos CH

Estudo de avaliação dos custos nos CH <sup>76</sup>	
Objetivos: Avaliar se os hospitais, após a integração em CH, apresentaram em diferentes valências ou áreas de produção, economias ou deseconomias de escala.	
População alvo: Seleccionado um grupo de onze Centros Hospitalares, criados antes de 2008.	
Fonte de Dados: Base de Dados dos Elementos Analíticos (BDEA).	
Áreas/ Serviços analisados: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Especialidades médicas;</li> <li>• Especialidades cirúrgicas;</li> <li>• Medicina da criança e do adolescente;</li> <li>• Urgências;</li> <li>• Consultas externas.</li> </ul>	Tipos de unidades de obra <sup>77</sup> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doentes tratados em internamento;</li> <li>• Doentes atendidos em urgência;</li> <li>• Doentes atendidos em consultas externas (em termos de n.º de doentes, custos unitários diretos<sup>78</sup> e custos totais<sup>79</sup>).</li> </ul>
Especialidades médicas consideradas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Internamento: Medicina Interna, Cardiologia, Gastrenterologia, Neurologia, Cirurgia Geral, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Urologia e Pediatria;</li> <li>• Consultas externas: Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Ginecologia, Gastrenterologia, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Interna, Medicina do Trabalho, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Ortopedia, Pediatria e Urologia.</li> </ul>	
Conclusões: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ao nível do Internamento: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição do número de doentes tratados apenas nas especialidades de Cardiologia e Oftalmologia;</li> <li>• Aumento dos custos unitários diretos nas especialidades de Neurologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia e Oftalmologia. Em oposição registou-se uma diminuição nas restantes;</li> <li>• Existência de economias de escala nas especialidades, de uma forma geral. Por um lado na Neurologia, Ortopedia e Otorrinolaringologia, dado que o aumento de custos foi inferior (em termos proporcionais) à variação do n.º de doentes tratados e por outro, nas restantes especialidades, visto que a diminuição dos custos foi acompanhada por um aumento de produção em termos do n.º de doentes tratados.</li> </ul> </li> <li>2. Ao nível dos serviços de urgência: <ul style="list-style-type: none"> <li>• A variação do número de doentes atendidos, após a integração em CH, foi de 66%.</li> </ul> </li> <li>3. Ao nível das consultas externas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Houve um aumento do número de consultas externas efetuadas, em todas as especialidades.</li> </ul> </li> </ol>	

Fonte: ERS (2012)

#### 4.2.5.2. A constituição de Unidades Locais de Saúde

A concentração/fusão de unidades de saúde, para além de se centrar numa integração horizontal, está também definida perante uma integração vertical de cuidados de saúde. Este tipo de integração fundamenta-se na junção de diferentes níveis de cuidados numa mesma entidade que, como no caso específico das ULS, se fundam na prestação integrada de

<sup>76</sup> Os CH incluídos na análise foram os seguintes: CH do Barlavento Algarvio, E.P.E., CH do Nordeste, E.P.E., CH de Lisboa Ocidental, E.P.E., CH de Setúbal, E.P.E., CH do Médio Ave, E.P.E., CH de Lisboa Central, E.P.E., CH do Alto Ave, E.P.E., CH de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E., CH do Porto, E.P.E., CH do Tâmega e Sousa, E.P.E. e CH de Lisboa Norte, E.P.E..

<sup>77</sup> Unidade de obra – “unidade de imputação que permite a distribuição dos custos pelos diferentes produtos” (ERS, 2012, p.4).

<sup>78</sup> Corresponde ao “valor que resulta da divisão entre o custo direto de uma secção pela produção da mesma”. Por sua vez, os custos unitários indiretos correspondem ao “valor que resulta da divisão entre o custo indireto de uma secção pela produção da mesma” (Ministério da Saúde, 2007, p. 58).

<sup>79</sup> Os custos totais “correspondem ao somatório dos custos directos e dos custos indirectos”. O custo unitário total corresponde ao “valor que resulta da divisão entre o custo total dessa secção e a produção da mesma.” (Ministério da Saúde, 2007, p.58).



cuidados de saúde numa determinada região, englobando os cuidados de saúde primários (prevenção, promoção da saúde) e os cuidados diferenciados (restabelecimento/manutenção da saúde).

É importante ter em consideração que os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde hospitalares têm um mesmo objetivo, que são a obtenção de ganhos em saúde para os utentes. No entanto, manifestam diferentes preocupações e práticas, detendo uma distinta missão, cultura e estruturas organizacionais e funcionais (GTCSP, 2012). Para um melhor entendimento da necessidade de articulação dos cuidados de saúde primários e dos cuidados hospitalares, o quadro seguinte apresenta as principais funções de cada um destes níveis de cuidados, que passam a ser integrados numa única entidade.

Quadro 4.14 - Principais pontos de ação dos cuidados de saúde primários

Os CSP centram a sua atividade:
Na proteção da população, tanto na saúde como na doença, procurando desenvolver para este fim uma promoção de comportamentos e atitudes mais saudáveis, numa postura preventiva e no acompanhamento de utentes crónicos ou agudos.
Na promoção da continuidade de cidadãos e coordenação/gestão dos processos assistenciais, já que por norma deveriam constituir a porta de entrada dos utentes no SNS, encaminhando-os quando necessário, para as unidades hospitalares (realização de MCDT ou avaliação por uma especialidade) e acompanhando-os após alta hospitalar.
Na promoção da saúde dos cidadãos, famílias e comunidades, através de um acompanhamento dos cidadãos para que mantenham/recuperem o seu estado de saúde, contribuindo para uma sociedade mais saudável e ativa.
Num atendimento global e personalizado, através de um eficaz acompanhamento, o que permite induzir uma redução da procura direta por cuidados hospitalares por via dos serviços de urgência, uma redução do recurso a MCDT e uma diminuição da agudização/avanço das doenças.

Fonte: GTDCSP (2012)

Quadro 4.15 - Principais pontos de ação dos cuidados de saúde diferenciados

Os cuidados hospitalares centram a sua atividade:
Na oferta de MCDTs com tecnologia sofisticada, pesada e dispendiosa, que possibilita diagnósticos mais concretos;
Uma intervenção em casos clínicos mais severos, com intervenções complexas que necessitem de internamento ou regime ambulatorio (resultante da multimorbilidade crónica);
Prestação de cuidados que exigem elevados recursos humanos e técnicos (mais dispendiosos), no mínimo espaço de tempo possível.

Fonte: GTDCSP (2012)

A necessidade da integração de cuidados de saúde já estava expressa no Estatuto do SNS em 1993. Neste documento legal estava referida a disfunção existente entre a articulação cuidados de saúde primários/diferenciados "...a tradicional dicotomia entre cuidados primários e cuidados diferenciados revelou-se não só incorreta do ponto de vista médico mas também geradora de disfunções sob o ponto de vista organizativo" (preâmbulo). Defendia também a

constituição de unidades integradas de cuidados de saúde, de modo a “viabilizar a imprescindível articulação entre grupos personalizados de centros de saúde e hospitais” (preâmbulo). Assim, no artigo 14º deste documento estava claramente previsto o agrupamento de hospitais e centros de saúde em “unidades de saúde, de dimensão a definir, caso a caso, em despacho do Ministro da Saúde, sob proposta do conselho de administração das ARS”, com o objetivo de “assegurar a continuidade da prestação de cuidados, com respeito das atribuições das instituições que as integram” (artigo 14º Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro).

Em 1999, atendendo ao referido no Estatuto do SNS, foi emitido um diploma legal (Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de maio) que estabelecia o regime dos sistemas locais de saúde (SLS), "constituídos pelos centros de saúde, hospitais e outros serviços e instituições, públicas e privadas, com ou sem fins lucrativos", responsáveis pela promoção da saúde, pela continuidade da prestação de cuidados, com vista à partilha de recursos e à maior disponibilidade de oferta de serviços, ao encontro das necessidades dos cidadãos (preâmbulo do Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de maio). Contudo, este modelo não chegou a ser aplicado desta forma dada a opção por um outro modelo organizativo, em junho do mesmo ano, aplicado experimentalmente em Matosinhos, pelo Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de junho, que vinha implementar uma gestão integrada dos serviços públicos de saúde numa área geográfica previamente definida.

A criação de ULS pretendia ultrapassar alguns desafios para a política de saúde, entre os quais: uma melhor reafetação de recursos (aproveitamento da capacidade técnica e humana dos hospitais e centros de saúde); o incremento da qualidade no atendimento (promoção de sistemas de qualidade); a promoção da visão do utente como figura central do objeto dos cuidados de saúde (focar a atenção nas características e necessidades individuais de cada utente); a promoção do bem-estar (atenção de saúde desde os CSP, avaliando as necessidades de saúde em atividades de promoção e prevenção); a possibilidade de colmatar os riscos (as linhas não eficientes poderiam cobrir as não eficientes) e o desenvolvimento de economias de escala (administrativas ou clínicas) (Santana & Costa, 2008).

O modelo estabelecido a partir de 2005 para as ULS, surgiu como uma opção política para a integração de cuidados de saúde que difere do modelo dos sistemas locais de saúde (Decreto-

Lei n.º 156/99, de 10 de maio). O quadro seguinte apresenta as principais diferenças entre o modelo organizativo de ULS e de SLS.

Quadro 4.16 - Principais pontos divergentes entre o modelo ULS e SLS

Caraterística	Modelo de SLS	Modelo de ULS
Constituição	Integra na sua constituição: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitais;</li> <li>• Centros de Saúde;</li> <li>• Entidades privadas (com ou sem fins lucrativos).</li> </ul>	Integra na sua constituição: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitais;</li> <li>• Centros de Saúde.</li> </ul>
Órgãos de Gestão	Cada unidade integrada no SLS (hospital, centro de saúde) mantém os seus órgãos de gestão.  Existência de um Conselho Coordenador, que tem por missão definir as estratégias de atuação para a articulação de cada unidade integrada.	Existência de um único Conselho de Administração

Fonte: Elaboração própria

As ULS deveriam ser entendidas como uma forma de criar valor para os cidadãos, profissionais, sociedade e sistema de saúde (Vaz, 2010). Com a implementação do modelo ULS objetivava-se uma melhor correlação entre os diferentes níveis de cuidados, contribuindo assim para uma obtenção de ganhos na saúde, na qualidade, na eficiência e na satisfação dos utentes (ERS, 2012).

Para alcançar estes objetivos, era essencial que se verificassem algumas condições que favorecessem este modelo. De acordo com Vaz (2010), alguns destes pré-requisitos passavam pela existência: de uma cultura de melhoria de qualidade; de confiança entre os parceiros; de experiência conjunta de trabalho entre os parceiros; de apoio dos líderes locais; de colaboração dos profissionais (abertos à colaboração e inovação) e de aplicação de sistemas de informação e comunicação. Apesar da integração de cuidados ser um processo de maior complexidade, que exige mais disponibilidade aos profissionais e serviços, foi considerado como um passo importante na melhoria da qualidade, garantindo que "certos conceitos não se fiquem em palavras ocas, tais como: “ganhos em saúde”, “o doente no centro do sistema”, “efetividade” e “eficiência”" (GTDCSP, 2012, p.5).

Uma das definições mais adequadas para ULS é dada pela ERS (2011), que a define como:

Entidade (única) que se apresenta como responsável pelo estado de saúde de uma determinada população, visando garantir uma prestação integrada de cuidados de saúde, com elevado grau de eficiência, qualidade e satisfação do utente, através da gestão dos vários níveis de prestação de cuidados (designadamente, cuidados primários, cuidados hospitalares e cuidados continuados) e da coordenação em rede de todos elementos que fazem parte integrante do mesmo (p. 17).

O financiamento das ULS estava previsto ser “atribuído *per capita*, ajustado às populações de cada ULS através de um índice, com base nas suas características, que pretende refletir as diferenças entre entidades geográficas de oferta e procura de cuidados de saúde”<sup>80,81</sup>. Ao nível da contenção de custos, previa-se a possibilidade de centralização da utilização de meios tecnológicos dentro da ULS, o que evitaria o recurso a prestadores externos (ERS, 2011).

Como observado no ponto 3.3.3, a primeira ULS implementada em Portugal surgiu no ano de 1999. Esta unidade sediada em Matosinhos, estava dotada de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial, e de natureza empresarial. Integrava o Hospital de Pedro Hispano e os Centros de Saúde de Matosinhos, da Senhora da Hora, de São Mamede de Infesta e de Leça da Palmeira (artigo 1º Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de junho). A concretização desta experiência foi motivada pela criação de “condições que possibilitem a melhor gestão das suas instituições e a melhor articulação dessas instituições entre si e com outras instituições na mesma área geográfica” (Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de junho). Esta experiência foi avaliada em 2001 pelo INA, obtendo um resultado positivo (INA, 2000b).

No âmbito do Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE), em 2005 a presidência do Conselho de Ministros aprovou um conjunto de medidas para a consolidação das contas públicas e para o crescimento económico (Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2005, de 24 de junho). Dentro destas medidas é definido no âmbito da saúde

---

<sup>80</sup> Repare-se que para outros hospitais/centros hospitalares E.P.E. ou SPA, este financiamento estava dependente das linhas de produção definidas a cada ano pela ACSS.

<sup>81</sup> “a modalidade de pagamento das ULS para o triénio 2010/2012 estabelece que o valor *per capita* de cada ULS é composto por uma componente dos determinantes em saúde da despesa (40%) e pelo estado de saúde das populações (60%)” (ACSS, 2010, p.7; ERS, 2011, p.41).

a “extinção progressiva, até ao final de 2006, das sub-regiões de saúde (...) e dos centros de saúde, bem como a criação de unidades locais de saúde onde existam condições para a imediata integração dos cuidados de saúde primários com os cuidados hospitalares” (n.º5, alínea j).

No entanto, em 2007, o executivo veio recordar a experiência da ULS Matosinhos e a avaliação positiva que teve pelo INA, referindo que “O tempo entretanto decorrido veio a demonstrar que, nos casos em que é possível adotá-lo, aquele é um dos modelos organizacionais mais adequados de prestação de cuidados de saúde à população, cujos interesses e necessidades importa, em primeiro lugar, salvaguardar” (preâmbulo do Decreto-Lei n.º 50-B/2007, de 28 de fevereiro). Desta forma, foi retomada oito anos depois a implementação do modelo organizativo de ULS, sendo aplicado a mais unidades de saúde. O regime jurídico para as ULS está presente nos diplomas que lhe dão origem.

De acordo com as disposições legais, as ULS são constituídas como pessoas coletivas de direito público de natureza empresarial, dotadas de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de dezembro. Devem igualmente reger-se pelo regime aplicado às unidades E.P.E. no seu regulamento interno<sup>82</sup> e por outras normas vigentes para o SNS (artigo 4º Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de setembro).

Em relação à avaliação da integração dos CSP com os cuidados hospitalares, em 2012 o Ministério da Saúde nomeou um Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, que avaliou a integração dos CSP em ULS (GTCSP, 2012). O quadro seguinte resume algumas das críticas feitas ao modelo por parte dos CSP, recolhidas por este documento de trabalho.

---

<sup>82</sup> Os regulamentos internos das ULS devem identificar os centros de saúde das ULS e também estabelecer as normas que permitam a efetiva articulação entre os cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados, no âmbito de uma prestação integrada de serviços, com respeito pelo disposto no Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro (Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde) (artigo 7º, Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de setembro).

Quadro 4.17 - Principais críticas dos profissionais dos CSP ao modelo de ULS

Críticas ao modelo de ULS
Excesso de zelo dos CA das ULS pela unidade hospitalar, passando as atividades dos CSP para segundo plano.
Preocupação excessiva dos gestores/dirigentes da saúde (mesmo dos provenientes dos CSP) pela atividade hospitalar, relacionada com os elevados custos que esta apresenta.
A excessiva valorização dos utentes pelos cuidados hospitalares e pela maior oferta de MCDTs.
Falta de apoio e autonomia aos ACES integrados em ULS, o que inibe o desenvolvimento adequado de resposta às populações.

Fonte: GTDCSP (2012)

No culminar destas críticas é referido no documento uma argumentação que menciona não haver vantagens para os CSP pela integração em ULS, defendendo a implementação de um modelo de autonomia semelhante ao dos hospitais empresarializados (com mecanismos de responsabilização, prestação de contas). No entanto, o documento não tira conclusões, visto ressalvar a falta de avaliação deste modelo de organização em termos do seu impacto, consubstanciando que, até 2012, não foi possível provar (mesmo na ULS Matosinhos com 13 anos de implementação) que a gestão vertical integrada (um único CA gere duas estruturas) garanta uma melhor utilização dos custos públicos, com ganhos de eficiência e efetividade (GTDCSP, 2012).

#### 4.3. O modelo de gestão empresarial

A empresarialização das unidades hospitalares insere-se numa política de modernização do SNS, que prevê a adoção de uma gestão inovadora com carácter empresarial, focada na satisfação das necessidades do utente (Nunes, 2013). Pretendia-se, como foi visto no capítulo anterior, dotar a gestão dos hospitais com um modelo inovador que proporcionasse uma maior autonomia de gestão, com vista à obtenção de maior eficiência para o sistema, a um menor custo e com resultados positivos na satisfação das necessidades dos utentes e nos direitos que lhes assistem.

Enquadradas nas políticas deste processo de implementação surgem as figuras dos hospitais como Sociedade Anónima e como Entidade Pública Empresarial. No entanto, em ambas é mantida a prestação de cuidados no setor público, bem como a sua propriedade e tutela, assim como o financiamento que se mantém assegurado por verbas do Orçamento do Estado (Campos, 2008; Harfouche, 2012; Vaz, 2010).

Todos os outros hospitais do Serviço Nacional de Saúde mantiveram, até 2005, o regime jurídico SPA. Contudo, as alterações preconizadas com a publicação da Lei n.º 27/2002, introduziram uma adaptação à gestão tradicional destas unidades, surgindo os modelos S.A. e E.P.E.. Em termos de procedimentos de gestão, são praticamente inexistentes as divergências entre os referidos modelos, pois ambos se focam numa gestão empresarial e aplicam características de gestão privada ao setor público (Harfouche, 2012). Os hospitais que permaneceram no Setor Público Administrativo sofreram influências da gestão empresarial, expressas com a publicação do Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de agosto.

Neste ponto, serão abordados os princípios implementados pela empresarialização na gestão das unidades de saúde, com foco nos hospitais do SNS, caracterizando-se os modelos de gestão S.A. e E.P.E., o novo modelo de gestão aplicado aos hospitais SPA e o exemplo do modelo de gestão hospitalar em regime PPP. Por fim estabelece-se um quadro comparativo entre estes modelos.

#### 4.3.1. Práticas de gestão empresarial introduzidas nos hospitais empresa

O processo de empresarialização assumiu várias fases, de acordo com as políticas instaladas. Numa primeira fase, em 2002, deu-se início ao processo com a empresarialização de 35 unidades SPA em 21 S.A.. Numa fase seguinte, em 2005/2006, ocorreu a tendência de se criar um único estatuto jurídico (E.P.E.) para os hospitais públicos. Logo depois, numa última fase, verificou-se uma tendência em concentrar/fundir unidades hospitalares, criando centros hospitalares e posteriormente incorporando alguns centros de saúde na formação de Unidades Locais de Saúde. Todas estas diferentes abordagens tiveram sempre como pretensão um modelo de gestão que visasse a obtenção de ganhos de eficiência para a saúde (Abreu, 2011; Rego et al, 2010).

A procura da eficiência constitui-se como um pilar da empresarialização, pelo que neste objetivo se pautam todas as práticas de gestão (Dorgan *et al.*, 2010). Barros (1999a) reconhece a fraca eficiência aliada ao crescente aumento dos custos hospitalares, como um dos problemas associados ao fraco desempenho e organização do sistema de saúde português. Num mesmo sentido, Harfouche (2008) refere a existência de uma ideia geral de que o setor da saúde é um setor ineficiente, defendendo que com os recursos que lhe estão atribuídos se

deveria produzir mais. Contudo, segundo esta mesma autora, “A gestão empresarial é vista como o elemento facilitador e potenciador de maior eficiência nos hospitais públicos. Estes passaram, ao mesmo tempo, para um sistema de financiamento diferente, baseado na contraprestação dos cuidados de saúde efetivamente realizados” (Harfouche, 2012, p. 20).

A empresarialização dos hospitais públicos, na procura de eficiência e de um desempenho ótimo, trouxe para a gestão hospitalar várias novidades ao nível das práticas utilizadas. Deste modo, foram aplicadas medidas para promover uma maior autonomia de gestão dos hospitais (o que implicou uma mudança ao nível do papel do Estado, que passa de exclusivo prestador/financiador a regulador), uma maior responsabilização da gestão, a contratualização de cuidados, a mudança no sistema de financiamento e a fusão/concentração de unidades (Harfouche, 2012; Rego et al., 2010). Nos pontos seguintes serão apresentadas estas e outras inovações/conquistas inseridas ao nível da gestão, com a introdução de práticas empresariais nos hospitais públicos.

#### 4.3.1.1. Maior autonomia e flexibilidade da gestão hospitalar

A autonomia de gestão promoveu maior liberdade de escolha e de decisão para os gestores, que deixam de estar tão dependentes do Ministério da Saúde nas suas decisões. Esta questão contribuiu para a mudança no papel do Estado, que progressivamente assistiu à separação das suas funções de prestador e financiador público do SNS (Rego et al., 2010). Na opinião de Harfouche (2008), pretendeu-se “...conferir ao Estado um papel acionista e dinamizador e multiplicar a dimensão dessa experiência, fomentando um clima de competitividade e um novo nível de exigência e de profissionalismo de gestão que permitisse ganhos de eficiência significativos na rede hospitalar” (p. 93).

A implementação de mecanismos de tipo mercado também contribuiu para a desintervenção do Estado (que se centrou em criar políticas de regulação e de contenção de custos), permitindo assim um incremento da eficiência no setor (Barros & Gomes, 2002). Com a contratualização o Estado assume cada vez mais " um papel de regulador e de organizador e comprador de serviços públicos" (Harfouche, 2008, p. 50).



Bilhim (2013) aborda este ponto, referindo que o controlo da atividade económica por parte do Estado passa também por um papel de regulador, que fiscaliza a atividade de mercado. Alvim (2011) defende a importância da separação do poder político (sobretudo o central) do poder administrativo, no que diz respeito à administração direta das unidades de saúde. Por seu turno, Nunes (2009) ao abordar este tema refere que a função estrita de regulação por parte do Estado (de modo a garantir a proteção dos direitos dos cidadãos) se insere num quadro de mudança estrutural da Administração Pública.

#### 4.3.1.2. Financiamento e contratualização

Ao nível do financiamento foram estabelecidos os custos pelos cuidados efetivamente prestados, mediante o estabelecimento de contratos-programa, tendo em conta a produção efetiva de cada hospital, fixando objetivos, metas e prioridades, com critérios definidos de qualidade (Harfouche, 2008; Pereira, 2005). “A empresarialização impõe uma relação contratual entre os hospitais S.A. e o SNS, sendo este último o adquirente dos serviços prestados e o Estado o seu acionista, definido num contrato-programa e com um plano estratégico elaborado” (Abreu, 2011, p. 107). Assim, passamos de uma política de cobertura de custos ocorridos para um sistema de pagamento de serviços efetivamente prestados. Esta mudança baseia-se na complexidade técnica da prestação, de capitação simples ou ajustada pelo *case-mix* e nos grupos de diagnóstico homogéneo (GDH) (Abreu, 2011; Harfouche, 2008; Santana, 2005).

Ao nível da contratualização esta é entendida como “...um sistema para implementar os objetivos da política de saúde, que permite gerar alternativa aos modelos tradicionais da gestão dos cuidados de saúde” (Barros & Gomes, 2002, p. 19). Passa assim a existir uma separação entre pagador e prestador, estabelecendo-se um compromisso no qual se valorizam os resultados obtidos e não os recursos usados, havendo deste modo partilha do risco, não ficando este apenas assente numa das partes (Abreu, 2011; Tribunal de Contas, 2006).

#### 4.3.1.3. Fusão e concentração de unidades de saúde

Campos (2008) sustentava para as reformas no setor hospitalar, a obtenção de uma melhoria da qualidade e eficiência. Para alcançar esses objetivos, defendeu a extensão do processo de

empresarialização a mais hospitais de modo, a que fosse possível “...melhorar a eficiência global...na prestação financiada publicamente” (Campos, 2008, p. 13). Desta forma e na promoção desses objetivos, promoveu uma política de fusão de serviços de saúde, argumentando que “ ... a luta pela eficiência na gestão dos hospitais não seria possível sem uma forte concentração de unidades (...) transformando-as em entidades públicas empresariais (E.P.E.) para ganhos de responsabilização e autonomia gestionárias” (Campos, 2008, p.42).

Como Ministro da Saúde, Correia de Campos aposta na implementação de uma gestão hospitalar nos hospitais públicos, entendida nas opções políticas definidas como uma forma de obter ganhos acrescidos de eficiência. Em 2005, para além dos progressos com a empresarialização, procedeu-se à fusão de instituições hospitalares públicas com diferentes dimensões, capacidades e especialidades (Harfouche, 2012), com o intuito que se “...poupassem recursos, até aí subutilizados em cada unidade” (Campos, 2008, p. 137).

#### 4.3.1.4. Gestão eficiente de recursos

A gestão das unidades de saúde deve ter em atenção, na obtenção de ganhos de eficiência e desempenho, a utilização dos recursos em toda a organização, pois “...melhorar a eficiência na utilização dos recursos pode originar um sistema de saúde mais justo e de melhor qualidade” (Nunes, 2009, p. 49).

Os recursos assumem uma grande importância para a eficiência, pois são provenientes de dotações do Orçamento do Estado. Como não é possível controlar a procura de cuidados de saúde, os recursos assumem-se como escassos, não devendo por isso ser desperdiçados, sendo sempre necessário realizar uma utilização adequada dos mesmos. Campos (2008) classifica o desperdício de recursos no setor da saúde como “...socialmente ineficiente e deseducativo, que representa uma situação moralmente inaceitável” (p.63). Barros (2013a) destaca que a questão da redução do desperdício não deve ser apenas um objetivo da gestão, mas sim de todos os agentes do setor da saúde.

#### 4.3.1.5. Prestação de contas e responsabilidade de gestão

Um ponto-chave de uma boa cultura de gestão do consumo de recursos, traduz-se numa prestação pública regular e transparente de contas, para que todos os cidadãos possam acompanhar a aplicação dos recursos públicos nas instituições de saúde (Harfouche, 2012).

A introdução de uma lógica empresarial teve associada como uma das suas prioridades, a implementação de mecanismos de controlo e acompanhamento dos processos, tal como se verificava no setor privado (Unidade de Missão Hospitais S.A., 2005b). Esta medida de controlo era já uma das premissas da NPM (Silvestre, 2010). Um dos mecanismos de destaque na prestação de contas foi a adoção de ferramentas de gestão, cujos indicadores representavam os resultados operacionais, a eficiência e a qualidade (Almeida & Figue, 2011). Para este efeito destaca-se a aplicação do *Tableau de Bord* e dos Relatórios de Gestão, que fornecem a informação essencial para a decisão e o controlo da atividade (Unidade de Missão Hospitais S.A., 2005a).

Estes mecanismos fomentaram uma organização da gestão da informação, com o objetivo de poder observar quais as áreas de atividade que necessitassem de maior atenção, de modo a corrigir as suas debilidades (UMHSA, 2005). Por outro lado, a monitorização da atividade aplicada a um universo de hospitais, com igual estatuto jurídico e nas mesmas condições, possibilitava uma comparação entre as unidades, permitindo análises e o levantamento de melhorias futuras, com base em estudos a realizar assentes nestes dados (Unidade de Missão dos Hospitais S.A., 2005b).

A responsabilidade da gestão, aplicada pelo estatuto empresarial nos respetivos decretos criadores das unidades de saúde, foi reforçada com a publicação do estatuto do gestor público (Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março). Esta redação aborda o gestor público numa comparação iminente ao gestor privado, na medida em que promove ações de avaliação da atividade de gestão através do desempenho, limitando algumas regalias e relevando as regras de gestão empresarial e transparência (capítulo VII, artigos 36º e 37º).

Para reforçar a boa gestão de contas, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2007, de 28 de março, aprova os princípios de bom governo das empresas do setor empresarial do

Estado. O documento legal coloca questões que se relacionam com a transparência e a prestação de contas do Conselho de Administração do hospital, definindo os princípios do bom governo das empresas do setor empresarial do Estado.

#### 4.3.1.6. Incentivos aos profissionais de saúde - avaliação de desempenho de profissionais, serviços, instituições

A eficiência hospitalar, e em particular a correta utilização de recursos, está relacionada com o envolvimento e a participação de todos os profissionais, numa prestação responsável e num empenho constante e evolutivo, a par com a gestão (Harfouche, 2012). Para tal, a gestão assume um importante papel na ligação com todas as hierarquias e grupos profissionais, de modo a dinamizar este aspeto como objetivo integrante da cultura organizacional (Lopes & Reto, 1990).

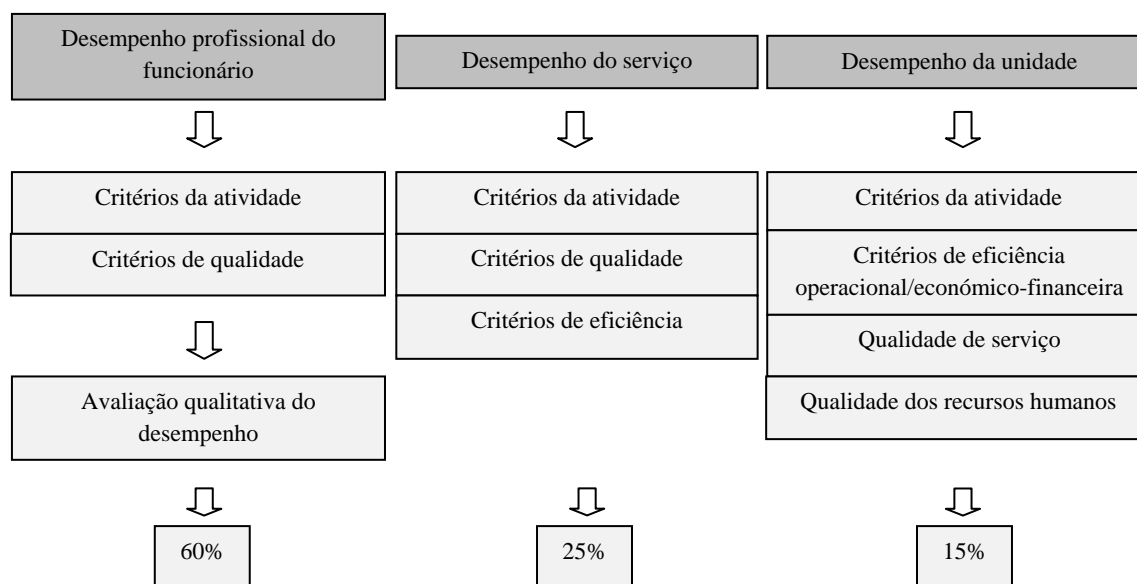
A implementação da empresarialização das unidades hospitalares fechou a admissão para os quadros da função pública e abriu portas ao contrato individual de trabalho (já testado nas experiências de gestão que antecederam a empresarialização). Os objetivos agendados para a estratégia passavam por: uma adequação das remunerações dos funcionários, numa carreira que contemplasse a nova forma de contratação; um desenvolvimento de uma base de contratação coletiva; uma certificação profissional e por uma implementação de sistemas de incentivo ao bom desempenho (Ribeiro, 2004).

Para dar seguimento a estes objetivos, a Unidade de Missão dos Hospitais S.A., com o apoio de consultores externos, elaborou uma proposta para as carreiras, para a política salarial e para a regulamentação coletiva, e um modelo para avaliação de desempenho com incentivos. Este modelo abrangia todos os profissionais independentemente do vínculo, constituindo o primeiro plano de incentivos no setor público. A retribuição (como incentivo) a pagar aos profissionais, no modelo proposto, tinha por base o desempenho do próprio, o desempenho do serviço e o desempenho do hospital Sociedade Anónima<sup>83</sup>. A figura seguinte apresenta os objetivos, as condições e as ponderações deste modelo.

---

<sup>83</sup> O objetivo era assegurar a eficiência global da unidade hospitalar, ou seja, reforçar o envolvimento de todos os profissionais e contagiar a organização de uma forma geral (Ribeiro, 2004b).

Figura 4.1 - Modelo de incentivo proposto com a empresarialização



Fonte: Ribeiro (2004, p. 73)

As normas para a avaliação do desempenho no setor público encontram-se definidas na Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro, que estabelece o sistema integrado de gestão e de avaliação do desempenho na administração pública (SIADAP). A referida lei aplica-se ao desempenho dos serviços, dirigentes e dos trabalhadores da administração pública, independentemente da modalidade da relação jurídica de emprego público (Artigo 2º, n.º 4, Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro).

O sistema de avaliação SIADAP tem uma base anual, baseando-se em objetivos e competências. Deste modo, a avaliação dos serviços, dirigentes e trabalhadores, faz-se pela comparação dos resultados obtidos relativamente aos objetivos previamente definidos e acordados entre avaliadores e avaliados, para garantir transparência e imparcialidade (Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro).

O objetivo principal da avaliação das instituições e serviços de saúde não é obter bons dados estatísticos de gestão, mas sim afinar as práticas de gestão, permitindo que os hospitais “...sejam postos e da melhor maneira ao serviço do sistema e da sua administração” (Reis, 2005, p. 32).

A avaliação da atividade dos hospitais públicos tem por base a prestação de cuidados de saúde (Dorgan et al., 2010). Nesta perspetiva, Abreu (2011) defende que para além da avaliação do

nível de eficiência atingido, é importante a par com estas avaliações, a realização de estudos que demonstrem a qualidade do serviço prestado (p. 27).

Relativamente à avaliação das políticas de saúde, Campos (1999) refere que “...uma avaliação tardia tende a ser demolidora, uma avaliação atempada pode ser reconstrutiva” (p. 29). Com esta ideia, o modelo de gestão decorrente do processo de empresarialização foi sujeito a avaliações, das quais se destacam, no ano de 2006, uma avaliação realizada pela Escola Nacional de Saúde Pública<sup>84</sup> (ENSP.), outra por parte da Comissão para Avaliação dos Hospitais S.A.<sup>85</sup> e ainda pelo Tribunal de Contas<sup>86</sup>. Em 2008 avaliou-se a eficiência dos hospitais com Ana Paula Harfouche<sup>87</sup> e no ano 2010 por Rui Nunes e Guilhermina Rego<sup>88,89</sup>.

#### 4.3.1.7. Incremento de qualidade e melhoria no atendimento ao utente

Na base da política de empresarialização das unidades hospitalares, para além das práticas de gestão, encontra-se o enfoque no utente, como ressalva de garantia de uma maior equidade no acesso e de uma melhoria da qualidade do serviço (Almeida & Figue, 2011; Bago D’uva, 2010; Ribeiro, 2004; Unidade de Missão dos Hospitais S.A., 2003).

A qualidade em meio hospitalar pode ser estabelecida em termos dos serviços e em termos clínicos. A primeira prende-se com o atendimento e é muito valorizada pelos utentes. A

---

<sup>84</sup> Este estudo da E.N.S.P. concluiu que a empresarialização em Portugal, nos primeiros dois anos, não contribuiu para uma diminuição no acesso aos cuidados de saúde. Os acréscimos de produção não implicaram sacrifícios ao nível da qualidade e da eficiência dos cuidados, que inclusivamente demonstraram resultados mais positivos nos hospitais S.A. (Costa, 2008).

<sup>85</sup> A Comissão de Avaliação dos Hospitais S.A. atingiu algumas conclusões relativamente à qualidade, ao acesso, à produção e aos custos dos hospitais S.A., comparando-os com os S.P.A. de forma geral, concluiu o modelo empresarial S.A. como mais favoráveis (tal como as conclusões do estudo da E.N.S.P.) (Comissão para Avaliação dos Hospitais S.A., 2003).

<sup>86</sup> O Tribunal de Contas no seu relatório (nº 20/2006 – Relatório global de avaliação do modelo de gestão dos hospitais do SEE 2001-2004) concluiu que o modelo empresarial se traduziu em aumentos reais de eficiência, com melhoria da qualidade global no grupo dos S.A., entre 2003-2004, e que não se verificaram evidências de menor equidade no acesso (Tribunal de Contas relatório, 2006).

<sup>87</sup> Harfouche (2008) considera que se confirmam duas hipóteses de trabalho: após a sua transformação, os hospitais S.A. são mais eficientes que os S.P.A. (refere que os hospitais transformados em S.A. apresentavam uma situação de partida mais eficiente).

<sup>88</sup> Estes autores confirmam, nos seus resultados, que a empresarialização produziu efeitos positivos no desempenho hospitalar, comparativamente com os hospitais S.P.A., referindo como principais vantagens a "Contenção de despesas; maior eficiência, gestão baseada nos resultados e incentivos à produtividade" (Nunes & Rego, 2010, p. 94).

<sup>89</sup> Não existem muitas avaliações do desempenho dos hospitais E.P.E., mas de acordo com Vaz (2010), "...o seu desempenho é mais positivo no que diz respeito à produção e acessibilidade do que no que se refere à contenção e controlo de custos, mantendo-se, ainda, uma série significativa destes hospitais com problemas graves de natureza económico-financeira” (p. 339).

percepção deste tipo de qualidade é visível nos tempos de atraso nas consultas, no conforto da sala de espera, na limpeza dos espaços, na simpatia do atendimento (desde a receção aos profissionais) e no fácil acesso, sem grandes questões burocráticas para marcações. Este tipo de qualidade está muito direcionado para a organização da gestão, que a pode controlar. Já quanto ao nível de serviço, a responsabilidade está diretamente ao alcance da organização e da sua equipa de gestão. Em termos técnicos, esta é considerada uma variável controlável, sobre a qual podemos agir, ao contrário da decisão médica (Ribeiro, 2004). A segunda, está relacionada com os resultados obtidos em saúde, ou seja com a qualidade intrínseca dos atos terapêuticos, que se narra com a obtenção do bem-estar do utentes e com a taxa de complicações após atendimento/alta hospitalar (como por ex: a taxa de readmissão). Esta é uma qualidade particular da atividade, na qual o utente, pela sua falta de conhecimentos técnicos e científicos, não possui "Não é o utente que vai discutir se um determinado exame ou medicamento foi bem ou mal prescrito, se uma cirurgia, em que ele é parte passiva, foi tecnicamente bem executada ou até se aquele profissional era o mais competente para lhe prestar o cuidado" (Ribeiro, 2004, p.74). A percepção da qualidade clínicas pelos utentes resume-se à atuação individual de cada profissional de saúde no desempenho das suas funções, em termos de disponibilidade, competência e experiência demonstradas, pelo que é de controlo mais difícil.

A qualidade é medida no utente através da sua satisfação (Almeida & Figue, 2011; Ribeiro, 2004). No progresso da empresarialização a UMHSA desenvolveu um conjunto de projetos para inovar a melhoria na satisfação dos utentes. No âmbito do acesso à rede hospitalar foi desenvolvido o projeto "Facilitar". De modo a regular e monitorizar a qualidade foi desenvolvido o projeto "Acreditar" e para melhorar os índices de qualidade, atendimento e satisfação do utente promoveu-se o projeto "ComunicaCare". Este último tinha uma visão abrangente, que incluía seis iniciativas num único programa para melhoria da satisfação.

O quadro seguinte representa estas medidas de ação.

Quadro 4.18 - O programa ComuniCare: Iniciativas

Iniciativa	Objetivos
Programa Conforto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorar infraestruturas;</li> <li>• Garantir limpeza adequada dos espaços;</li> <li>• Salvaguardar condições de segurança.</li> </ul>
Programa Atenção	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorar a cultura de serviço;</li> <li>• Melhorar a atenção ao utente;</li> <li>• Desenvolver a comunicação entre utentes e profissionais.</li> </ul>
Qualidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar uma nova atitude;</li> <li>• Zelar pelos valores e pela missão, definidos para as unidades.</li> </ul>
Satisfação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar inquéritos, regularmente, para aferir o nível de satisfação do utente através de entidades independentes.</li> </ul>
Nova identidade rede S.A.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforçar os valores e a essência da gestão empresarial.</li> </ul>
Portal Hospitalis S.A.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforçar a comunicação permanente com utentes e profissionais.</li> </ul>

Fonte: UMHSA (2004a)

#### 4.3.2. O modelo de gestão dos hospitais Sociedade Anónima

Os hospitais S.A. foram constituídos pela primeira vez no ano de 2002. O regime jurídico aplicado a estas unidades de saúde encontra-se definido na Lei n.º 27/2002 de 8 de novembro. Estas são unidades de saúde cuja titularidade do capital social pertence apenas ao Estado e a empresas de capitais exclusivamente públicos, nos termos a definir nos respetivos diplomas de criação (artigo 19º, n.º 2 da Lei n.º 27/2002 de 8 de novembro). A competência jurídica dos hospitais abarca todos os direitos e obrigações necessários à prossecução dos seus fins (artigo 3º, n.º1, Lei n.º 27/2002 de 8 de novembro). Os princípios gerais na prestação de cuidados de saúde, estão definidos no quadro seguinte.

Quadro 4.19 - Princípios gerais dos cuidados de saúde

Princípios gerais
Liberdade de escolha do estabelecimento hospitalar, em articulação com a rede de cuidados de saúde primários. Prestação de cuidados de saúde, com humanidade e respeito pelos utentes. Atendimento de qualidade, com eficácia e em tempo útil aos utentes. Cumprimento das normas de ética e deontologia profissionais.

Fonte: Número 1, artigo 6º, Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro



Os poderes de tutela económica são assegurados conjuntamente pelos Ministérios das Finanças e da Saúde, de acordo com o regime jurídico aplicável e as orientações estratégicas definidas. O Estado apresenta-se como acionista mantendo a responsabilidade de financiamento (artigo 19º, n.º 3 da Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro). No entanto, existe a possibilidade da participação de capital privado.

Estas unidades hospitalares passam a ser regidas, para além da legislação própria, pelo regime jurídico do Setor Empresarial do Estado (regime jurídico da gestão hospitalar) e pelo direito comercial (estatuto de Sociedades Comerciais Públicas). O regime financeiro e tributário é semelhante ao que vigora para as empresas privadas. Compete ao Ministro da Saúde verificar o cumprimento das orientações relativas à execução da política nacional de saúde, podendo para o efeito determinar especiais deveres de informação (Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro).

As funções atribuídas ao Ministério da Saúde são apresentadas no quadro seguinte.

Quadro 4.20 - Funções atribuídas ao Ministério da Saúde

Poderes do Estado (Ministério da Saúde).
Definir as normas e os critérios de atuação hospitalar.
Fixar as diretrizes a que devem obedecer os planos e programas de ação, bem como a avaliação da qualidade dos resultados obtidos nos cuidados prestados à população
Exigir todas as informações julgadas necessárias ao acompanhamento da atividade dos hospitais.
Determinar auditorias e inspeções ao seu funcionamento, nos termos da legislação aplicável.

Fonte: Número 1, artigo 6º, Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro

Os hospitais S.A. englobam: órgãos de administração, de fiscalização, de apoio técnico e de consulta (artigo 7º, Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro). De acordo com os diplomas de criação/trans formação dos hospitais S.A, são órgãos sociais do hospital:

- A assembleia-geral;
- O conselho de administração;
- O fiscal único (revisor oficial de contas ou uma sociedade de revisores oficiais de contas) (Decreto-Lei n.º 286/2002, de 10 de dezembro).

A estrutura organizativa do hospital contempla ainda os seguintes órgãos:

- O conselho consultivo;
- Os órgãos de apoio técnico;

- Outros órgãos que estejam previstos na lei ou no regulamento interno do hospital (artigo 5º, Decreto-Lei n.º 286/2002, de 10 de dezembro).

O Conselho de Administração é constituído por cinco membros. Destes membros, um é o Presidente do Conselho (com voto de qualidade) e dois deles têm de ser membros da direção técnica com direito de voto (membros não executivos - composto pelos diretor clínico e enfermeiro-diretor). O mandato é definido por três anos, podendo a assembleia geral destituí-los em qualquer momento em casos de má gestão ou de incumprimento dos contratos (artigo 10º Decreto-Lei n.º 286/2002, de 10 de dezembro).

Estão previstos órgãos de apoio técnico, cuja função se centra no apoio ao CA, a pedido deste ou por iniciativa própria. Como exemplos destes órgãos estão definidos: a comissão de ética; a comissão de humanização e qualidade dos serviços; a comissão de controlo e infeção hospitalar e a comissão de farmácia e terapêutica. A constituição destas comissões é definida no regulamento interno de cada unidade (artigo 20º Decreto-Lei n.º 286/2002, de 10 de dezembro).

De acordo com os diplomas de criação/trans formação dos hospitais S.A, no que diz respeito ao regime de contratação, este rege-se pelo regime do contrato individual de trabalho em vigor (mas com possibilidade de mobilização de funcionários e agentes entre unidades). O hospital pode celebrar convenções coletivas de trabalho nos termos da lei geral. As habilitações e qualificações para admissão no hospital correspondem às do Serviço Nacional de Saúde (artigo 14º, Decreto-Lei n.º 286/2002, de 10 de dezembro) (Vaz, 2010).

Estão igualmente previstos incentivos ao bom desempenho, dependentes de uma avaliação subordinada ao CA, de acordo com os regulamentos aplicados. Estes incentivos deverão estar previstos no orçamento anual dos hospitais (artigo 23º, Decreto-Lei n.º 286/2002, de 10 de dezembro).

A relação do hospital com a tutela é realizada por meio de contratos-programa a celebrar com o MS, que definem objetivos e metas "qualitativas e quantitativas, a sua calendarização, os meios e instrumentos para os prosseguir, designadamente de investimento, os indicadores para a avaliação do desempenho e do nível de satisfação das necessidades relevantes e as

demais obrigações assumidas pelas partes”. (artigo 24º, Decreto-Lei n.º 286/2002, de 10 de dezembro).

No que respeita à divulgação e controlo da informação, os hospitais ficam obrigados, mediante o artigo 6º da Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, a facultar ao MS a informação periódica da gestão, atividade prestada e indicadores, através de documentos oficiais de prestação de contas, de acordo com o definido no POCMS. Posteriormente, o MS faz uma divulgação anual por meio de um relatório com os resultados da avaliação dos hospitais, através de indicadores que demonstrem o desempenho e a eficiência das unidades (artigo 8º, Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro).

A fiscalização e certificação de contas do hospital competem a um fiscal único, que será um revisor oficial de contas ou uma sociedade de revisores oficiais de contas. No regime de extinção, os hospitais S.A. estavam sujeitos ao regime de falência e ao regime da intangibilidade do capital social, nos termos do Código das Sociedades Comerciais (previsto no n.º 1 do artigo 35º do Código das Sociedades Comerciais, alterada pelo Decreto-Lei n.º 19/2005, de 18 de janeiro).

Em termos de financiamento, este é efetuado por dotações do Orçamento de Estado. Porém, os hospitais S.A. dispõem de limites ao endividamento, que não pode ser superior a 30% do seu capital social ou estatutário (quando superior a 10% do capital social carece de autorização da assembleia geral e do parecer do fiscal único) (artigo 12º, n.º 2 e 3 do Decreto-Lei n.º 286/2002, de 10 de dezembro).

Os hospitais S.A. são obrigados a constituir, para além de uma reserva legal, outras reservas para investimentos a partir dos resultados apurados em cada exercício e das receitas afetadas ou destinadas a esse fim. São ainda retirados dos resultados de cada exercício, fundos para necessidades de "benfeitorias úteis" ou reparação das instalações e ainda para incremento de eficiência técnica e social e na qualidade do atendimento e cuidados (artigo 26º, Decreto-Lei n.º 286/2002, de 10 de dezembro).

Em suma, no que respeita à gestão destas unidades, verifica-se:

- A introdução de sistemas de avaliação por mérito e de sistemas de incentivos com base na produtividade;
- A possibilidade do endividamento do hospital não pode ser superior a 30% do seu capital social ou estatutário (quando superior a 10% do capital social carece de autorização da assembleia geral);
- A promoção de ganhos de eficiência para a saúde sem descuidar a qualidade dos cuidados prestados;
- A implementação de um sistema de financiamento baseado na contraprestação dos cuidados de saúde efetivamente realizados;
- Uma alteração do papel do Estado, que passa de prestador/financiador a regulador;
- Uma maior autonomia e flexibilidade da gestão hospitalar;
- O desenvolvimento da atividade de acordo com instrumentos de gestão previsional (planos de atividade, anuais e plurianuais, orçamentos e outros);
- O desenvolvimento de uma gestão criteriosa no respeito pelo cumprimento dos objetivos definidos pelo Ministro da Saúde;
- O financiamento das suas atividades em função da valorização dos atos e serviços efetivamente prestados, tendo por base a tabela de preços e os acordos que se encontrem em vigor no SNS;
- A promoção da articulação funcional da rede de prestação de cuidados de saúde;
- A implementação de mecanismos de tipo mercado;
- Uma gestão eficiente de recursos;
- Um controlo rigoroso dos recursos;
- A garantia aos utentes de qualidade na prestação de cuidados de saúde;
- Uma prestação de contas e responsabilidade de gestão;
- A aplicação do Plano Oficial de Contas do Ministério da Saúde;
- Um incentivo aos profissionais de saúde (Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro; Diplomas criadores das unidades S.A.).

#### 4.3.3. O modelo de gestão dos hospitais E.P.E.

Os hospitais E. P. E. são "pessoas coletivas de direito público de natureza empresarial, dotadas de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do regime jurídico do setor empresarial do Estado<sup>90</sup>, das empresas públicas e do artigo 18.º do anexo da Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro" (artigo 5º, Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro). As unidades de saúde com este estatuto são constituídas por tempo indeterminado (Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro).

As unidades E.P.E regem-se pelo regime jurídico constante da Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, com a disposição inicialmente prevista pelo Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 dezembro, sucessivamente alterado por novas disposições legais<sup>91</sup>, sendo a mais recente o Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro, pelos regulamentos internos e demais normas em vigor aplicadas ao SNS, que não colidam com outras previstas pelos diplomas citados.

O hospital E. P. E. "tem por objeto principal a prestação de cuidados de saúde à população, aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, aos beneficiários dos subsistemas de saúde, ou de entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde". Têm também por objeto "desenvolver investigação, formação e ensino, nomeadamente na formação de profissionais de saúde" (artigo 2º, Anexo II do Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro). A tutela económica das Unidades E.P.E. é garantida pelos Ministérios da Saúde e Finanças. As referidas competências de cada um são explanadas nos quadros seguintes (Abreu, 2011).

Quadro 4.21 - Funções do membro do Governo responsável pela área da saúde

Compete ao membro do Governo responsável pela área da saúde
Exigir todas as informações julgadas necessárias ao acompanhamento da atividade dos hospitais E. P. E., sem prejuízo da prestação de outras legalmente exigíveis;
Determinar auditorias e inspeções ao funcionamento dos hospitais E. P. E., de acordo com a legislação aplicável;
Homologar os regulamentos internos dos hospitais E. P. E.;
Praticar outros atos que, nos termos da lei, careçam de autorização prévia ou aprovação tutelar.

Fonte: Número 1, artigo 6º-A, Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro

<sup>90</sup> Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de dezembro.

<sup>91</sup> A primeira alteração a este diploma foi efetuada pela publicação do Decretos-Leis n.º 50-A/2007, de 28 de fevereiro, seguindo-se os Decretos-Leis n.ºs 18/2008, de 29 de janeiro; n.º 176/2009, de 4 de agosto; n.º 136/2010, de 27 de dezembro e por fim, como quinta alteração o Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro.

Quadro 4.22 - Funções do membro do Governo responsável pela área das finanças

Funções do membro do Governo responsável pela área das finanças
Aprovar os planos de atividade e os orçamentos;
Aprovar os documentos de prestação de contas;
Autorizar a aquisição e venda de imóveis, bem como a sua oneração, mediante parecer prévio do fiscal único;
Autorizar a realização de investimentos quando as verbas globais correspondentes não estejam previstas nos orçamentos aprovados e sejam de valor superior a 2 % do capital estatutário, mediante parecer favorável do fiscal único;
Determinar os aumentos e reduções do capital estatutário;
Autorizar a contração de empréstimos de valor, individual ou acumulado, igual ou superior a 10 % do capital estatutário;
Autorizar cedências de exploração de serviços hospitalares, bem como a constituição de associações com outras entidades públicas para a melhor prossecução das atribuições dos hospitais E. P. E.;
Autorizar a participação dos hospitais E. P. E. em sociedades anónimas que tenham por objeto a prestação de cuidados de saúde e cujo capital social seja por eles maioritariamente detido;
Autorizar, sem prejuízo do disposto na alínea anterior, para a prossecução dos objetivos estratégicos, a participação dos hospitais E. P. E. no capital social de outras sociedades, nos termos do regime geral do setor empresarial do Estado e das empresas públicas;
Autorizar os demais atos que, nos termos da legislação aplicável, necessitem de aprovação tutelar.

Fonte: Número 2, artigo 6º-A, Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro

As funções de superintendência dos hospitais E.P.E. são atribuídas ao Ministério da Saúde<sup>92</sup>. Estas são apresentadas no quadro seguinte.

Quadro 4.23 - Funções de superintendência atribuídas ao Ministério da Saúde

Compete ao membro do Governo responsável pela área da saúde
Aprovar os objetivos e estratégias dos hospitais E. P. E.;
Dar orientações, recomendações e diretivas para prossecução das atribuições dos hospitais E. P. E., designadamente nos seus aspectos transversais e comuns;
Definir normas de organização e de atuação hospitalar.

Fonte: Número 1, artigo 6º, Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro

Os órgãos de gestão previstos para os hospitais E. P. E. são os seguintes:

- a) O conselho de administração;
- b) O fiscal único;
- c) O conselho consultivo.

O Conselho de Administração é composto pelo presidente e por um máximo de quatro vogais que exercem funções executivas, em função da dimensão e complexidade do hospital E. P. E.,

<sup>92</sup> “O membro do Governo responsável pela área da saúde pode delegar os poderes (...) nos conselhos diretos da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., e da administração regional de saúde territorialmente competente” (artigo 6º, n.º 2, Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro).

sendo dois dos membros o diretor clínico e o enfermeiro-diretor. Os membros do Conselho de Administração são designados, sendo o diretor clínico um médico, e o enfermeiro-diretor um enfermeiro. A nomeação é realizada entre individualidades que reúnam os requisitos previstos no Estatuto do Gestor Público e possuam experiência de gestão empresarial, preferencialmente na área da saúde, observando o disposto nos artigos 12.º e 13.º do Estatuto do Gestor Público. O mandato dos membros do Conselho de Administração tem a duração de três anos e é renovável, até ao máximo de três renovações consecutivas, permanecendo aqueles no exercício das suas funções até à designação dos novos titulares, sem prejuízo da renúncia a que houver lugar (artigo 6.º, capítulo II, Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro).

O CA pode ser dissolvido em caso de “deterioração da qualidade dos serviços prestados, quando não for provocada por razões alheias ao exercício das funções pelos gestores” e ainda por outras situações previstas no n.º 1 do artigo 24.º do Estatuto do Gestor Público (Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro)<sup>93</sup> (artigo 14.º, capítulo II, Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro).

O fiscal único é o órgão responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial do hospital E. P. E. (Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro).

O Conselho Consultivo é constituído por representantes da ARS, do município, dos utentes e dos profissionais do hospital e por um representante dos voluntários (artigo 18º). Cabe a este órgão a apreciação sobre planos de atividade e acompanhamento da atividade hospitalar e ainda a emissão de recomendações em prol de um funcionamento adaptado à população (artigo 19º, Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro).

---

<sup>93</sup> Estas outras razões de dissolução passam por:

- Grave violação, por ação ou omissão, da lei ou dos estatutos da empresa;
- Não observância, nos orçamentos de exploração e investimento, dos objetivos fixados pelo acionista de controlo ou pela tutela;
- Desvio substancial entre os orçamentos e a respetiva execução;
- Grave deterioração dos resultados do exercício ou da situação patrimonial, quando não provocada por razões alheias ao exercício das funções pelos gestores (artigo 24º, Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro).

Há ainda lugar a outros serviços de consultoria técnica denominados por comissões de apoio técnico, que têm como objeto de ação uma estrita colaboração com o CA (sob pedido deste ou por iniciativa própria). Estas comissões estruturam-se em quatro áreas (ética, qualidade e segurança do doente, controlo da infeção hospitalar e farmácia/terapêutica) (artigo 21º, Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro).

Os trabalhadores dos hospitais EPE estão sujeitos ao regime do contrato de trabalho em concordância com o regime do Código do Trabalho, com as normas que definem as carreiras dos títulos profissionais, com os instrumentos de regulamentação coletiva de trabalho e com os regulamentos internos. Os processos de recrutamento "devem assentar na adequação dos profissionais às funções a desenvolver e assegurar os princípios da igualdade de oportunidades, da imparcialidade, da boa-fé e da não discriminação, bem como da publicidade, exceto em casos de manifesta urgência devidamente fundamentada" (artigo 14º, Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro). Não é possível realizar novos contratos para além da dotação definida.

A organização interna (serviços, departamentos e unidades funcionais) dos hospitais E.P.E. está disposta em centros de responsabilidade. Este tipo de processos permite o desenvolvimento de atividades programadas através de uma contratualização interna com autonomia e responsabilidade (artigo 9º). Para acompanhar estes desenvolvimentos existe um serviço de auditoria, o auditor interno, responsável pela avaliação de processos dos centros de responsabilidade e pela gestão do risco "contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos" (artigo 15º, Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro).

Com a atribuição de funções aos órgãos, definidas pelo estatuto E.P.E., com a organização interna, depara-se com uma maior autonomia sem prejuízo do acesso aos utentes e pelo contrário, a decisão envolve a comunidade, a gestão e os profissionais (Harfouche, 2012).

Em relação ao financiamento destas unidades, este é baseado na base XXXIII da Lei de Bases da Saúde, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro. As atividades são pagas pelo Estado através de contratos-programa celebrados com o MS, tal como se verificava nas unidades S.A.. Porém, no caso dos hospitais E.P.E o endividamento não pode exceder os 30% do respetivo capital estatutário, não estando prevista a falência por



motivos económicos, dado que o único acionista é o Estado (artigo12º). Estas unidades seguem o Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde na contabilidade, adaptado às suas especificidades e natureza jurídica, quer em termos de gestão previsional (artigo24º), ou da gestão financeira (orientada com um conjunto de instrumentos de gestão previsional. O quadro seguinte apresenta as ferramentas dispostas para esse efeito).

Quadro 4.24 - Instrumentos de gestão previsional

Ferramentas de gestão previsional para os hospitais E.P.E.
Planos plurianuais e anuais de atividades, de investimento e financeiros, com um horizonte de três anos;
Orçamento anual de investimento;
Orçamento anual de exploração, desdobrado em orçamento de proveitos e orçamento de custos;
Orçamento anual de tesouraria;
Balanço previsional;
Contratos-programa internos/externos.

Fonte: Artigo 22º, capítulo III, Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro

O regime de aquisições de bens e serviços externos e a contratação de empreitadas (presentes no regulamento interno) regem-se pelas normas do direito privado com cumprimento dos “princípios gerais da livre concorrência, transparência e boa gestão, designadamente a fundamentação das decisões tomadas” (artigo 13º, Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro).

A prestação de contas nos hospitais E.P.E. pauta-se por um conjunto de informação de gestão, atividade assistencial e balanços económico-financeiros. O quadro seguinte apresenta os documentos de prestação de contas a realizar no final de cada ano civil pelos hospitais E.P.E. (Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro).

Quadro 4.25 - Documentos de prestação de contas

Documentos de prestação de contas
Relatório do Conselho de Administração e proposta de aplicação dos resultados;
Relatório sobre a execução anual do plano plurianual de investimentos;
Balanço e demonstração de resultados e respetivos anexos;
Demonstração de fluxos de caixa;
Relação dos empréstimos contraídos a médio e longo prazos;
Certificação legal de contas;
Relatório e parecer do fiscal único.

Fonte: Artigo 25º, capítulo III, Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro

Tal como nos hospitais S.A. estão também previstos, nos estatutos dos hospitais E.P.E., a reserva e os fundos financeiros. Assim, preconiza-se a constituição de uma reserva legal (percentagem igual ou superior a 20% dos resultados de cada exercício, utilizada para cobrir eventuais prejuízos resultantes do exercício) e de uma reserva para investimentos (constituída pela parte dos resultados apurados em cada exercício que lhe está destinada, pelas receitas de participações, dotações, subsídios, subvenções ou outras compensações financeiras de onde o hospital é beneficiário) (artigo 23º capítulo III, Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro).

Em suma, no que respeita à gestão destas unidades, verifica-se que:

- O capital é público;
- O endividamento dos hospitais E.P.E. não pode exceder em qualquer momento o limite de 30% do respetivo capital estatutário;
- Apresentam um serviço de auditoria interna (avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos);
- Os serviços, departamentos e unidades funcionam em centros de responsabilidade;
- A gestão financeira e patrimonial do hospital E. P. E. rege-se por instrumentos de gestão previsional;
- Está vigente o Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde até que estejam verificadas as condições para a transição para o Sistema de Normalização Contabilística, nos termos a definir por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde;
- Aplicação de instrumentos de prestação de contas do hospital E.P.E. a elaborar anualmente com referência a 31 de dezembro de cada ano;
- Regulamentos internos dos hospitais E.P.E. que garantam o cumprimento dos princípios gerais de transparência e boa gestão (Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro).

#### 4.3.4. Pontos convergentes e divergentes entre os hospitais empresarializados (S.A./E.P.E.)

Os hospitais sujeitos ao processo de empresarialização têm em comum a sua natureza empresarial, a autonomia administrativa, financeira e patrimonial, os órgãos sociais e os órgãos de gestão e de fiscalização, ao nível da relação contratual com a tutela (financiamento prospetivo através de contratos-programa) (Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro; Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro).

Os hospitais S.A. e E.P.E. apresentam algumas diferenças:

- No que diz respeito ao capital, aos hospitais S.A. é permitida a participação de outras empresas (públicas ou privadas). O mesmo não se verifica nos hospitais E.P.E., onde o Estado é o único acionista, pelo que o capital é exclusivamente público, ficando assim impossibilitada a cedência a entidades privadas (capítulo I, artigo 7º e capítulo III, artigo 26º ambos do Decreto-Lei n.º 300/2007, de 23 de agosto; OPSS, 2005).
- Ao nível das sociedades anónimas, os direitos de propriedade determinam uma relação acionista do Estado através dos Ministérios das Finanças e da Saúde e da participação de outras entidades privadas (artigo 19º da Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro). Nas unidades E.P.E., a relação dos poderes de tutela económica e financeira é apenas assegurada através do Ministério da Saúde e da Direcção-Geral do Tesouro e Finanças, sob a direcção do Ministro das Finanças (artigo 10º, Decreto-Lei n.º 300/2007, de 23 de agosto; OPSS, 2005).
- Nos hospitais S.A., o controlo financeiro e a certificação de contas são desenvolvidas por revisores oficiais de contas (nos termos do Código das Sociedades Comerciais). Nas unidades E.P.E., a prestação de contas carece de um parecer da Inspeção-geral das Finanças, previamente ao envio para a tutela (OPSS, 2005);
- A contratação laboral tem por base o contrato individual de trabalho em ambos os regimes jurídicos. No entanto, as unidades E.P.E. não podem celebrar contratos de trabalho além do previsto nos respetivos orçamentos e planos de atividade aprovados pela tutela (Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro);
- No regime de extinção, os hospitais S.A. estão sujeitos ao regime de falência e ao regime da intangibilidade do capital social, nos termos do Código das Sociedades Comerciais (previsto no n.º 1 do artigo 35º do Código das Sociedades Comerciais,

alterada pelo Decreto-Lei n.º 19/2005, de 18 de janeiro). O regime aplicado às unidades E.P.E. não prevê a falência por motivos económicos;

- Os hospitais S.A. preveem um limite máximo de endividamento que não pode ser superior a 30% do seu capital social (e o endividamento superior a 10% do capital social carecia de autorização da assembleia geral), enquanto que nos hospitais EPE o limite de endividamento é igualmente 30% do respetivo capital social, não podendo ser ultrapassado sem autorização da tutela (Decreto-Lei n.º 233/2005; Decreto-Lei n.º 300/2007);
- Relativamente ao plano contabilístico aplicável, os decretos de criação dos hospitais sociedade anónima não referiam a opção pelo Plano Oficial de Contabilidade (POC) ou pelo Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS). No entanto, relativamente aos hospitais EPE, o Decreto-Lei n.º 233/2005 expressa a utilização do POCMS. Mais tarde, por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde (Despacho n.º 17164/2006 de 7 de junho), ocorreram adaptações necessárias do POCMS para os hospitais E.P.E..

#### 4.3.5. A influência da empresarialização na gestão dos hospitais que permaneceram no SPA

De acordo com as novas reformas ocorridas na gestão hospitalar, tornou-se necessário que os hospitais, que após 2002 mantiveram o seu estatuto jurídico integrado no Setor Público Administrativo, apresentassem um modelo de gestão mais moderno, com o objetivo de não serem acentuadas as divergências ao nível da eficiência de gestão (Abreu, 2011). Desta forma, estas unidades foram alvo de uma nova estrutura organizacional por influência dos novos modelos de gestão empresarial (Alves, 2012; OPSS, 2003; Harfouche, 2008).

A publicação do Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de agosto<sup>94</sup> estabelece "a estrutura orgânica das instituições hospitalares públicas, a composição, as competências e o funcionamento dos órgãos de administração, apoio técnico, fiscalização e consulta", bem como "os modelos de financiamento e de avaliação da atividade dos hospitais do Setor Público Administrativo

---

<sup>94</sup> Revoga o artigo 13º do Decreto-Lei n.º 312/84, de 26 de setembro; Os artigos 1.º, 2.º, 5.º e 6.º do Decreto-Lei n.º 39/2002, de 26 de fevereiro; O Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de setembro; O Decreto Regulamentar n.º 3/88, de 22 de janeiro; O Decreto Regulamentar n.º 7/89, de 4 de março e o Decreto Regulamentar n.º 14/90, de 6 de junho.

(SPA) integrados na rede de prestação de cuidados de saúde" (sumário do Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de agosto). No preâmbulo deste diploma são ressalvadas as medidas de procura de eficiência e de melhor desempenho para as unidades hospitalares, referindo-se a transformação de um "modelo tradicional de financiamento dos hospitais, baseado em orçamentos históricos (...) substituído por um novo regime de pagamento dos actos, das técnicas e dos serviços efetivamente prestados, segundo uma tabela de preços única para todo o SNS".

A publicação deste diploma reforça a definição de hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA) como "estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial", cuja capacidade jurídica abrange a universalidade dos direitos e obrigações necessários à prossecução dos seus fins (artigo 2º Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de agosto).

Em relação à estrutura orgânica, esta mantém-se, continuando a compreender órgãos de administração, apoio técnico, fiscalização e consulta (artigo 4º). No entanto, dentro da composição do CA existe uma alteração com a substituição da figura de administrador-delegado por um ou dois vogais executivos. Nas funções atribuídas a este órgão regista-se uma maior amplitude para o Presidente (artigo 5º, n.º1).

Em termos de organização, os hospitais devem estruturar-se em serviços (unidades básicas da organização – serviço de ação médica; serviços complementares de diagnóstico e terapêutica e serviços de apoio), departamentos (agregação de serviços) e unidades funcionais "agregações especializadas de recursos humanos e tecnológicas, integradas em serviços ou departamentos ou partilhadas por departamentos e serviços distintos" (artigo 19º).

As estruturas orgânicas dos hospitais desenvolvem a sua ação por centros de responsabilidade e de custo (n.º3, artigo 11º da Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro). Porém, estabelece-se agora a figura de um contrato de gestão<sup>95</sup> entre o hospital e a tutela, que tem por objetivo a "definição de objetivos e metas quantitativas do plano de atividade do hospital no âmbito da prestação de serviços e cuidados de saúde" (Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro). É tida em consideração a implementação de padrões de qualidade e de sistemas de monitorização e

---

<sup>95</sup> Alteração da Lei nº40/90 (Base XXXIII).

avaliação (artigo 31º). O pagamento dos serviços será efetuado de acordo com a atividade prestada (e não pelo histórico), mediante um preço definido em função dos resultados numa tabela a aprovar pela tutela (artigo 30º) (Abreu, 2011).

Em relação aos recursos humanos está previsto o contrato individual de trabalho<sup>96</sup> (Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de agosto) e a implementação (artigo 32º) de um sistema de avaliação de desempenho como instrumento de gestão e motivação dos profissionais (Abreu, 2011).

Nos termos do artigo 8º da Lei n.º 27/2002, aplica-se a norma de divulgação pública, pelo Ministério da Saúde, dos indicadores de desempenho e eficiência após envio prévio de relatório à ARS (até 30 de março de cada ano, com informação relativa ao ano anterior) (artigo 33º).

A contratação de prestação de serviços pode reger-se, para além da contratação pública, pelas normas de direito privado (artigo 38º).

#### 4.3.6. O modelo de gestão dos hospitais em regime PPP

As PPP no setor da saúde abrangem projetos de concessão da gestão de hospitais públicos a sociedades gestoras (privadas), sujeitas ao Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. Este documento legal define o regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamentos privados, permitindo o uso das parcerias público-privadas na construção e gestão de hospitais. Um ano mais tarde foi publicado o regime legal das PPP (Decreto-Lei n.º 86/2003 de 26 de abril)<sup>97</sup>, que definiu as normas especiais aplicáveis às parcerias, aprovando a presença de regimes setoriais, como é o caso do setor da saúde. Os motivos que estiveram na base do recurso às PPP foram os resultados dos estudos estratégicos e económico-financeiros, elaborados no âmbito da preparação e do lançamento de cada concurso (Harfouche, 2008).

---

<sup>96</sup> Alteração da Lei n.º 40/90 (Base XXXI) - "Os profissionais de saúde que trabalham no Serviço Nacional de Saúde estão submetidos às regras próprias da Administração Pública e podem constituir-se em corpos especiais, sendo alargado o regime laboral aplicável, de futuro, à lei do contrato individual de trabalho e à contratação coletiva de trabalho" (Decreto-Lei n.º 27/2002, de 24 de agosto).

<sup>97</sup> Alterado pelo Decreto-Lei n.º 141/2006 de 27 de julho.

Os contratos em regime de PPP não podem exceder o prazo de 30 anos, podendo ser prorrogados nos termos fixados nos documentos contratuais (artigo 11º Decreto-Lei n.º 185/2002).

No ano 2001, deu-se início ao processo de implementação do modelo PPP com a criação da estrutura de missão “Parcerias.Saúde” (EMPS) através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/2001, de 16 de novembro. O objetivo da implementação da EMPS era "desenvolver e implementar no setor da saúde experiências inovadoras de gestão, designadamente parcerias público-públicas e público-privadas, aplicando-as aos estabelecimentos hospitalares e ao universo de unidades de prestação de cuidados primários e de cuidados continuados de saúde" (sumário do Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/2001). Esta estrutura assumiu grande importância dada a necessidade de apoiar o Ministério da Saúde no lançamento, acompanhamento e avaliação setorial das parcerias público-privadas. Porém, esta foi extinta, sendo que no ano 2008 as suas funções foram integradas na ACSS (Decreto-Lei n.º 234/2008, de 2 de dezembro).

De acordo com Simões (2004a) a provisão e prestação de cuidados de saúde contratualizadas com as entidades privadas, através de PPP, são de forma global financiadas pelo SNS, mediante avaliação prévia, tendo por base os princípios de universalidade, acessibilidade, equidade e gratuidade tendencial. As parcerias apresentam um planeamento, financiamento e controlo públicos e um investimento e gestão privados. O programa de PPP na saúde tinha como objetivos: melhorar o acesso da população da área de influência das unidades, aos cuidados primários e especializados de saúde; melhorar a qualidade dos cuidados de saúde focando aspetos como o bom atendimento, o acolhimento e a humanização; construir unidades hospitalares modernas adaptadas à inovação tecnológica e com padrões atuais de infraestruturas para prestar cuidados de saúde, e adotar um modelo de gestão empresarial, mais eficiente, económico e eficaz, cujos riscos a existirem, sejam para o parceiro privado (Simões, 2004a),

Os projetos de parceria pressupunham uma preparação técnica exigente, requerendo uma gestão integrada das atuações dos vários departamentos do Ministério da Saúde<sup>98</sup>, de modo a imprimir uma abordagem transversal e coerente ao nível de cada projeto. Foram constituídos grupos de coordenação interdepartamental (GCI) para o lançamento de parcerias público-privadas (PPP) nas diferentes regiões (GCI/PPP Norte; GCI/PPP Norte; GCI/PPP Lisboa e Vale do Tejo; GCI/PPP Alentejo; GCI/PPP Algarve). Estes grupos eram presididos pelo presidente da EMPS e constituídos ao nível da representação departamental pela Direção-Geral da Saúde, pelo Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, pela Direção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde e pela respetiva Administração Regional de Saúde. Estava ainda preconizado um membro do conselho de administração de cada unidade hospitalar, a substituir ao nível de cada projeto PPP (Despacho n.º 19946/2002, de 10 de setembro).

#### 4.3.6.1. A primeira vaga de PPP na saúde

O Governo anunciou a primeira vaga de PPP da saúde, em 2001. Esta abrangia cinco parcerias que incluíam dois novos hospitais (Sintra – não executado e Loures - 2012) e três hospitais de substituição (hospitais de Cascais - 2010, Braga - 2012 e Vila Franca de Xira - 2013). No ano de 2002, foram anunciadas mais cinco parcerias (Algarve, Évora, Guarda, Vila Nova de Gaia e Póvoa do Varzim/Vila do Conde) (Tribunal de Contas, 2009a).

De acordo com o Tribunal de Contas (2009), a primeira vaga de PPP na saúde, em Portugal, corresponde a um modelo DBFOT (*Design, Build, Finance, Operate, Transfer*). De forma sucinta, neste modelo a componente privada assume o encargo do projeto da construção, do financiamento, da exploração do hospital e dos serviços clínicos. Deste modo, estabelecem-se contratos distintos, um para a construção e manutenção do edifício e outro para a prestação de cuidados de saúde. Assim, duas entidades gestoras realizam contratos distintos com diferentes fluxos de pagamento e duração. A entidade gestora responsável pela construção das infraestruturas (entidade gestora do edifício) compromete-se a assumir a responsabilidade por um período de 30 anos, ao passo que a entidade gestora responsável pela gestão hospitalar e

---

<sup>98</sup> Na medida em que as PPP se encontram dependentes do Ministro das Finanças, a assessoria técnica foi atribuída à PARPÚBLICA – Participações Públicas (SGPS), S.A., sociedade de capitais exclusivamente públicos, cujo objetivo social se resume a atividades de direta prossecução do interesse público.



prestação de serviços clínicos (entidade gestora do estabelecimento), se compromete por um período contratual de 10 anos (Tribunal de Contas, 2009a).

No quadro seguinte identificam-se estas unidades de saúde e caracterizam-se ao nível da sua localização, início de atividade, entidades envolvidas no contrato de gestão, bem como a população e os concelhos da sua área de abrangência.

Quadro 4.26 - Aspetos comparativos relativos às PPP na saúde

	Hospital Dr. José de Almeida	Hospital Beatriz Ângelo	Hospital Braga	H. Vila Franca de Xira
Local	Cascais	Loures	Braga	V. Franca de Xira
Início da atividade	fevereiro de 2010	janeiro de 2012	maio de 2012	maio de 2013
Desenvolvimento do projeto	HPP Saúde, S.A. Teixeira Duarte, S.A.	Consis Loures <sup>99</sup>	Escala Braga, S.A.	Escala Vila Franca, S.A.
Entidade pública contratante	ARS LVT	ARS LVT	ARS Norte	ARS LVT
Entidade gestora do estabelecimento	HPP Saúde - Parcerias Cascais, S.A.	SGHL, S.A.	Escala Braga, S.A.	Escala Vila Franca, S.A.
Entidade gestora do edifício	TDHOSP, S.A.	HL, S.A.	Escala Braga, S.A.	Escala Vila Franca, S.A.
População <sup>100</sup>	285000 hab.	272000 hab.	1093000 hab.	244000 hab.
Concelhos	Cascais Sintra <sup>101</sup>	Loures Mafra Odivelas Sobral de Monte Agraço	Amares Braga Póvoa de Lanhoso Terras do Bouro Vieira do Minho Vila Verde	Alenquer Arruda dos Vinhos Azambuja Benavente Vila Franca de Xira

Fonte: Elaboração própria com base nos dados institucionais

#### 4.3.6.2. A segunda vaga de PPP na saúde

Na segunda fase de PPP, reanunciada em 2006 após estudo de priorização, foram definidas seis novas parcerias, que por ordem de implementação são: o Hospital de Todos os Santos (Lisboa Oriental), o Hospital de Faro (Algarve), o Hospital do Seixal, o Hospital de Évora, o Hospital de Vila Nova de Gaia e o Hospital Póvoa do Varzim/ Vila do Conde. Verifica-se que do anúncio feito em 2002 para o de 2006, existem alterações nos hospitais. Assim, o Hospital da Guarda não consta da lista de 2006, tendo sido adicionados os hospitais de Lisboa Oriental

<sup>99</sup> Consórcio privado presidido pela Espírito Santo Saúde, que conta com a participação da Mota-Engil, Opway, Banco Espírito Santo e Dalkia.

<sup>100</sup> Tribunal de Contas (2013).

<sup>101</sup> Oito freguesias do concelho de Sintra, exclusivamente na área materno-infantil (Algueirão-Mem Martins; Pêro Pinheiro; Colares; S. João das Lampas; Santa Maria a São Miguel; S. Martinho; S. Pedro de Penaferrim; Terrugem).

e do Seixal, que por sua vez não listavam do anúncio ocorrido em 2002<sup>102</sup> (Tribunal de Contas, 2009a).

Esta segunda vaga de PPP não se concretizou devido às imposições de restrição orçamental constantes do Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica, firmado pelo Governo português com o Fundo Monetário Internacional (FMI), a Comissão Europeia (CE) e o Banco Central Europeu (BCE), a 17 de maio de 2011.

#### 4.3.6.3. Caracterização de gestão das PPP na saúde

Na seguinte tabela resumem-se as características aplicadas aos hospitais em regime de PPP, comuns aos contratos de gestão dos hospitais.

Quadro 4.27 - Principais pontos constantes nos contratos das PPP em saúde

Dimensão	Caraterísticas do modelo PPP
Regime jurídico aplicável	Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos.
Propriedade	Privada.
Estrutura do capital	Privada.
Tipo de gestão	Natureza empresarial (instrumentos do direito privado).
Órgãos de Governo	Conselho Administração (constituído por 1 presidente e 4 vogais). Assembleia-geral (sociedade) e órgãos de fiscalização (fiscal único e suplente).
Relação com o Estado	Contratual por contratos de concessão ao nível da estrutura e da gestão hospitalar.
Duração dos contratos	O contrato com a entidade gestora do estabelecimento - 10 anos (contados da data de transmissão do estabelecimento hospitalar, podendo ser renovado por períodos não superiores a 10 anos). O contrato com a entidade gestora do edifício - 30 anos (contados da data de produção de efeitos do contrato, podendo ser renovado por períodos não superiores a 10 anos).
Fiscalização	Administração Regional de Saúde (ARS).
Regime de contrato	Contratos individuais de trabalho (CIT).
Financiadores	As entidades gestoras são responsáveis pela obtenção dos fundos necessários ao desenvolvimento de todas as atividades que integram o contrato, por forma a cumprir todas as suas obrigações contratadas. Dotações da entidade pública contratante (Ministério da Saúde que se faz representar pelas respetivas ARS). Contribuições pagas pelos terceiros pagadores e pelos utentes através das taxas moderadoras.
Sistema de financiamento	Prospetivo (SNS);

<sup>102</sup> Esta segunda vaga de PPP não se concretizou devido às imposições de restrição orçamental constantes do Memorando de Entendimento de 2011.

	Retrospectivo (Subsistemas).
Investimentos	Dependentes da aprovação da assembleia geral dos acionistas particulares.
Imposições de gestão relativas ao modelo organizacional	A gestão das unidades PPP tem de apresentar e atualizar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- O modelo assistencial e organizacional, incluindo o respetivo organigrama funcional.</li> <li>- O regulamento de atividades contendo os vários procedimentos dos serviços e áreas do hospital.</li> <li>- Os protocolos e guias clínicos existentes.</li> </ul>
Avaliação da produção hospitalar	Desempenho hospitalar avaliado por: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Episódios de internamento por GDH;</li> <li>• Intervenções cirúrgicas do ambulatório por GDH;</li> <li>• Número de episódios de urgência;</li> <li>• Número de consultas externas;</li> <li>• Número de sessões em hospital de dia médico, pediátrico e psiquiátrico.</li> </ul> <p>A determinação da produção prevista para o ano seguinte realiza-se por acordo entre a entidade pública contratante e a entidade gestora do estabelecimento, com base:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Na utilização hospitalar dos últimos 5 anos pela população da área de influência;</li> <li>• Na atividade desenvolvida nos últimos 5 anos em cada uma das áreas de atividade consideradas;</li> <li>• Na capacidade efetiva do estabelecimento hospitalar;</li> <li>• Na utilização no último ano pelas populações limítrofes.</li> </ul>
Avaliação do desempenho	Efetuada pela entidade contratante por áreas e por serviço (resultados do cumprimento dos parâmetros estabelecidos) e pela satisfação onde é avaliado o índice de satisfação dos doentes.
Qualidade:	Existe um sistema de gestão da qualidade que incorpora: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistemas de gestão ambiental - ISO 14001;</li> <li>• Programas de monitorização e avaliação dos resultados assistenciais;</li> <li>• Inquéritos periódicos à satisfação dos utentes e dos profissionais nas grandes áreas de atividade;</li> <li>• Processo de acreditação;</li> <li>• Sistemas de planeamento de altas;</li> <li>• Sistemas de controlo de infeção hospitalar;</li> <li>• Sistemas de informação (para prestação de cuidados de saúde aos utentes e para atividades económico financeiras e de manutenção).</li> </ul>
Prestação de contas e resultados da entidade	Pressupõe a emissão de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relatórios de gestão e contas, elaborados de acordo com o plano oficial de contabilidade;</li> <li>• Parecer do órgão de fiscalização e certificação legal de contas da sociedade;</li> <li>• Relatório de auditoria emitido pelo auditor independente;</li> <li>• Balanço social;</li> <li>• Balancete de contabilidade analítica;</li> <li>• Inventário atualizado.</li> </ul>

Fonte: Contratos de gestão dos hospitais em regime PPP (Cascais, Loures, Braga e Vila Franca de Xira)

## 4.3.7. Pontos divergentes/convergentes dos atuais modelos de gestão

Quadro 4.28 - Comparação dos modelos de gestão hospitalar vigentes no sistema de saúde português

Dimensões	Hospitais SPA	Hospitais S.A.	Hospitais E.P.E.	Hospitais PPP
Regime jurídico aplicável	Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial	Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos	Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial	Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos empresariais
Propriedade	Pública	Pública (permite participação privada)	Pública	Privada
Estrutura do capital	Público	Público (Estado como acionista)	Público	Privado
Tipo de gestão	Pública	Empresarial	Empresarial	Privada/ Empresarial
Órgãos de governação	Conselho Administração	Conselho Administração Assembleia-geral Órgãos de fiscalização	Conselho Administração Fiscal único Conselho consultivo	Conselho Administração Assembleia-geral Órgãos de fiscalização
Autonomia	Estreita/ subordinação ao regime de direito público	Ampla - normas do direito privado, diretivas da UE e mecanismos internos de controlo de gestão	Ampla - normas do direito privado, diretivas da UE e mecanismos internos de controlo de gestão	Autonomia total com próprios mecanismos internos de controlo de gestão
Sistema de financiamento	Retrospectivo até 2003 (SNS)	Prospetivo (SNS) Retrospectivo (Subsistemas)	Prospetivo (SNS) Retrospectivo (Subsistemas)	Prospetivo (SNS) Retrospectivo (Subsistemas)
Endividamento	Não aplicável	Não pode exceder 30% do capital social ou estatutário (carecia de autorização do conselho geral para exceder os 10%)	Não pode exceder 30% do capital social ou estatutário (exceto com autorização da tutela)	Não aplicável
Investimentos	Autonomia limitada. O investimento carecia de aprovação para ser inserido no plano de atividades anual	Maior autonomia de gestão em definir os investimentos e inseri-los no plano de atividades aprovado pela tutela	Maior autonomia de gestão em definir os investimentos e inseri-los no plano de atividades aprovado pela tutela	Autonomia total/ depende da aprovação da assembleia geral dos acionistas particulares
Origem do financiamento	Público e privado	Público e privado	Público e privado	Público e privado
Relação contratual	Pagamento histórico (até 2003) Contratos-programa estabelecidos com Ministério da Saúde (ARS) (a partir de 2003)	Contratos-programa estabelecidos com Ministério da Saúde (ARS)	Contratos-programa estabelecidos com Ministério da Saúde (ARS)	Não se efetuam contratos programa. Há uma produção acordada anualmente
Regime de contratação de recursos humanos	Regime da função pública (autorização da tutela)	Contratos individuais de trabalho (CIT)	Contratos individuais de trabalho (CIT)	Contratos individuais de trabalho (CIT)
Incentivos ao desempenho	Não existiam	Previstos	Previstos	Previstos e aplicados

Fonte: Elaboração própria.

O quadro seguinte representa esquematicamente os principais documentos legais da evolução da gestão hospitalar, até ao final de 2012.

Quadro 4.29 - Principais documentos legais na evolução dos hospitais até 2013

1946	1958	1961	1963	1968	1977	1988
Lei de Bases da Organização Hospitalar (Lei n.º 2011, de 2 de abril)	Ministério da Saúde e Assistência (Decreto-Lei n.º 41825, de 13 de agosto)	Direcção-Geral dos Hospitais (Decreto-Lei n.º 43853 de 10 de agosto)	Estatuto de Saúde e Assistência (Lei n.º 2120, de 19 de Julho)	Estatuto Hospitalar (Decreto n.º 48357, de 27 de abril)	Lei orgânica hospitalar (Decreto-Lei n.º 129/77, de 2 de abril)	Lei de gestão hospitalar (Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro)
				Regulamento Geral dos Hospitais (Decreto-Lei n.º 48358, de 27 de abril)		
1990	1993	1994	1995	1998	1999	2001
Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 40/90, de 4 de agosto)	Estatuto do SNS (Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro)	Aprovação do cadernos de encargos tipo para contratos de gestão no SNS (Portaria n.º 704/94, de 25 de julho)	Contrato de gestão do HFF com Sociedade Gestora Amadora-Sintra	Gestão empresarial do HSS (Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de junho)	Cria a ULS de Matosinhos (Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de junho)	Gestão empresarial do HBA (Decreto-Lei n.º 76/2001, de 27 de fevereiro)
						EMPS (Res. do Conselho de Ministros n.º 162/2001, de 16 de novembro)
2002	2002	2003	2003	2005	2005	2012
Medidas para transformação dos hospitais (Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002, de 7 de março)	Aprovação novo regime jurídico da gestão hospitalar (Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro)	Regulamentação do regime jurídico da gestão hospitalar (Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de agosto)	Criada a Unidade de Missão dos Hospitais S.A. (Resolução do Conselho de Ministros n.º 15/2003, de 5 de fevereiro)	Transformação de 35 Hospitais S.A. em 31 E.P.E. (Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de julho)	Continuação da passagem dos Hospitais S.A. a E.P.E. (Decreto-Lei n.º 233/2005)	Última alteração ao Decreto-Lei n.º 233/2005 (Decreto-lei 244/2012, de 9 de novembro)

Fonte: Elaboração própria



## 5. A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE EMPRESARIALIZAÇÃO EM PORTUGAL

O processo de transformação do estatuto dos hospitais públicos em Portugal não seguiu uma conduta gradual nem contínua, preexistindo sempre em simultâneo várias formas de gestão e organização. Como foi observado nos capítulos anteriores, às disposições legais seguiram-se pequenas experiências de gestão, nunca assumindo a aplicação de um único estatuto para a totalidade dos hospitais. Porém, ao optar-se pelo estatuto empresarial, de uma só vez empresarializaram-se 34 unidades, sendo que ao longo dos anos estas e outras (que permaneceram no SPA) foram alterando o seu estatuto (para E.P.E.) e o modo de organização (hospital, centro hospitalar e unidade local de saúde). Barros (2004), a este respeito, refere-se às reformas com o termo "*mixed bang*". Este autor faz um analogismo com o termo, reportando o mesmo ao facto da reforma não ter sido gradual (não se assistiu a uma integração gradual de um pequeno número de unidades), nem foi "explosiva", numa ótica de transformação global ao qual aplica o termo "*big bang*".

Neste capítulo é feita uma extensa leitura e revisão dos documentos legais criadores de unidades de saúde, numa tentativa de organizar os ciclos de transformações por fases, denominadas por vagas de empresarialização, desde 2002 até 2013. A distribuição das vagas de empresarialização, em cada ano, foi realizada de acordo com o tipo de estatuto jurídico e com o volume de transformação. Assim, a apresentação da implementação do processo de empresarialização em Portugal foi estruturada em seis vagas. O quadro seguinte enquadra estas vagas cronologicamente.

Quadro 5.1 - Vagas de empresarialização definidas para apresentação do processo de empresarialização em Portugal, entre 2002 e 2013

Período/Ano	Fase do processo de empresarialização
2002-2004	Primeira vaga de empresarialização
2005-2006	Segunda vaga de empresarialização
2007	Terceira vaga de empresarialização
2008	Quarta vaga de empresarialização
2009/2010	Quinta vaga de empresarialização
2011/2013	Sexta vaga de empresarialização

Fonte: Elaboração própria

Nos próximos pontos são caracterizadas cada uma destas fases. As unidades são assim distinguidas por estatuto jurídico (SPA, S.A. e E.P.E.), forma de organização (hospital singular, centro hospitalar ou unidade local de saúde) e por Administração Regional de Saúde (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve). Desta forma, demonstra-se todo o processo de empresarialização registado em Portugal, de modo a serem perceptíveis as alterações de estatuto e do número de unidades.

### 5.1. Os hospitais do Setor Público Administrativo sujeitos ao processo de empresarialização

Antes do final de 2002 o parque hospitalar público português é todo constituído por unidades integradas no Setor Público Administrativo, geridas pelo regime tradicional da gestão pública. Constituem exceções os regimes especiais aplicados nas experiências de gestão empresarial (mantendo o estatuto jurídico de SPA) no Hospital de São Sebastião (em Santa Maria da Feira), na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, no Hospital do Barlavento Algarvio e na concessão de gestão do Hospital Fernando da Fonseca a um grupo privado.

Quadro 5.2 - Hospitais públicos existentes em Portugal antes de 2002, por região

Hospitais integrados no Setor Público Administrativo no ano de 2002	
ARS	Hospitais SPA
ARS Norte	Hospital de São José, SPA – Fafe
ARS Norte	Hospital Santa Luzia, SPA - Viana do Castelo
ARS Norte	Hospital Conde de Bertiandos, SPA - Ponte de Lima
ARS Norte	Hospital Distrital Santa Maria Maior – Barcelos
ARS Norte	Hospital Pedro Hispano, SPA
ARS Norte	Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, SPA - Centro regional do Porto
ARS Norte	Hospital Distrital de Bragança, SPA
ARS Norte	Hospital de São Sebastião, SPA - Santa Maria da Feira
ARS Norte	Hospital de São João de Deus, SPA - Vila Nova de Famalicão
ARS Norte	Hospital Nossa Senhora da Oliveira - Guimarães
ARS Norte	Centro Hospitalar Vila Real/Peso da Régua, SPA (Hospital São Pedro de Vila Real, SPA e Hospital D. Luiz I, SPA - Peso da Régua)
ARS Norte	Hospital de São Gonçalo, SPA - Amarante
ARS Norte	Hospital Padre Américo, SPA - Vale do Sousa
ARS Norte	Hospital Geral de Santo António, SPA
ARS Norte	Hospital Macedo de Cavaleiros, SPA
ARS Norte	Hospital de Mirandela, SPA
ARS Norte	Hospital de São João, SPA
ARS Norte	Hospital de Santo Tirso, SPA
ARS Norte	Hospital de Chaves, SPA
ARS Norte	Hospital de Lamego, SPA
ARS Norte	Hospital Distrital de Vila Nova de Gaia, SPA
ARS Norte	Hospital Eduardo dos Santos Silva, SPA - Espinho
ARS Norte	Maternidade Júlio Dinis, SPA
ARS Norte	Hospital especializado de crianças Maria Pia, SPA
ARS Norte	Hospital Joaquim Urbano, SPA
ARS Norte	Hospital Nossa Sr.ª da Conceição, SPA - Valongo
ARS Norte	Centro Hospitalar Póvoa Varzim/ Vila Conde, SPA



ARS Norte	Hospital de S. Miguel, SPA - Oliveira de Azeméis
ARS Norte	Hospital Distrital de São João da Madeira, SPA
ARS Norte	Hospital Magalhães Lemos, SPA
ARS LVT	Hospital Nossa Sr. <sup>a</sup> da Graça, SPA - Tomar
ARS LVT	Hospital Dr. Manuel Constâncio, SPA - Abrantes
ARS LVT	Hospital Rainha Santa Isabel, SPA - Torres Novas
ARS LVT	Hospital de Santarém, SPA
ARS LVT	Hospital Garcia da Orta, SPA - Almada
ARS LVT	Hospital Nossa Senhora do Rosário, SPA - Barreiro
ARS LVT	Hospital Pulido Valente, SPA
ARS LVT	Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, SPA - Centro regional de Lisboa, SPA
ARS LVT	Hospital de São Bernardo, SPA - Setúbal
ARS LVT	Hospital de Santa Marta, SPA
ARS LVT	Hospital de Santa Cruz, SPA
ARS LVT	Hospital São Francisco Xavier, SPA
ARS LVT	Hospital Egas Moniz, SPA
ARS LVT	Hospital de Santa Maria, SPA
ARS LVT	Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão, SPA
ARS LVT	Hospital de Dona Estefânia, SPA
ARS LVT	Centro Hospitalar das Caldas da Rainha (Hospital Distrital das Caldas da Rainha, SPA; Hospital Termal Rainha D. Leonor, SPA)
ARS LVT	Hospital Bernardino Lopes de Oliveira, SPA - Alcobaca
ARS LVT	Hospital São Pedro Gonçalves Telmo, SPA - Peniche)
ARS LVT	Centro Hospitalar de Torres Vedras, SPA (Hospital Distrital de Torres Vedras, SPA e Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior, SPA)
ARS LVT	Hospital Curry Cabral, SPA
ARS LVT	Maternidade Alfredo da Costa, SPA
ARS LVT	Hospital de São José, SPA
ARS LVT	Hospital de Santo António dos Capuchos, SPA
ARS LVT	Hospital Distrital do Montijo, SPA
ARS LVT	Hospital Júlio de Matos, SPA
ARS LVT	Hospital Miguel Bombarda, SPA
ARS LVT	Instituto Gama Pinto, SPA
ARS Centro	Hospital do Fundão, SPA
ARS Centro	Hospital Pêro da Covilhã, SPA
ARS Centro	Hospital Distrital da Figueira da Foz, SPA
ARS Centro	Hospital Infante D. Pedro, SPA – Aveiro
ARS Centro	Hospital de São Teutónio, SPA – Viseu
ARS Centro	Hospital de Santo André, SPA – Leiria
ARS Centro	Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, SPA - Centro regional de Coimbra
ARS Centro	Hospital Rovisco Pais, SPA
ARS Centro	Hospital Distrital de Águeda, SPA
ARS Centro	Hospital José Luciano de Castro, SPA – Anadia
ARS Centro	Hospital Arcebispo João Crisóstomo, SPA – Cantanhede
ARS Centro	Hospital Visconde Salreu, SPA – Estarreja
ARS Centro	Hospital Dr. Francisco Zagalo, SPA – Ovar
ARS Centro	Hospital Distrital de Pombal, SPA
ARS Centro	Hospital Cândido de Figueiredo, SPA – Tondela
ARS Centro	Hospital Geral dos Covões, SPA – Coimbra
ARS Centro	Hospital Pediátrico de Coimbra, SPA
ARS Centro	Maternidade Bissaya Barreto, SPA
ARS Centro	Hospitais da Universidade de Coimbra, SPA
ARS Centro	Maternidade Dr. Daniel de Matos, SPA
ARS Centro	Hospital Sousa Martins, SPA – Guarda
ARS Centro	Hospital Nossa Senhora da Assunção, SPA – Seia
ARS Centro	Hospital Amato Lusitano, SPA - Castelo Branco
ARS Centro	Hospital Psiquiátrico Sobral Cid, SPA
ARS Centro	Hospital Psiquiátrico do Lorvão, SPA
ARS Centro	Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arnes, SPA
ARS Algarve	Hospital do Barlavento Algarvio, SPA – Portimão

ARS Algarve	Hospital de Lagos, SPA
ARS Algarve	Hospital Distrital de Faro, SPA
ARS Alentejo	Hospital José Joaquim Fernandes, SPA – Beja
ARS Alentejo	Hospital de São Paulo, SPA – Serpa
ARS Alentejo	Hospital Dr. José Maria Grande, SPA – Portalegre
ARS Alentejo	Hospital de Santa Luzia, SPA – Elvas
ARS Alentejo	Hospital do Espírito Santo, SPA – Évora
ARS Alentejo	Hospital do Litoral Alentejano, SPA

Fonte: Elaboração própria com base nos diplomas de transformação do regime jurídico das unidades

Quadro 5.3 - Regimes jurídicos aplicados aos hospitais públicos em Portugal, no final de 2001

Regime jurídico das instituições hospitalares do SNS por ARS - Final de 2001									
Ano	ARS	Hospitais SPA	Hospitais S.A.	C.Hosp S.A.	ULS S.A.	E.P.E.			Total
						Hosp.	C.Hosp	ULS	
2001	Norte	30	-	-	-	-	-	-	30
	Centro	26	-	-	-	-	-	-	26
	LVT	28	-	-	-	-	-	-	28
	Alentejo	6	-	-	-	-	-	-	6
	Algarve	3	-	-	-	-	-	-	3
	Total	93	-	-	-	-	-	-	93

Fonte: Elaboração própria com base nos diplomas de transformação do regime jurídico das unidades

São contabilizadas, no total, 93 unidades hospitalares que se distribuem pelas 5 regiões administrativas do país (NUTS I). A região Norte apresenta cerca de 31,2% do total, seguindo-se da região de Lisboa e Vale do Tejo com 30,1% e da região Centro que totaliza 29,0%. Com menor significado encontram-se as regiões do Alentejo com 6,5% e do Algarve, que se faz representar com apenas 3,2%.

## 5.2. Primeira vaga de empresarialização (2002/2004)

As publicações legais decretadas em 2002 (Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002 e Lei n.º 27/2002) vieram, como já foi referido, introduzir uma mudança na gestão hospitalar, com a implementação da gestão empresarial aos hospitais do SPA, dando assim início à empresarialização.

A primeira vaga de empresarialização ocorreu assim com a transformação de 35 hospitais do Setor Público Administrativo, em 31 unidades sociedade anónima. Esta alteração de estatuto jurídico foi realizada através da publicação de um diploma para cada uma das unidades (Decretos-Leis n.ºs: 272 a 281/2002 de 9 de dezembro; Decretos-Leis n.ºs: 282 a 292/2002 de 10 de dezembro; Decretos-Leis n.ºs: 293 a 302/2002 de 11 de dezembro).

Quadro 5.4 - Hospitais empresarializados no final de 2003, por região

Hospitais Empresarializados (final de 2003) - 1ª fase		
ARS	35 <sup>103</sup> Hospitais SPA	31 Hospitais / Centros Hospitalares S.A.
Norte	Hospital Santa Luzia, SPA	Centro Hospitalar do Alto Minho, S.A.
Norte	Hospital Conde de Bertiandos, SPA	
Norte	Hospital Distrital Santa Maria Maior, SPA	Hospital Distrital Santa Maria Maior, S.A.
Norte	Hospital Pedro Hispano, SPA	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, S.A.
Norte	Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, SPA - Centro regional do Porto	Instituto Português de Oncologia do Porto, S.A.
Norte	Hospital Distrital de Bragança, SPA	Hospital Distrital de Bragança, S.A.
Norte	Centro Hospitalar Vila Real/ Peso da Régua, SPA	Centro Hospitalar Vila Real/ Peso da Régua, S.A.
Norte	Hospital Nossa Senhora da Oliveira, SPA	Hospital Nossa Senhora da Oliveira, S.A.
Norte	Hospital de São João de Deus, SPA	Hospital de São João de Deus, S.A.
Norte	Hospital de São Gonçalo, SPA	Hospital de São Gonçalo, S.A.
Norte	Hospital Padre Américo, SPA	Hospital Padre Américo, S.A.
Norte	Hospital Geral de Santo António, SPA	Hospital Geral de Santo António, S.A.
Norte	Hospital de São Sebastião, SPA	Hospital de São Sebastião, S.A.
Centro	Hospital de São Teotónio, SPA	Hospital de São Teotónio, S.A.
Centro	Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, SPA - Centro regional de Coimbra	Instituto Português de Oncologia de Coimbra, S.A.
Centro	Hospital de Santo André, SPA	Hospital de Santo André, S.A.
Centro	Hospital Infante D. Pedro, SPA	Hospital Infante D. Pedro, S.A.
Centro	Hospital do Fundão, SPA	Centro Hospitalar Cova da Beira, S.A.
Centro	Hospital Pêro da Covilhã, SPA	
Centro	Hospital Distrital da Figueira da Foz, SPA	Hospital Distrital da Figueira da Foz, S.A.
LVT	Hospital Nossa Sr.ª da Graça, SPA	Centro Hospitalar Médio Tejo, S.A.
LVT	Hospital Dr. Manuel Constâncio, SPA	
LVT	Hospital Rainha Santa Isabel, SPA	
LVT	Hospital de São Bernardo, SPA	Hospital de São Bernardo, S.A.
LVT	Hospital de Santarém, SPA	Hospital Distrital de Santarém, S.A.
LVT	Hospital Garcia da Orta, SPA	Hospital Garcia da Orta, S.A.
LVT	Hospital Nossa Senhora do Rosário, SPA	Hospital Nossa Senhora do Rosário, S.A.
LVT	Hospital Pulido Valente, SPA	Hospital Pulido Valente, S.A.
LVT	Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, SPA - Centro regional de Lisboa	Instituto Português de Oncologia de Lisboa, S.A.
LVT	Hospital de Santa Marta, SPA	Hospital de Santa Marta, S.A.
LVT	Hospital de Santa Cruz, SPA	Hospital de Santa Cruz, S.A.
LVT	Hospital São Francisco Xavier, SPA	Hospital São Francisco Xavier, S.A.
LVT	Hospital Egas Moniz, SPA	Hospital Egas Moniz, S.A.
Alentejo	Hospital José Joaquim Fernandes, SPA	Hospital José Joaquim Fernandes, S.A.
Algarve	Hospital Barlavento Algarvio, SPA	Hospital Barlavento Algarvio, S.A.

Fonte: Elaboração própria com base nos diplomas de transformação do regime jurídico das unidades

Em simultâneo com esta transformação de estatuto jurídico assiste-se também a uma mudança, ainda discreta, da organização das unidades hospitalares, agrupadas em centros hospitalares, mantendo-se a figura da ULS (proveniente da experiência de gestão em Matosinhos), que agora

<sup>103</sup> Podem encontrar-se referências que referem 34 unidades empresarializadas ao invés de 35. Este facto prende-se pela consideração de grupos hospitalares previamente estabelecidos, como se constituíssem já um centro hospitalar. Este caso ocorre, por exemplo, no caso dos hospitais de Santa Luzia e Conde de Bertiandos (Decreto-Lei n.º 295/2002, de 11 de dezembro).

adquire o estatuto empresarial de Sociedade Anónima. O quadro seguinte apresenta esta distribuição por regiões.

Quadro 5.5 - Regimes jurídicos e modelo de organização dos hospitais públicos em Portugal, de 2001 a 2003

Regime jurídico das instituições hospitalares do SNS por ARS - Final de 2003									
Ano	ARS	Hospitais SPA	Hospitais S.A.	C.Hosp S.A.	ULS S.A.	E.P.E.			Total
						Hosp.	C.Hosp	ULS	
2001	Norte	30	-	-	-	-	-	-	30
	Centro	26	-	-	-	-	-	-	26
	LVT	28	-	-	-	-	-	-	28
	Alentejo	6	-	-	-	-	-	-	6
	Algarve	3	-	-	-	-	-	-	3
	Total	93	-	1	-	-	-	-	93
2003	Norte	17	10	2	1	-	-	-	30
	Centro	19	4	1	0	-	-	-	24
	LVT	15	10	1	0	-	-	-	26
	Alentejo	5	1	-	0	-	-	-	6
	Algarve	2	1	-	0	-	-	-	3
	Total	58	26	4	1	-	-	-	89

Fonte: Elaboração própria com base nos diplomas de transformação do regime jurídico das unidades

No final de 2003 existiam 31 hospitais S.A., sendo 11 na região Norte, 7 na região Centro, 11 na região de Lisboa e Vale do Tejo, 1 no Alentejo e outro no Algarve. Após esta transformação, a região Norte continua a dominar o número de unidades hospitalares públicas, com 28 hospitais (representando 31,5%), seguindo-se da região Centro que agora iguala a região de Lisboa, ambas com 26 unidades (29,2%), e da região do Alentejo e Algarve que mantêm o mesmo número de hospitais, representando 6,8% e 3,5%, respetivamente. Para uma melhor perceção da transformação ocorrida em termos quantitativos, nesta vaga, isolam-se os dados por estatuto jurídico no panorama nacional.

Quadro 5.6 - Evolução em números das unidades hospitalares ao longo da empresarialização, até final de 2003

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.	C.Hosp	ULS		
2001	93	-	-	-	-	-	-	93	
2003	58	26	4	1	-	-	-	89	

Fonte: Elaboração própria com base nos diplomas de transformação do regime jurídico das unidades

Do ano 2001 para o ano 2003, foram reduzidas quatro unidades hospitalares do total dos hospitais públicos. Os hospitais integrados no Setor Público Administrativo apresentam, em 2003, uma redução de 37,6%. No entanto, ainda representam cerca de 65% do parque

hospitalar e os hospitais S.A., cerca de 35%. Dentro dos hospitais S.A., a organização em CH e ULS ainda é reduzida, representando apenas 4,5% e 1,1% do total de unidades de saúde.

Ainda integrado nesta vaga de empresarialização (passagem de SPA para S.A.), e face à desigualdade de modernização no sul do país, em 2004 foi publicado o Decreto-Lei n.º 207/2004, de 19 de agosto e o Decreto-Lei n.º 214/2004, de 23 de agosto. O primeiro cria o Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, S.A., com a natureza de Sociedade Anónima de capitais exclusivamente públicos, e procede à extinção do Hospital José Joaquim Fernandes, S. A., e do Hospital de São Paulo. O segundo cria o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, S. A., com a natureza de sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos, e procede à extinção do Hospital do Barlavento Algarvio, S. A. e do Hospital Distrital de Lagos.

Quadro 5.7 - Novos centros hospitalares criados em 2004

Novos Centros Hospitalares criados em 2004		
<b>ARS</b>	2 Hospitais SPA / 2 Hospitais S.A.	2 Centros Hospitalares, S.A.
<b>Alentejo</b>	Hospital José Joaquim Fernandes, S.A.	Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, S.A.
<b>Alentejo</b>	Hospital de Serpa, SPA	
<b>Algarve</b>	Hospital do Barlavento Algarvio, S.A.	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, S.A.
<b>Algarve</b>	Hospital Distrital de Lagos, SPA	

Fonte: Elaboração própria com base nos diplomas de transformação do regime jurídico das unidades

Desta forma a ARS Alentejo e ARS Algarve contam, cada uma, com o primeiro centro hospitalar. Esta transformação levou à redução do número de unidades do SPA. O quadro seguinte atualiza a evolução, a nível regional, do número de hospitais e dos respetivos estatutos.

Quadro 5.8 - Regimes jurídicos e modelo de organização dos hospitais públicos em Portugal, de 2001 a 2004

Regime jurídico das instituições hospitalares do SNS por ARS - Final de 2004									
Ano	ARS	Hospitais SPA	Hospitais S.A.	C.Hosp S.A.	ULS S.A.	E.P.E.			Total
						Hosp.	C.Hosp	ULS	
2001	Norte	30	-	-	-	-	-	-	30
	Centro	26	-	-	-	-	-	-	26
	LVT	28	-	-	-	-	-	-	28
	Alentejo	6	-	-	-	-	-	-	6
	Algarve	3	-	-	-	-	-	-	3
	Total	93	-	1	-	-	-	-	93
2003	Norte	17	10	2	1	-	-	-	30
	Centro	19	4	1	0	-	-	-	24
	LVT	15	10	1	0	-	-	-	26
	Alentejo	5	1	-	0	-	-	-	6
	Algarve	2	1	-	0	-	-	-	3
	Total	58	26	4	1	-	-	-	89

2004	Norte	17	10	2	1	-	-	-	30
	Centro	19	4	1	0	-	-	-	24
	LVT	15	10	1	0	-	-	-	26
	Alentejo	4	0	1	0	-	-	-	5
	Algarve	1	0	1	0	-	-	-	2
	Total	56	24	6	1	-	-	-	87

Fonte: Elaboração própria com base nos diplomas de transformação do regime jurídico das unidades

Em termos globais, o quadro seguinte apresenta a distribuição dos hospitais portugueses por ano/vaga de empresarialização.

Quadro 5.9 - Evolução em números das unidades hospitalares ao longo da empresarialização, 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.	C.Hosp	ULS	
2001	93	-	-	-	-	-	-	93
2003	58	26	4	1	-	-	-	89
2004	56	24	6	1	-	-	-	87

Fonte: Elaboração própria com base nos diplomas de transformação do regime jurídico das unidades

No final da primeira vaga de empresarialização (2002/2004) existia um total de 87 hospitais, permanecendo 64% com estatuto de SPA e 36% com estatuto de sociedade anónima. Comparativamente a 2003, no ano 2004 observa-se uma tendência de aposta na formação de centros hospitalares de natureza empresarial, por fusão de unidades de saúde de menores dimensões.

### 5.3. Segunda vaga de empresarialização (2005/2006)

A segunda vaga definida para a empresarialização marca uma nova política de saúde que se centra na abertura de portas a uma nova mudança de estatuto jurídico. Mediante o exposto no Decreto-Lei n.º 233/2005, assiste-se à transformação de todas as unidades hospitalares que na vaga anterior adquiriram o estatuto de sociedades anónimas, passando a integrar o Setor Empresarial do Estado com o estatuto E.P.E.. Para além desta transformação geral, o diploma define ainda mais dois hospitais do Setor Públicos Administrativo: os hospitais de Santa Maria e de São João.

Também nesta vaga que se segue começa a sobressair uma maior tendência em fundir unidades de saúde, como medida de obtenção de melhores resultados, como foi referido no capítulo anterior. O mesmo diploma criou o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E., o Centro

Hospitalar de Setúbal, E. P. E., e o Centro Hospitalar do Nordeste, E. P. E.. O quadro 5.10 apresenta as transformações ocorridas nos hospitais e o quadro 5.11 apresenta os novos centros hospitalares.

Quadro 5.10 - Hospitais transformados em E.P.E. na segunda vaga de empresarialização

Hospitais E.P.E. criados em 2006		
ARS	7 Hospitais S.A./3 Hospitais SPA	5 Novos Hospitais E.P.E.
Norte	Hospital de S. João, S.A.	Hospital de S. João, E.P.E.
LVT	Hospital de Santa Maria, S.A.	Hospital de Santa Maria, E.P.E.

Fonte: Elaboração própria com base nos diplomas de transformação do regime jurídico das unidades

Quadro 5.11 - Novos centros hospitalares E.P.E. criados na segunda vaga de empresarialização

Novos Centros Hospitalares criados em 2006		
ARS	Hospitais/ Centros Hospitalar	Hospitais/ Centros Hospitalar
Norte	Hospital Distrital de Bragança, S.A.	Centro Hospitalar do Nordeste, E.P.E
Norte	Hospital de Macedo de Cavaleiros, SPA	
Norte	Hospital de Mirandela, SPA	
LVT	Hospital de São Bernardo, S.A.	Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
LVT	Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão, SPA	
LVT	Hospital de Santa Cruz, S.A.	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.
LVT	Hospital São Francisco Xavier, S.A.	
LVT	Hospital Egas Moniz, S.A.	

Fonte: Elaboração própria com base nos diplomas de transformação do regime jurídico das unidades

Os hospitais empresarializados, no final de 2006, encontram-se descritos no quadro seguinte, por região.

Quadro 5.12 - Total de hospitais empresarializados no final da segunda vaga de empresarialização

Hospitais Empresarializados (final de 2006) - 2ª fase		
ARS	31 Hospitais / Centros Hospitalares S.A. + 5 Hospitais SPA	31 Hospitais / Centros Hospitalares, E.P.E
Norte	Centro Hospitalar do Alto Minho, S.A.	Centro Hospitalar do Alto Minho, E.P.E.
Norte	Hospital Distrital Santa Maria Maior, S.A.	Hospital Distrital Santa Maria Maior, E.P.E.
Norte	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, S.A.	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.
Norte	Instituto Português de Oncologia do Porto, S.A.	Instituto Português de Oncologia do Porto, E.P.E.
Norte	Hospital Distrital de Bragança, S.A.	Centro Hospitalar do Nordeste, E.P.E
Norte	Hospital de Macedo de Cavaleiros, SPA	
Norte	Hospital de Mirandela, SPA	
Norte	Hospital de São João, SPA	
Norte	Centro Hospitalar Vila Real/ Peso da Régua, S.A.	Centro Hospitalar Vila Real/ Peso da Régua, E.P.E.
Norte	Hospital Nossa Senhora da Oliveira, S.A.	Hospital Nossa Senhora da Oliveira, E.P.E.
Norte	Hospital de São João de Deus, S.A.	Hospital de São João de Deus, E.P.E.
Norte	Hospital de São Gonçalo, S.A.	Hospital de São Gonçalo, E.P.E.
Norte	Hospital Padre Américo, S.A.	Hospital Padre Américo, E.P.E.
Norte	Hospital Geral de Santo António, S.A.	Hospital Geral de Santo António, E.P.E.
Norte	Hospital de São Sebastião, S.A.	Hospital de São Sebastião, E.P.E.
Centro	Hospital de São Teotónio, S.A.	Hospital de São Teotónio, E.P.E.
Centro	Instituto Português de Oncologia de Coimbra, S.A.	Instituto Português de Oncologia de Coimbra, E.P.E.
Centro	Hospital de Santo André, S.A.	Hospital de Santo André, E.P.E.



Centro	Hospital Infante D. Pedro, S.A.	Hospital Infante D. Pedro, E.P.E.
Centro	Centro Hospitalar Cova da Beira, S.A.	Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.
Centro		
Centro	Hospital Distrital da Figueira da Foz, S.A.	Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.
LVT	Hospital de Santa Maria, SPA	Hospital de Santa Maria, E.P.E.
LVT	Centro Hospitalar Médio Tejo, S.A.	Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E.
LVT		
LVT	Hospital de São Bernardo, S.A.	Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
LVT	Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão, SPA	
LVT	Hospital Distrital de Santarém, S.A.	Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.
LVT	Hospital Garcia da Orta, S.A.	Hospital Garcia da Orta, E.P.E.
LVT	Hospital Nossa Senhora do Rosário, S.A.	Hospital Nossa Senhora do Rosário, E.P.E.
LVT	Hospital Pulido Valente, S.A.	Hospital Pulido Valente, E.P.E.
LVT	Instituto Português de Oncologia de Lisboa, S.A.	Instituto Português de Oncologia de Lisboa, E.P.E.
LVT	Hospital de Santa Marta, S.A.	Hospital de Santa Marta, E.P.E.
LVT	Hospital de Santa Cruz, S.A.	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.
LVT	Hospital São Francisco Xavier, S.A.	
LVT	Hospital Egas Moniz, S.A.	
LVT		
Alentejo	Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, S.A.	Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, E.P.E.
Algarve	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, S.A.	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E.P.E.

Fonte: Elaboração própria com base nos diplomas de transformação do regime jurídico das unidades

Quadro 5.13 - Regimes jurídicos e modelos de organização dos hospitais públicos em Portugal, de 2001 a 2006

Regime jurídico das instituições hospitalares do SNS por ARS - Final de 2006									
Ano	ARS	Hospitais SPA	Hospitais S.A.	C.Hosp S.A.	ULS S.A.	E.P.E.			Total
						Hosp.	C.Hosp	ULS	
2001	Norte	30	-	-	-	-	-	-	30
	Centro	26	-	-	-	-	-	-	26
	LVT	28	-	-	-	-	-	-	28
	Alentejo	6	-	-	-	-	-	-	6
	Algarve	3	-	-	-	-	-	-	3
	Total	93	-	1	-	-	-	-	93
2003	Norte	17	10	2	1	-	-	-	30
	Centro	19	4	1	0	-	-	-	24
	LVT	15	10	1	0	-	-	-	26
	Alentejo	5	1	-	0	-	-	-	6
	Algarve	2	1	-	0	-	-	-	3
	Total	58	26	4	1	-	-	-	89
2004	Norte	17	10	2	1	-	-	-	30
	Centro	19	4	1	0	-	-	-	24
	LVT	15	10	1	0	-	-	-	26
	Alentejo	4	0	1	0	-	-	-	5
	Algarve	1	0	1	0	-	-	-	2
	Total	56	24	6	1	-	-	-	87
2006	Norte	14	-	-	-	9	3	1	27
	Centro	19	-	-	-	5	1	0	25
	LVT	13	-	-	-	7	3	0	23
	Alentejo	4	-	-	-	0	1	0	5
	Algarve	1	-	-	-	0	1	0	2
	Total	51	-	-	-	21	9	1	82

Fonte: Elaboração própria com base nos diplomas de transformação do regime jurídico das unidades

Terminada esta segunda vaga de empresarialização foram criados, por transformação de unidades anteriores, 31 hospitais E.P.E., sendo 12 na região Norte, 7 na região Centro, 10 na



região de Lisboa e Vale do Tejo, 1 no Alentejo e outro no Algarve. Em termos da distribuição dos hospitais públicos (SPA+E.P.E), a região Norte fica equiparada à região Centro com 31,7% das unidades cada, a região de Lisboa representa 28,1%, o Alentejo 6,1% e o Algarve 2,4%.

A segunda vaga de empresarialização demonstrou-se inovadora pela implementação de um novo regime jurídico. Esta transformação comportou uma evolução do número de hospitais e do modelo de organização, descrita no quadro seguinte.

Quadro 5.14 - Evolução em números das unidades hospitalares ao longo da empresarialização, 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.	C.Hosp	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 com base nos diplomas de transformação do regime jurídico das unidades

Desde 2002 que se assistiu a uma redução do número de hospitais SPA, em mais de 45%. Em 2006 os hospitais empresarializados representavam 37,8% do total dos hospitais (25,6% sob a forma de hospitais singulares, 11% como centros hospitalares e 1,2% integrado em ULS).

#### 5.4. Terceira vaga de empresarialização (2007)

A terceira vaga de empresarialização é caracterizada pelas transformações induzidas pela publicação de dois Decretos-Lei, que reforçam a mudança de estatuto e concentração de unidades de saúde. A primeira alteração registou-se em março de 2007, através da publicação do Decretos-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de fevereiro, que cria o Hospital do Espírito Santo de Évora, E. P. E., o Centro Hospitalar de Lisboa Central, E. P. E., o Centro Hospitalar de Coimbra, E. P. E., o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E. P. E., o Centro Hospitalar do Médio Ave, E. P. E., o Centro Hospitalar do Alto Ave, E. P. E., e o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E. P. E.. A segunda alteração ocorreu em outubro, por meio do Decreto-Lei n.º 326/2007, de 28 de setembro, que cria o Centro Hospitalar do Porto, E. P. E., e o Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E. P. E..

Quadro 5.15 - Novas unidades criadas no ano 2007 na terceira vaga de empresarialização

Novos Hospitais / Centros Hospitalares/ ULS criados em 2007		
ARS	Hospitais/ Centros Hospitalar	Hospitais/ Centros Hospitalar /ULS
Norte	Centro Hospitalar Vila Real/ Peso da Régua, E.P.E.	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.
Norte	Hospital de Chaves, SPA	
Norte	Hospital de Lamego, SPA	
Norte	Hospital Nossa Senhora da Oliveira, E.P.E.	Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.
Norte	Hospital de S.José, SPA - Fafe	
Norte	Hospital de São João de Deus, E.P.E.	Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.
Norte	Hospital de Santo Tirso, SPA	
Norte	Hospital de São Gonçalo, E.P.E.	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.
Norte	Hospital Padre Américo, E.P.E.	
Norte	Hospital Geral de Santo António, E.P.E.	Centro Hospitalar do Porto, E.P.E
Norte	Maternidade Júlio Dinis, SPA	
Norte	Hospital Especializado de Crianças Maria Pia, SPA	
Norte	Hospital de Vila Nova de Gaia, SPA	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.
Norte	Hospital de Espinho, SPA	
Centro	Hospital Geral dos Covões, SPA Hospital Pediátrico, SPA Maternidade Bissaya Barreto, SPA	Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.
LVT	Hospital de Santa Marta, E.P.E.	Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.
LVT	Centro Hospitalar de Lisboa, SPA (Hospital de S. José, SPA e Hospital dos Capuchos, SPA)	
LVT	Hospital Dona Estefânia, SPA	
Alentejo	Hospital Dr. José Maria Grande, SPA	Unidade Local de Saúde Norte Alentejano, E.P.E.
Alentejo	Hospital de Santa Luzia, SPA	
Alentejo	Centro de Saúde de Portalegre	
Alentejo	Hospital de Évora, SPA	Hospital Espírito Santo, E.P.E.

Fonte: Elaboração própria com base nos diplomas de transformação do regime jurídico das unidades

O universo das unidades E.P.E. encontra-se representado no quadro seguinte e é constituído por 34 unidades.

Quadro 5.16 - Total de hospitais empresarializados no final da terceira vaga de empresarialização

Hospitais empresarializados (final de 2007) - 3ª fase		
ARS	46 Hospitais / Centros Hospitalares, E.P.E e SPA em 2006	16 Hospitais/ 16 Centros Hospitalares, E.P.E/ 2 ULS
Norte	Centro Hospitalar do Alto Minho, E.P.E.	Centro Hospitalar do Alto Minho, E.P.E.
Norte	Hospital Distrital Santa Maria Maior, E.P.E.	Hospital Distrital Santa Maria Maior, E.P.E.
Norte	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.
Norte	Instituto Português de Oncologia do Porto, E.P.E.	Instituto Português de Oncologia do Porto, E.P.E.
Norte	Centro Hospitalar do Nordeste, E.P.E	Centro Hospitalar do Nordeste, E.P.E
Norte	Hospital de São João, E.P.E.	Hospital de São João, E.P.E.
Norte	Centro Hospitalar Vila Real/ Peso da Régua, E.P.E.	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.
Norte	Hospital de Chaves, SPA	
Norte	Hospital de Lamego, SPA	

Norte	Hospital Nossa Senhora da Oliveira, E.P.E.	Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.
Norte	Hospital de S.José, SPA - Fafe	
Norte	Hospital de São João de Deus, E.P.E.	Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.
Norte	Hospital de Santo Tirso, SPA	
Norte	Hospital de São Gonçalo, E.P.E.	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.
Norte	Hospital Padre Américo, E.P.E.	
Norte	Hospital Geral de Santo António, E.P.E.	Centro Hospitalar do Porto, E.P.E
Norte	Maternidade Júlio Dinis, SPA	
Norte	Hospital Especializado de Crianças Maria Pia, SPA	
Norte	Hospital Joaquim Urbano, SPA	
Norte	Hospital de Vila Nova de Gaia, SPA	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.
Norte	Hospital de Espinho, SPA	
Norte	Hospital de São Sebastião, E.P.E.	Hospital de São Sebastião, E.P.E.
Centro	Hospital de São Teotónio, E.P.E.	Hospital de São Teotónio, E.P.E.
Centro	Hospital Geral dos Covões, SPA Hospital Pediátrico, SPA Maternidade Bissaya Barreto, SPA	Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.
Centro	Instituto Português de Oncologia de Coimbra, E.P.E.	Instituto Português de Oncologia de Coimbra, E.P.E.
Centro	Hospital de Santo André, E.P.E.	Hospital de Santo André, E.P.E.
Centro	Hospital Infante D. Pedro, E.P.E.	Hospital Infante D. Pedro, E.P.E.
Centro	Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.	Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.
Centro	Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.	Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.
Centro	Hospital Psiquiátrico Sobral Cid, SPA	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra, SPA
Centro	Hospital Psiquiátrico do Lorvão, SPA	
Centro	Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arnes, SPA	
LVT	Hospital de Santa Maria, E.P.E	Hospital de Santa Maria, E.P.E
LVT	Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E.	Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E.
LVT	Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.	Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
LVT	Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.	Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.
LVT	Hospital Garcia da Orta, E.P.E.	Hospital Garcia da Orta, E.P.E.
LVT	Hospital Nossa Senhora do Rosário, E.P.E.	Hospital Nossa Senhora do Rosário, E.P.E.
LVT	Hospital Pulido Valente, E.P.E.	Hospital Pulido Valente, E.P.E.
LVT	Instituto Português de Oncologia de Lisboa, E.P.E.	Instituto Português de Oncologia de Lisboa, E.P.E.
LVT	Hospital de Santa Marta, E.P.E.	Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.
LVT	Centro Hospitalar de Lisboa, SPA (Hospital de S. José, SPA e Hospital dos Capuchos, SPA)	
LVT	Hospital Dona Estefânia, SPA	
LVT		
LVT	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.
LVT	Hospital Júlio de Matos, SPA	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, SPA
LVT	Hospital Miguel Bombarda, SPA	
Alentejo	Hospital Dr. José Maria Grande, SPA	Unidade Local de Saúde Norte Alentejano, E.P.E.
Alentejo	Hospital de Santa Luzia, SPA	
Alentejo	Centro de Saúde de Portalegre	
Alentejo	Hospital de Évora, SPA	Hospital Espírito Santo, E.P.E.
Alentejo	Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, E.P.E.	Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, E.P.E.
Algarve	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E.P.E.	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E.P.E.

Fonte: Elaboração própria com base nos diplomas de transformação do regime jurídico das unidades

Quadro 5.17 - Regimes jurídicos e modelo de organização dos hospitais públicos em Portugal, de 2001 a 2007

Regime jurídico das instituições hospitalares do SNS por ARS - Final de 2007									
Ano	ARS	Hospitais SPA	Hospitais S.A.	C.Hosp S.A.	ULS S.A.	E.P.E.			Total
						Hosp.	C.Hosp	ULS	
2002	Norte	30	-	-	-	-	-	-	30
	Centro	26	-	-	-	-	-	-	26
	LVT	28	-	-	-	-	-	-	28
	Alentejo	6	-	-	-	-	-	-	6
	Algarve	3	-	-	-	-	-	-	3
	Total	93	-	1	-	-	-	-	93
2003	Norte	17	10	2	1	-	-	-	30
	Centro	19	4	1	0	-	-	-	24
	LVT	15	10	1	0	-	-	-	26
	Alentejo	5	1	-	0	-	-	-	6
	Algarve	2	1	-	0	-	-	-	3
	Total	58	26	4	1	-	-	-	89
2004	Norte	17	10	2	1	-	-	-	30
	Centro	19	4	1	0	-	-	-	24
	LVT	15	10	1	0	-	-	-	26
	Alentejo	4	0	1	0	-	-	-	5
	Algarve	1	0	1	0	-	-	-	2
	Total	56	24	6	1	-	-	-	87
2006	Norte	14	-	-	-	9	3	1	27
	Centro	19	-	-	-	5	1	0	25
	LVT	13	-	-	-	7	3	0	23
	Alentejo	4	-	-	-	0	1	0	5
	Algarve	1	-	-	-	0	1	0	2
	Total	51	-	-	-	21	9	1	82
2007	Norte	5	-	-	-	4	8	1	18
	Centro	14	-	-	-	5	2	0	21
	LVT	10	-	-	-	6	4	0	20
	Alentejo	1	-	-	-	1	1	1	4
	Algarve	1	-	-	-	0	1	0	2
	Total	31	-	-	-	16	16	2	63

Fonte: Elaboração própria com base nos diplomas de transformação do regime jurídico das unidades

A terceira vaga de empresarialização registou uma reviravolta na estrutura hospitalar. A região Centro apresenta o maior número de unidades hospitalares (fator este motivado por um grande número de unidades do SPA não empresarializadas), seguindo-se da região Norte, Lisboa, Alentejo e Algarve.

Quadro 5.18 - Evolução, em números, das unidades hospitalares ao longo da empresarialização até final de 2007

Regime jurídico das instituições hospitalares do SNS - Final de 2007								
Ano	Hospitais SPA	Hospitais S.A.	C.H, S.A.	ULS, S.A.	E.P.E.			Total
					Hosp.	C.Hosp	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

Fonte: Elaboração própria com base nos diplomas de transformação do regime jurídico das unidades

O total de unidades E.P.E. ascendeu a 34 hospitais, ultrapassando os 29 hospitais SPA restantes. Os CH ganham corpo na estrutura hospitalar no final de 2007, igualando os hospitais E.P.E. de forma singular. Só agora surge a primeira ULS com estatuto E.P.E., mas denote-se que este modelo organizativo surgiu apenas oito anos após o modelo experimental que lhe deu origem.

#### 5.5. Quarta vaga de empresarialização (2008)

O parque hospitalar público português sofreu novas alterações, fruto do processo de empresarialização de unidades que ainda estavam integradas no Setor Público Administrativo e de fusões/concentrações de unidades de saúde em CH e ULS. Para este efeito, foram publicados três documentos legais (um no primeiro trimestre de 2008 e dois no terceiro trimestre).

A primeira redação legal na quarta vaga de empresarialização foi o Decreto-Lei n.º 23/2008, de 8 fevereiro, que cria o Centro Hospitalar Lisboa Norte, E. P. E.. A esta seguiu-se, de uma forma mais englobante, o Decreto-Lei n.º 180/2008, de 26 de agosto, que cria o Hospital de Faro, E. P. E., os Hospitais da Universidade de Coimbra, E. P. E., e o Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E. P. E.. Por fim, foi publicado o Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de setembro que cria três ULS: a Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E. P. E. (integra o Centro Hospitalar do Alto Minho E.P.E. e os centros de saúde do distrito de Viana do Castelo), a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E. P. E. (integra o Centro Hospitalar do Baixo Alentejo EPE e os centros de saúde do distrito de Beja, com exceção do centro de saúde de Odemira), e a Unidade Local de Saúde da Guarda, E. P. E. (integra os hospitais SPA da Guarda e de Seia e centros de saúde do distrito da Guarda, com exceção de Vila Nova de Foz Côa e Aguiar da Beira). O quadro 5.19 apresenta as novas unidades E.P.E. formadas nesta quarta vaga de empresarialização.

Atente-se aqui a criação de uma unidade E.P.E., que não estava integrada no Setor Público Administrativo, mas foi constituída como uma das experiências de gestão, iniciada em meados dos anos 90. Esta questão diz respeito à publicação do Decreto-Lei n.º 203/2008, que transforma o Hospital do Professor Doutor Fernando Fonseca, criado pelo Decreto-Lei n.º

382/91, de 9 de outubro (em regime de concessão desde 1995) em Entidade Pública Empresarial.

Quadro 5.19 - Novas unidades criadas no ano 2008 na quarta vaga de empresarialização

Novos Hospitais / Centros Hospitalares/ ULS criados em 2008		
ARS	Hospitais/ Centros Hospitalar	Hospitais/ Centros Hospitalar /ULS
Norte	Centro Hospitalar do Alto Minho, E.P.E.	Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.
	Centros de Saúde do Distrito de Viana do Castelo	
Norte	Centro Hospitalar Póvoa Varzim/ Vila Conde, SPA	Centro Hospitalar Póvoa Varzim/ Vila Conde, E.P.E.
Centro	Hospitais da Universidade de Coimbra, SPA	Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E.
Centro	Maternidade Daniel de Matos, SPA	
Centro	Hospital Sousa Martins, SPA	
Centro	Hospital Nossa Senhora da Assunção, SPA	Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.
Centro	Centros de saúde do distrito da Guarda, com exceção de Aguiar da Beira e Vila Nova de Foz Côa	
LVT	Hospital de Santa Maria, E.P.E.	Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.
LVT	Hospital Pulido Valente, E.P.E.	
LVT	Hospital Fernando da Fonseca, PPP	Hospital Fernando da Fonseca, E.P.E.
Alentejo	Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, E.P.E.	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E.
	Unidade de Saúde Pública e todos os centros de saúde do distrito de Beja, com exceção do Centro de Saúde de Odemira	
Algarve	Hospital Distrital de Faro, SPA	Hospital de Faro, E.P.E.

Fonte: Elaboração própria com base nos diplomas de transformação do regime jurídico das unidades

No final de 2008, verifica-se uma nova alteração ao parque hospitalar português. O quadro seguinte apresenta o novo panorama nacional dos hospitais empresarializados.

Quadro 5.20 - Total de hospitais empresarializados no final da quarta vaga de empresarialização

Hospitais Empresarializados (final de 2008) - 4ª fase		
ARS	16 Hospitais/ 16 Centros Hospitalares, E.P.E./ 2 ULS	17 Hospitais/ 16 Centros Hospitalares, E.P.E./ 5 ULS
Norte	Centro Hospitalar do Alto Minho, E.P.E.	Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.
	Centros de Saúde do Distrito de Viana do Castelo	
Norte	Hospital Distrital Santa Maria Maior, E.P.E.	Hospital Distrital Santa Maria Maior, E.P.E.
Norte	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.
Norte	Instituto Português de Oncologia do Porto, E.P.E.	Instituto Português de Oncologia do Porto, E.P.E.
Norte	Centro Hospitalar do Nordeste, E.P.E.	Centro Hospitalar do Nordeste, E.P.E.
Norte	Hospital de São João, E.P.E.	Hospital de São João, E.P.E.
Norte	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.
Norte	Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.	Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.

Norte	Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.	Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.
Norte	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.
Norte	Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.	Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
Norte	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.
Norte	Centro Hospitalar Póvoa Varzim/ Vila Conde, SPA	Centro Hospitalar Póvoa Varzim/ Vila Conde, E.P.E.
Norte	Hospital de São Sebastião, E.P.E.	Hospital de São Sebastião, E.P.E.
Centro	Hospital de São Teotónio, E.P.E.	Hospital de São Teotónio, E.P.E.
Centro	Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.	Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.
Centro	Instituto Português de Oncologia de Coimbra, E.P.E.	Instituto Português de Oncologia de Coimbra, E.P.E.
Centro	Hospital de Santo André, E.P.E.	Hospital de Santo André, E.P.E.
Centro	Hospital Infante D. Pedro, E.P.E.	Hospital Infante D. Pedro, E.P.E.
Centro	Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.	Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.
Centro	Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.	Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.
Centro	Hospitais da Universidade de Coimbra, SPA	Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E.
Centro	Maternidade Daniel de Matos, SPA	
Centro	Hospital Sousa Martins, SPA	
Centro	Hospital Nossa Senhora da Assunção, SPA	
Centro	Centros de saúde do distrito da Guarda, com exceção de Aguiar da Beira e Vila Nova de Foz Côa	Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.
LVT	Hospital de Santa Maria, E.P.E.	Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.
LVT	Hospital Pulido Valente, E.P.E.	
LVT	Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E.	Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E.
LVT	Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.	Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
LVT	Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.	Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.
LVT	Hospital Garcia da Orta, E.P.E.	Hospital Garcia da Orta, E.P.E.
LVT	Hospital Nossa Senhora do Rosário, E.P.E.	Hospital Nossa Senhora do Rosário, E.P.E.
LVT	Instituto Português de Oncologia de Lisboa, E.P.E.	Instituto Português de Oncologia de Lisboa, E.P.E.
LVT	Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.	Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.
LVT	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.
LVT	Hospital Fernando da Fonseca, PPP	Hospital Fernando da Fonseca, E.P.E.
Alentejo	Unidade Local de Saúde Norte Alentejano, E.P.E.	Unidade Local de Saúde Norte Alentejano, E.P.E.
Alentejo	Hospital Espírito Santo, E.P.E.	Hospital Espírito Santo, E.P.E.
Alentejo	Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, E.P.E.	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E.
	Unidade de Saúde Pública e todos os centros de saúde do distrito de Beja, com exceção do Centro de Saúde de Odemira	
Algarve	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E.P.E.	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E.P.E.
Algarve	Hospital Distrital de Faro, SPA	Hospital de Faro, E.P.E.

Fonte: Elaboração própria com base nos diplomas de transformação do regime jurídico das unidades

Com esta nova disposição, existe uma nova alteração da distribuição geográfica das unidades hospitalares por regiões. O quadro seguinte apresenta esta distribuição de forma detalhada por regime jurídico, ARS e por modelo de organização, permitindo comparar a evolução ao longo de todo o processo de empresarialização.

Quadro 5.21 - Regimes jurídicos e modelo de organização dos hospitais públicos em Portugal, de 2001 a 2008

Regime jurídico das instituições hospitalares do SNS por ARS - Final de 2008									
Ano	ARS	Hospitais SPA	Hospitais S.A.	C.Hosp S.A.	ULS S.A.	E.P.E.			Total
						Hosp.	C.Hosp	ULS	
2002	Norte	30	-	-	-	-	-	-	30
	Centro	26	-	-	-	-	-	-	26
	LVT	28	-	-	-	-	-	-	28
	Alentejo	6	-	-	-	-	-	-	6
	Algarve	3	-	-	-	-	-	-	3
	Total	93	-	1	-	-	-	-	93
2003	Norte	17	10	2	1	-	-	-	30
	Centro	19	4	1	0	-	-	-	24
	LVT	15	10	1	0	-	-	-	26
	Alentejo	5	1	-	0	-	-	-	6
	Algarve	2	1	-	0	-	-	-	3
	Total	58	26	4	1	-	-	-	89
2004	Norte	17	10	2	1	-	-	-	30
	Centro	19	4	1	0	-	-	-	24
	LVT	15	10	1	0	-	-	-	26
	Alentejo	4	0	1	0	-	-	-	5
	Algarve	1	0	1	0	-	-	-	2
	Total	56	24	6	1	-	-	-	87
2006	Norte	14	-	-	-	9	3	1	27
	Centro	19	-	-	-	5	1	0	25
	LVT	13	-	-	-	7	3	0	23
	Alentejo	4	-	-	-	0	1	0	5
	Algarve	1	-	-	-	0	1	0	2
	Total	51	-	-	-	21	9	1	82
2007	Norte	5	-	-	-	4	8	1	18
	Centro	14	-	-	-	5	2	0	21
	LVT	10	-	-	-	6	4	0	20
	Alentejo	1	-	-	-	1	1	1	4
	Algarve	1	-	-	-	0	1	0	2
	Total	31	-	-	-	16	16	2	63
2008	Norte	4	-	-	-	4	8	2	18
	Centro	10	-	-	-	6	2	1	19
	LVT	10	-	-	-	5	5	0	20
	Alentejo	1	-	-	-	1	0	2	4
	Algarve	0	-	-	-	1	1	0	2
	Total	25	-	-	-	17	16	5	61

Fonte: Elaboração própria com base nos diplomas de transformação do regime jurídico das unidades

De uma forma global, verifica-se que a região Centro apresenta o maior número de unidades hospitalares (32,7%), seguindo-se a Região de Lisboa (29,5%), Norte (27,8%), Alentejo (6,6%) e Algarve (3,3%). No entanto, quando avaliada a incidência do número de estabelecimentos com estatuto E.P.E., a região Centro perde o domínio, que é assumido pela região Norte (34,2%), seguindo-se a região Centro (28,9%), Lisboa (26,3%), Alentejo (7,9%) e Algarve (5,3%).



Quadro 5.22 - Evolução, em números, das unidades hospitalares e do modelo de organização ao longo da empresarialização, até final de 2008

Ano	Hospitais SPA	Hospitais S.A	C.H, S.A.	ULS, S.A.	E.P.E.			Total
					Hosp.	C.Hosp	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

Fonte: Elaboração própria com base nos diplomas de transformação do regime jurídico das unidades

No final da quarta vaga, o número total de unidades E.P.E. ascende a 38 (representando 62,3%) e o número de unidades SPA fixa-se em 23 (37,7%). Repare-se que o número total de hospitais públicos, desde 2002, reduziu de cerca de 93 unidades para 61.

Em relação ao modelo jurídico, em comparação com a vaga anterior, o número de hospitais singulares aumentou em uma unidade, fruto da atribuição do estatuto E.P.E. ao hospital de Faro. No entanto, o número de centros hospitalares não sofreu alterações, visto que a diminuição destas unidades com a integração em ULS foi compensada pela formação de novos centros hospitalares, por fusão de unidades de saúde.

#### 5.6. Quinta vaga de empresarialização (2009/2010)

Nos anos 2009/2010 a política de empresarialização das unidades hospitalares teve continuidade, considerando-se aqui uma nova vaga. Nestes anos foram publicados cinco diplomas legais, que se enumeram por ordem cronológica de redação:

- Decreto-Lei n.º 27/2009, de 27 de janeiro, que transforma o Hospital de Magalhães Lemos, em entidade pública empresarial (E. P. E), e cria o Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E. P. E., por integração do Hospital de S. Sebastião, E.P.E., do Hospital Distrital de São João da Madeira e do Hospital de São Miguel - Oliveira de Azeméis (que são extintos);
- Decreto-Lei n.º 280/2009, de 6 de outubro, que cria o Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E. P. E.;
- Decreto-Lei n.º 303/2009, de 22 de outubro, que cria o Hospital do Litoral Alentejano, E. P. E.;

- Decreto-Lei n.º 318/2009, de 2 de novembro, que cria a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E. P. E. (integra o Hospital Amato Lusitano e os Centros de Saúde de Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Penamacor, Vila Velha de Ródão, Oleiros, Proença-a-Nova, Sertã, Mação e Vila de Rei);
- Decreto-Lei n.º 21/2010, de 24 de março, que cria o Hospital de Curry Cabral, E.P.E..

Em 2009, registou-se ainda a publicação do modelo organizacional de centro hospitalar a uma unidade SPA, com a publicação da Portaria n.º 83/2009, de 22 de janeiro - cria o Centro Hospitalar do Oeste Norte (CHON), que integra o Centro Hospitalar das Caldas da Rainha, o Hospital de Alcobaça Bernardino Lopes de Oliveira e o Hospital de São Pedro Gonçalves Telmo (Peniche). Esta medida veio diminuir, através da fusão, o número de unidades SPA existentes no final de 2010.

O quadro seguinte apresenta as novas unidades E.P.E. constituídas na quinta vaga de empresarialização.

Quadro 5.23 - Novas unidades criadas nos anos 2009/2010, na quinta vaga de empresarialização

Novos Hospitais / Centros Hospitalares/ ULS criados de 2009 a 2010		
ARS	11 Hospitais/ 1Centros Hospitalares	3 Hospitais/ 3 Centros Hospitalares, E.P.E/ 1 ULS
Norte	Hospital Magalhães Lemos, SPA	Hospital Magalhães Lemos, E.P.E.
Norte	Hospital de São Sebastião, E.P.E.	Centro Hospitalar entre Douro e Vouga, E.P.E.
Norte	Hospital Distrital de São João da Madeira, SPA	
Norte	Hospital de São Miguel, SPA	
Centro	Hospital Amato Lusitano, SPA	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E.
Centro	Agrupamentos de Centros de Saúde da Beira Interior Sul e do Pinhal Interior Sul	
LVT	Hospital de Curry Cabral, SPA	Hospital de Curry Cabral, E.P.E.
LVT	Hospital Nossa Senhora do Rosário, E.P.E.	Centro Hospitalar Barreiro - Montijo, E.P.E.
LVT	Hospital do Montijo, SPA	
LVT	Centro Hospitalar Caldas da Rainha, SPA	Centro Hospitalar Oeste Norte, SPA.
	Hospital Alcobaça Bernardino Lopes de Oliveira, SPA	
	Hospital São Pedro Gonçalves Telmo - Peniche, SPA	
Alentejo	Hospital do Litoral Alentejano, SPA	Hospital do Litoral Alentejano, E.P.E.

Fonte: Elaboração própria com base nos diplomas de transformação do regime jurídico das unidades

O quadro seguinte apresenta a constituição do parque hospitalar público empresarializado em Portugal, no final de 2010.

Quadro 5.24 - Total de hospitais empresarializados no final da quinta vaga de empresarialização

Hospitais Empresarializados (final de 2010) - 5ª fase		
ARS	17 Hospitais/ 16 Centros Hospitalares, E.P.E./ 5 ULS	17 Hospitais/ 19 Centros Hospitalares, E.P.E./ 6 ULS
Norte	Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.	Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.
Norte	Hospital Distrital Santa Maria Maior, E.P.E.	Hospital Distrital Santa Maria Maior, E.P.E.
Norte	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.
Norte	Instituto Português de Oncologia do Porto, E.P.E.	Instituto Português de Oncologia do Porto, E.P.E.
Norte	Centro Hospitalar do Nordeste, E.P.E	Centro Hospitalar do Nordeste, E.P.E
Norte	Hospital de São João, E.P.E.	Hospital de São João, E.P.E.
Norte	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.
Norte	Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.	Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.
Norte	Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.	Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.
Norte	Hospital Magalhães Lemos, SPA	Hospital Magalhães Lemos, E.P.E.
Norte	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.
Norte	Centro Hospitalar do Porto, E.P.E	Centro Hospitalar do Porto, E.P.E
Norte	Hospital de São Sebastião, E.P.E.	Centro Hospitalar entre Douro e Vouga, E.P.E.
Norte	Hospital Distrital de São João da Madeira, SPA	
Norte	Hospital de São Miguel, SPA	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.
Norte	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.	
Norte	Centro Hospitalar Póvoa Varzim/ Vila Conde, E.P.E.	Centro Hospitalar Póvoa Varzim/ Vila Conde, E.P.E.
Centro	Hospital de São Teotónio, E.P.E.	Hospital de São Teotónio, E.P.E.
Centro	Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.	Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.
Centro	Instituto Português de Oncologia de Coimbra, E.P.E.	Instituto Português de Oncologia de Coimbra, E.P.E.
Centro	Hospital de Santo André, E.P.E.	Hospital de Santo André, E.P.E.
Centro	Hospital Infante D. Pedro, E.P.E.	Hospital Infante D. Pedro, E.P.E.
Centro	Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.	Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.
Centro	Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.	Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.
Centro	Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E.	Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E.
Centro	Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.	Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.
Centro	Hospital Amato Lusitano, SPA	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E.
Centro	Agrupamentos de Centros de Saúde da Beira Interior Sul e do Pinhal Interior Sul	
LVT	Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.	Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.
LVT	Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E.	Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E.
LVT	Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.	Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
LVT	Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.	Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.
LVT	Hospital Garcia da Orta, E.P.E.	Hospital Garcia da Orta, E.P.E.
LVT	Hospital Nossa Senhora do Rosário, E.P.E.	Centro Hospitalar Barreiro - Montijo, E.P.E.
LVT	Hospital do Montijo, SPA	
LVT	Instituto Português de Oncologia de Lisboa, E.P.E.	Instituto Português de Oncologia de Lisboa, E.P.E.
LVT	Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.	Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.
LVT	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.
LVT	Hospital Fernando da Fonseca, E.P.E	Hospital Fernando da Fonseca, E.P.E
LVT	Centro Hospitalar Caldas da Rainha, SPA	Centro Hospitalar Oeste Norte, SPA
	Hospital Alcobaça Bernardino Lopes de Oliveira, SPA	

	Hospital São Pedro Gonçalves Telmo - Peniche, SPA	
Alentejo	Unidade Local de Saúde Norte Alentejano, E.P.E.	Unidade Local de Saúde Norte Alentejano, E.P.E.
Alentejo	Hospital do Litoral Alentejano, SPA	Hospital do Litoral Alentejano, E.P.E.
Alentejo	Hospital Espírito Santo, E.P.E.	Hospital Espírito Santo, E.P.E.
Alentejo	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E.	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E.
Algarve	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E.P.E.	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E.P.E.
Algarve	Hospital de Faro, E.P.E.	Hospital de Faro, E.P.E.

Fonte: Elaboração própria com base nos diplomas de transformação do regime jurídico das unidades

A nova redistribuição das unidades hospitalares por região, de acordo com o estatuto jurídico, é apresentada no quadro seguinte.

Quadro 5.25 - Regimes jurídicos e modelo de organização dos hospitais públicos em Portugal, de 2001 a 2010

Regime jurídico das instituições hospitalares do SNS por ARS - Final de 2010									
Ano	ARS	Hospitais SPA	Hospitais S.A.	C.Hosp S.A.	ULS S.A.	E.P.E.			Total
						Hosp.	C.Hosp	ULS	
2001	Norte	30	-	-	-	-	-	-	30
	Centro	26	-	-	-	-	-	-	26
	LVT	28	-	-	-	-	-	-	28
	Alentejo	6	-	-	-	-	-	-	6
	Algarve	3	-	-	-	-	-	-	3
	Total	93	-	1	-	-	-	-	93
2003	Norte	17	10	2	1	-	-	-	30
	Centro	19	4	1	0	-	-	-	24
	LVT	15	10	1	0	-	-	-	26
	Alentejo	5	1	-	0	-	-	-	6
	Algarve	2	1	-	0	-	-	-	3
	Total	58	26	4	1	-	-	-	89
2004	Norte	17	10	2	1	-	-	-	30
	Centro	19	4	1	0	-	-	-	24
	LVT	15	10	1	0	-	-	-	26
	Alentejo	4	0	1	0	-	-	-	5
	Algarve	1	0	1	0	-	-	-	2
	Total	56	24	6	1	-	-	-	87
2006	Norte	14	-	-	-	9	3	1	27
	Centro	19	-	-	-	5	1	0	25
	LVT	13	-	-	-	7	3	0	23
	Alentejo	4	-	-	-	0	1	0	5
	Algarve	1	-	-	-	0	1	0	2
	Total	51	-	-	-	21	9	1	82
2007	Norte	5	-	-	-	4	8	1	18
	Centro	14	-	-	-	5	2	0	21
	LVT	10	-	-	-	6	4	0	20
	Alentejo	1	-	-	-	1	1	1	4
	Algarve	1	-	-	-	0	1	0	2
	Total	31	-	-	-	16	16	2	63
2008	Norte	4	-	-	-	4	8	2	18
	Centro	10	-	-	-	6	2	1	19
	LVT	10	-	-	-	5	5	0	20
	Alentejo	1	-	-	-	1	0	2	4

	Algarve	0	-	-	-	1	1	0	2
	Total	25	-	-	-	17	16	5	61
2010	Norte	1	-	-	-	4	9	2	16
	Centro	9	-	-	-	6	2	2	19
	LVT	6	-	-	-	4	7	0	17
	Alentejo	0	-	-	-	2	0	2	4
	Algarve	0	-	-	-	1	1	0	2
	Total	16	-	-	-	17	19	6	55

Fonte: Elaboração própria com base nos diplomas de transformação do regime jurídico das unidades

Como observado para o ano 2008, a região Centro domina no total de hospitais públicos do país e a região Norte assume a liderança, quando se abordam apenas as unidades empresariais. Do total de unidades empresarializadas cerca de 35,7% centram-se na região Norte, 23,8% no Centro, 33,3% em Lisboa, 9,5% no Alentejo e cerca de 4,8% no Algarve. No entanto, atente-se que restam na região Norte apenas uma unidade SPA, na região de LVT três unidades e mais a sul, no Alentejo e Algarve, não existe qualquer unidade hospitalar com estatuto SPA. Porém, em oposição, a região Centro foi até este ano a menos empresarializada, registando-se ainda 9 unidades com estatuto tradicional do setor público. Ou seja, o número de unidades hospitalares integradas no Setor Público Administrativo tem uma tendência decrescente, enquanto que as unidades empresarializadas têm um comportamento oposto. O quadro seguinte representa esta evolução desde 2002 a 2010.

Quadro 5.26 - Evolução, em números, das unidades hospitalares e do modelo de organização ao longo da empresarialização, até final de 2010

Regime jurídico das instituições hospitalares do SNS - Final de 2010								
Ano	Hospitais SPA	Hospitais S.A.	C.H, S.A.	ULS, S.A.	E.P.E.			Total
					Hosp.	C.Hosp	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

Fonte: Elaboração própria com base nos diplomas de transformação do regime jurídico das unidades

Terminada a quinta vaga de empresarialização, o quadro de unidades E.P.E. ascende a 42 estabelecimentos hospitalares, o que representa cerca de 76,3%. Em sentido contrário, o número de unidades hospitalares do SPA é agora de 13 unidades (23,7%).

No ano 2010, comparativamente a 2008, o número de hospitais singulares manteve-se, registando-se um aumento do número de centros hospitalares em 3 unidades e no de ULS em 1 unidade.

### 5.7. Sexta vaga de empresarialização (2011/2013)

A sexta vaga de empresarialização representa a última fase considerada neste estudo. Os principais diplomas enunciados nesta vaga de empresarialização, foram os seguintes:

- Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março, que cria o Centro Hospitalar de São João, E.P.E., o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E., o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., o Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E., e o Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, E.P.E., e altera o Centro Hospitalar do Porto, EPE.;
- Decreto-Lei n.º 67/2011, de 2 de junho, que cria a Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E. (integra o Centro Hospitalar do Nordeste, E. P. E. (CHNE) e o Agrupamento dos Centros de Saúde do Alto Trás-os-Montes I - Nordeste (ACES Nordeste), que são extintos;
- Decreto-Lei n.º 238/2012, de 31 de outubro, que cria a Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E. P. E. (integra o Hospital do Litoral Alentejano e o Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Litoral (ACES Alentejo Litoral);
- Decreto-Lei n.º 69/2013, de 17 de maio, que cria o Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E., por fusão do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E.P.E., com o Hospital de Faro, E.P.E..

O quadro seguinte apresenta as novas unidades E.P.E. constituídas na sexta vaga de empresarialização.

Quadro 5.27 - Novas unidades criadas nos anos 2011/2013, na sexta vaga de empresarialização

Novos Hospitais / Centros Hospitalares/ ULS criados 2011 a 2013		
ARS	Hospitais/ Centros Hospitalar	Hospitais/ Centros Hospitalar /ULS
Norte	Hospital de São João, E.P.E.	Centro Hospitalar de São João, E.P.E.
Norte	Hospital Nossa Senhora da Conceição, SPA	
Norte	Centro Hospitalar do Nordeste, E.P.E	Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E
	Agrupamento dos Centros de Saúde do Alto Trás-os-Montes I – Nordeste	
Centro	Hospital de São Teotónio, E.P.E.	Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.
Centro	Hospital Cândido de Figueiredo, SPA	Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.
Centro	Hospital Infante D. Pedro, E.P.E.	
Centro	Hospital Visconde de Salreu, SPA	

Centro	Hospital Distrital de Águeda, SPA	Centro Hospitalar Leiria-Pombal, E.P.E.
Centro	Hospital de Santo André, E.P.E.	
	Hospital Distrital de Pombal, SPA	Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E.P.E.
Centro	Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E.	
Centro	Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.	
Centro	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra, SPA	
Alentejo	Hospital do Litoral Alentejano, E.P.E.	Unidade Local do Litoral Alentejano, E.P.E.
	Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Litoral	
Algarve	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E.P.E.	Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.
	Hospital de Faro, E.P.E.	

Fonte: Elaboração própria com base nos diplomas de transformação do regime jurídico das unidades

Assim, considerando estas alterações preconizadas pelos referidos documentos legais, os hospitais empresarializados em Portugal resumiam-se a 39 unidades (10 hospitais singulares, 21 Centros Hospitalares e 8 ULS). O quadro seguinte apresenta esta distribuição, organizada por ARS.

Quadro 5.28 - Total de hospitais empresarializados no final da sexta vaga de empresarialização

Hospitais Empresarializados (final de 2013) - 6ª fase		
ARS	17 Hospitais/ 19 Centros Hospitalares, E.P.E./ 6 ULS	10 Hospitais/ 21 Centros Hospitalares, E.P.E./ 8 ULS
Norte	Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.	Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.
Norte	Hospital Distrital Santa Maria Maior, E.P.E.	Hospital Distrital Santa Maria Maior, E.P.E.
Norte	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.
Norte	Instituto Português de Oncologia do Porto, E.P.E.	Instituto Português de Oncologia do Porto, E.P.E.
Norte	Centro Hospitalar do Nordeste, E.P.E.	Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.
Norte	Agrupamento dos Centros de Saúde do Alto Trás-os-Montes I - Nordeste	
Norte	Hospital de São João, E.P.E.	Centro Hospitalar de São João, E.P.E.
Norte	Hospital Nossa Senhora da Conceição, SPA	
Norte	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.
Norte	Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.	Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.
Norte	Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.	Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.
Norte	Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E.	Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E.
Norte	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.
Norte	Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.	Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
Norte	Centro Hospitalar entre Douro e Vouga, E.P.E.	Centro Hospitalar entre Douro e Vouga, E.P.E.
Norte	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.
Norte	Centro Hospitalar Póvoa Varzim/ Vila Conde, E.P.E.	Centro Hospitalar Póvoa Varzim/ Vila Conde, E.P.E.
Centro	Hospital de São Teotónio, E.P.E.	Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.
Centro	Hospital Cândido de Figueiredo, SPA	
Centro	Hospital Infante D. Pedro, E.P.E.	Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.
Centro	Hospital Visconde de Salreu, SPA	
Centro	Hospital Distrital de Águeda, SPA	
Centro	Instituto Português de Oncologia de Coimbra, E.P.E.	Instituto Português de Oncologia de Coimbra, E.P.E.

Centro	Hospital de Santo André, E.P.E. Hospital Distrital de Pombal, SPA	Centro Hospitalar Leiria-Pombal, E.P.E. <sup>104</sup>
Centro	Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.	Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.
Centro	Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.	Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.
Centro	Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E.	Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E.P.E.
Centro	Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.	
Centro	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra, SPA	
Centro	Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.	Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.
Centro	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E.	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E.
LVT	Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.	Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.
LVT	Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E.	Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E.
LVT	Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.	Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
LVT	Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.	Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.
LVT	Hospital Garcia da Orta, E.P.E.	Hospital Garcia da Orta, E.P.E.
LVT	Centro Hospitalar Barreiro - Montijo, E.P.E.	Centro Hospitalar Barreiro - Montijo, E.P.E.
LVT	Instituto Português de Oncologia de Lisboa, E.P.E.	Instituto Português de Oncologia de Lisboa, E.P.E.
LVT	Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E. Hospital de Curry Cabral, SPA Maternidade Alfredo da Costa, SPA	Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E. <sup>105</sup>
LVT	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.
LVT	Hospital Fernando da Fonseca, E.P.E.	Hospital Fernando da Fonseca, E.P.E.
LVT	Centro Hospitalar Oeste Norte, SPA. Centro Hospitalar Torres Vedras, SPA	Centro Hospitalar Oeste, SPA.
Alentejo	Unidade Local de Saúde Norte Alentejano, E.P.E.	Unidade Local de Saúde Norte Alentejano, E.P.E.
Alentejo	Hospital do Litoral Alentejano, E.P.E.	Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E.
Alentejo	Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Litoral	
Alentejo	Hospital Espírito Santo, E.P.E.	Hospital Espírito Santo, E.P.E.
Alentejo	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E.	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E.
Algarve	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E.P.E.	Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.
Algarve	Hospital de Faro, E.P.E.	

Fonte: Elaboração própria com base nos diplomas de transformação do regime jurídico das unidades

A nova redistribuição das unidades hospitalares, por região, de acordo com o estatuto jurídico, é apresentada no quadro seguinte.

<sup>104</sup> Denominação alterada pelo Decreto-Lei n.º 157/2013, de 12 de novembro, passando a ser designado por Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E..

<sup>105</sup> Decreto-Lei n.º 44/2012, de 23 de fevereiro - procede à extinção e integração, por fusão, no Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E., do Hospital de Curry Cabral, E.P.E. e da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.



Quadro 5.29 - Regimes jurídicos e modelo de organização dos hospitais públicos em Portugal, de 2001 a 2013

Regime jurídico das instituições hospitalares do SNS por ARS - Final de 2013									
Ano	ARS	Hospitais SPA	Hospitais S.A.	C.Hosp S.A.	ULS S.A.	E.P.E.			Total
						Hosp.	C.Hosp	ULS	
2001	Norte	30	-	-	-	-	-	-	30
	Centro	26	-	-	-	-	-	-	26
	LVT	28	-	-	-	-	-	-	28
	Alentejo	6	-	-	-	-	-	-	6
	Algarve	3	-	-	-	-	-	-	3
	Total	93	-	1	-	-	-	-	93
2003	Norte	17	10	2	1	-	-	-	30
	Centro	19	4	1	0	-	-	-	24
	LVT	15	10	1	0	-	-	-	26
	Alentejo	5	1	-	0	-	-	-	6
	Algarve	2	1	-	0	-	-	-	3
	Total	58	26	4	1	-	-	-	89
2004	Norte	17	10	2	1	-	-	-	30
	Centro	19	4	1	0	-	-	-	24
	LVT	15	10	1	0	-	-	-	26
	Alentejo	4	0	1	0	-	-	-	5
	Algarve	1	0	1	0	-	-	-	2
	Total	56	24	6	1	-	-	-	87
2006	Norte	14	-	-	-	9	3	1	27
	Centro	19	-	-	-	5	1	0	25
	LVT	13	-	-	-	7	3	0	23
	Alentejo	4	-	-	-	0	1	0	5
	Algarve	1	-	-	-	0	1	0	2
	Total	51	-	-	-	21	9	1	82
2007	Norte	5	-	-	-	4	8	1	18
	Centro	14	-	-	-	5	2	0	21
	LVT	10	-	-	-	6	4	0	20
	Alentejo	1	-	-	-	1	1	1	4
	Algarve	1	-	-	-	0	1	0	2
	Total	31	-	-	-	16	16	2	63
2008	Norte	4	-	-	-	4	8	2	18
	Centro	10	-	-	-	6	2	1	19
	LVT	10	-	-	-	5	5	0	20
	Alentejo	1	-	-	-	1	0	2	4
	Algarve	0	-	-	-	1	1	0	2
	Total	25	-	-	-	17	16	5	61
2010	Norte	1	-	-	-	4	9	2	16
	Centro	9	-	-	-	6	2	2	19
	LVT	6	-	-	-	4	7	0	17
	Alentejo	0	-	-	-	2	0	2	4
	Algarve	0	-	-	-	1	1	0	2
	Total	16	-	-	-	17	19	6	55
2013	Norte	0	-	-	-	3	9	3	15
	Centro	4	-	-	-	2	5	2	13
	LVT	3	-	-	-	4	6	0	13
	Alentejo	0	-	-	-	1	0	3	4
	Algarve	0	-	-	-	0	1	0	1
	Total	7	-	-	-	10	21	8	46

Fonte: Elaboração própria com base nos diplomas de transformação do regime jurídico das unidades

A ARS Norte domina com o maior número de unidades hospitalares, seguindo-se da região Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. No que se refere ao número de unidades E.P.E., a região Norte domina igualmente com 38,5%, seguindo-se de Lisboa com 29%, da

região Centro com 23,1%, do Alentejo com 10,3% e do Algarve com 2,6%. A referir que todas as unidades públicas hospitalares (excluindo-se as que se encontram em regimes especiais como as PPP) da região Norte, Alentejo e Algarve, se encontram com estatuto E.P.E.. O quadro seguinte apresenta, de uma forma global, o número total de hospitais e os respetivos modelos organizacionais, bem como a sua evolução.

Quadro 5.30 - Evolução, em números, das unidades hospitalares e do modelo de organização ao longo da empresarialização, até final de 2013

Regime jurídico das instituições hospitalares do SNS - Final de 2013								
Ano	Hospitais SPA	Hospitais S.A.	C.H, S.A.	ULS, S.A.	E.P.E.			Total
					Hosp.	C.Hosp	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

Fonte: Elaboração própria com base nos diplomas de transformação do regime jurídico das unidades

Em 2013, o número de unidade com estatuto jurídico E.P.E. ascendeu a 39, o que representa 81,3% do total de estabelecimentos hospitalares públicos existentes neste ano, ao passo que o número de hospitais SPA caiu para 7, o que corresponde a 18,7% do total.

No âmbito das unidades E.P.E., nota-se em 2013 um predomínio dos centros hospitalares, com cerca de 53,8% do total de hospitais E.P.E., seguindo-se os hospitais singulares com 25,6% e as ULS, que detêm 20,5%. O número de unidades hospitalares a funcionar sob regime PPP, ascendeu a 4 estabelecimentos hospitalares (quadro 5.31).

Quadro 5.31 - Hospitais públicos em regime de PPP no final de 2013

Hospitais PPP em 2013
Hospital Dr. José de Almeida – Cascais
Hospital Reinaldo dos Santos - Vila Franca de Xira
Hospital de São Marcos – Braga
Hospital Beatriz Ângelo – Loures

Fonte: Elaboração própria com base nos diplomas de transformação do regime jurídico das unidades

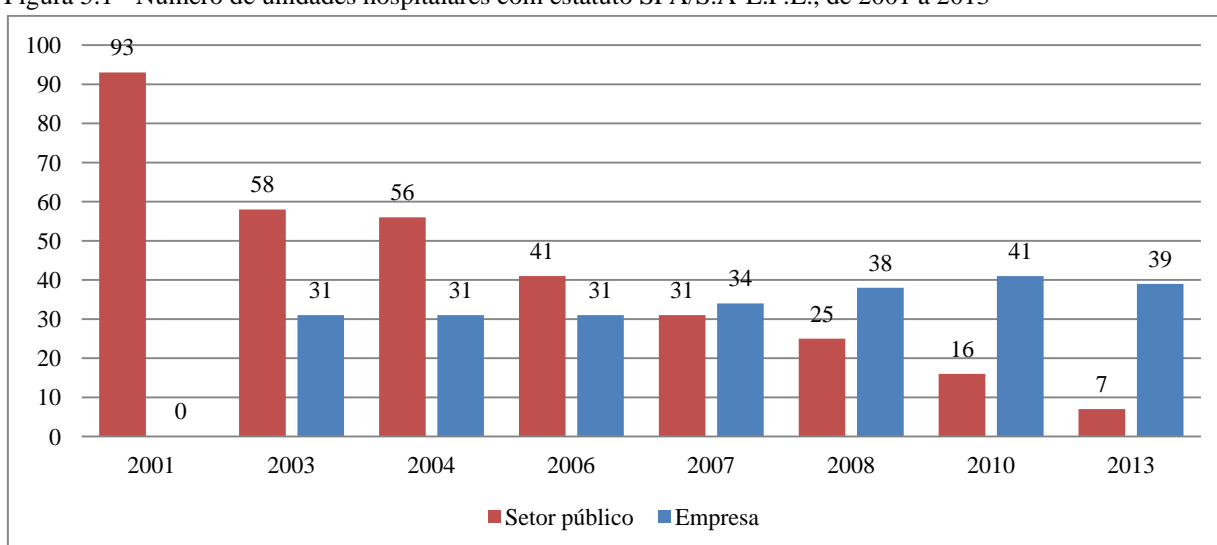
Em termos globais, em relação ao estatuto jurídico, o número de unidades hospitalares com estatuto de SPA reduziu ao longo dos anos. Num sentido inverso, o número de unidades empresarializados tem vindo a aumentar. Por sua vez, a forma de organização (modelo

organizativo - Hospital, Centro Hospitalar e ULS) também sofreu alterações. Nos pontos seguintes serão analisados estes dados, em termos evolutivos, por anos e regiões.

### 5.8. A evolução do estatuto jurídico dos hospitais públicos portugueses, de 2001 a 2013

Ao longo do processo de empresarialização, o estatuto jurídico dos hospitais sofreu transformações. De uma forma global, a figura seguinte representa esta transformação das unidades hospitalares, ao longo do período de empresarialização considerado.

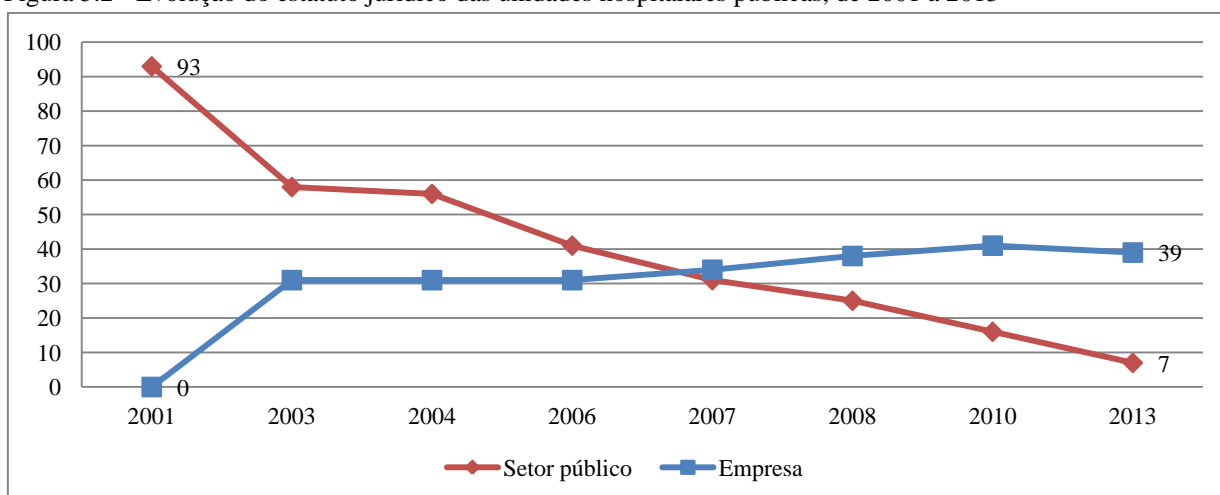
Figura 5.1 - Número de unidades hospitalares com estatuto SPA/S.A-E.P.E., de 2001 a 2013



Fonte: Elaboração própria

Com base nos dados apurados, observa-se uma inversão do estatuto jurídico dominante aplicado às unidades hospitalares. Em termos desta evolução, a figura seguinte representa graficamente a tendência evolutiva registada, de forma global, para os hospitais portugueses.

Figura 5.2 - Evolução do estatuto jurídico das unidades hospitalares públicas, de 2001 a 2013



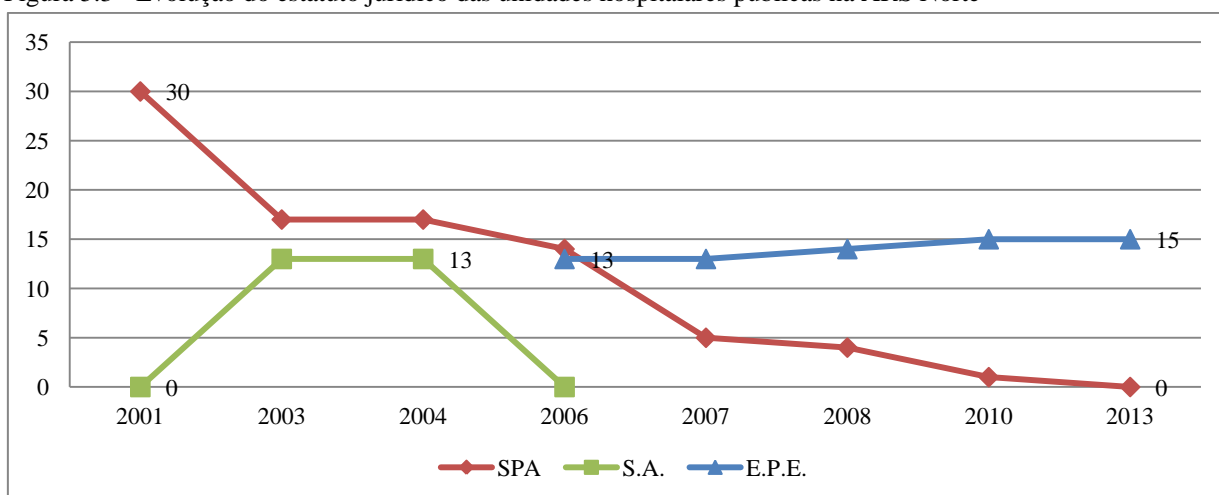
Fonte: Elaboração própria

Numa primeira análise, ressalta a predominância de unidades do setor público (SPA) até 2006, período que curiosamente coincide com a aplicação prática dos efeitos da atribuição do estatuto jurídico E.P.E. a unidades S.A. e a novas unidades anteriormente pertencentes ao Setor Público Administrativo. A partir deste ano observa-se um contínuo crescimento das unidades empresarializadas, face a uma diminuição progressiva dos hospitais SPA. A taxa de crescimento das unidades empresariais de 2001 para 2013 foi de 100%, sendo que a taxa de crescimento das unidades SPA foi de - 92,5%.

Esta evolução, decorrente da reforma da gestão hospitalar, não foi uniforme em todo o país, havendo regiões mais empresarializadas do que outras. De modo a observar esta diferenciação, analisa-se o comportamento da evolução do estatuto jurídico dos hospitais, por ARS.

Na ARS Norte, o processo de mudança de estatuto jurídico encontra-se descrito na figura seguinte.

Figura 5.3 - Evolução do estatuto jurídico das unidades hospitalares públicas na ARS Norte

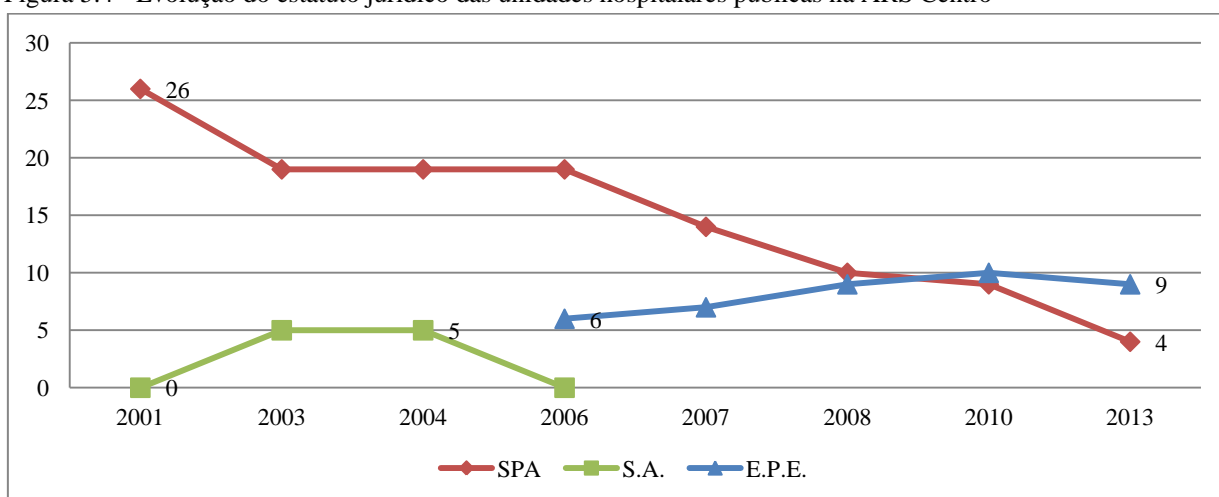


Fonte: Elaboração própria

Nesta ARS, o estatuto hospitalar do SPA apresenta uma diluição progressiva do número de unidades, que acabam por se anular até 2013. De forma inversa, as unidades empresarializadas surgem em 2003 e apresentam um ligeiro crescimento até 2013, terminando sob a forma de E.P.E.. O número total de unidades hospitalares sofreu, com a empresarialização, uma redução de 50%

Na ARS Centro, o comportamento da evolução do estatuto jurídico teve contornos diferentes. A figura seguinte apresenta esta tendência evolutiva.

Figura 5.4 - Evolução do estatuto jurídico das unidades hospitalares públicas na ARS Centro

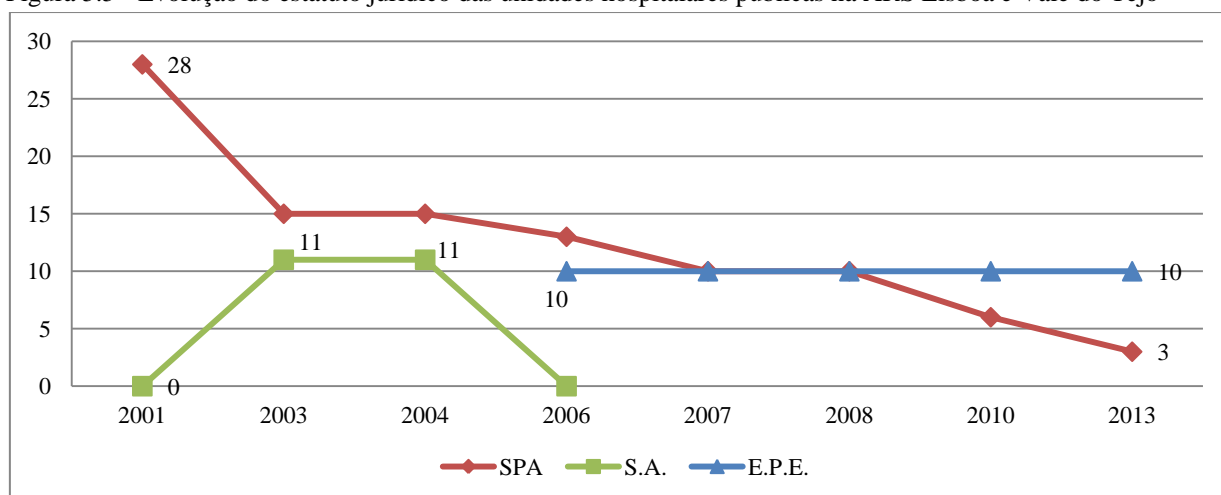


Fonte: Elaboração própria

Como se pode observar, o número de unidades SPA seguiu uma tendência de redução, enquanto que a dos hospitais empresa seguiu uma tendência de crescimento, como aliás ocorre em todas as ARS. No entanto, na região Centro o número de unidades SPA não se anulou, registando-se um total de 4 hospitais no final de 2013. Todavia, o número de hospitais empresa aumentou o seu número em 9 unidades desde o início de 2002. À semelhança da ARS Norte, o número total de unidades caiu 50% (existiam 26 em 2012 e 13 em 2013).

Na ARS Lisboa e Vale do Tejo, a evolução do estatuto jurídico dos hospitais encontra-se representada na figura 5.5.

Figura 5.5 - Evolução do estatuto jurídico das unidades hospitalares públicas na ARS Lisboa e Vale do Tejo

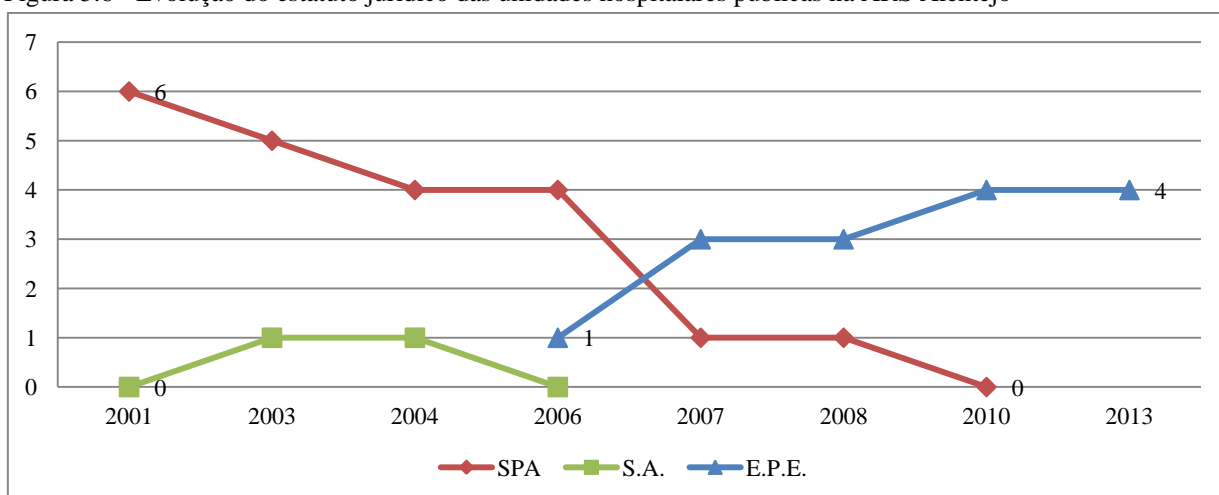


Fonte: Elaboração própria

Esta região foi mais constante na empresarialização das unidades, sendo 12 o número total de unidades E.P.E criadas. Porém, no início do processo de empresarialização existiam 28 unidades SPA, que no final de 2013 ficaram pelas 3 unidades (redução de 53,6%).

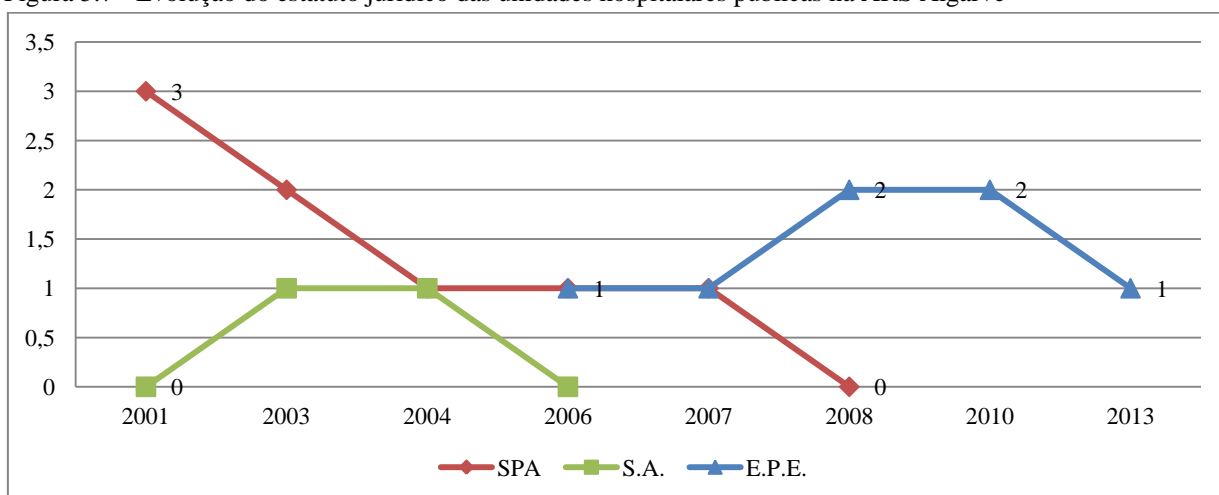
As regiões do Alentejo e Algarve apresentaram, tal como a região Norte, uma anulação das unidades SPA. As figuras 5.6 e 5.7 apresentam a tendência evolutiva da transformação do estatuto jurídico nestas regiões.

Figura 5.6 - Evolução do estatuto jurídico das unidades hospitalares públicas na ARS Alentejo



Fonte: Elaboração própria

Figura 5.7 - Evolução do estatuto jurídico das unidades hospitalares públicas na ARS Algarve



Fonte: Elaboração própria

Na ARS Alentejo, o número de unidades SPA apresenta uma diminuição constante ao longo do período de tempo considerado, sendo que o número de hospitais empresa apresenta um crescimento discreto até 2006. A partir deste momento deu-se um crescimento acentuado do número de hospitais E.P.E., que corroborou com a anulação das unidades SPA. Com as políticas de fusão, o número total de unidades hospitalares foi reduzido em 30%.

Na ARS Algarve o número de hospitais SPA apresentou uma queda na primeira vaga de empresarialização, mantendo o número de uma unidade, constante até final de 2007. A partir deste momento o número de unidades E.P.E atinge as 2 unidades em 2010, voltando novamente a uma unidade no final de 2013. Entretanto, o número de unidades SPA anulou-se em 2008.

Nesta ARS com a concentração de unidades de saúde, o número de unidades hospitalares sofreu uma redução de 66%.

Em termos proporcionais no total de unidades de saúde, é apresentada no quadro seguinte a percentagem ocupada por cada tipo de regime jurídico considerado, no total de hospitais públicos do país.

Quadro 5.32 - Proporção de unidades SPA/empresa (S.A./E.P.E), por vaga de empresarialização

Vaga de empresarialização	Número total de hospitais	Hospitais SPA	Hospitais empresa
2003/2004	89	65,2%	34,8%
	87	64,4%	35,6%
2006	72	56,9%	43,1%
2007	65	47,7%	52,3%
2008	63	39,7%	60,3%
2010	58	27,6%	72,4%
2013	46	15,2%	84,8%

Fonte: Elaboração própria

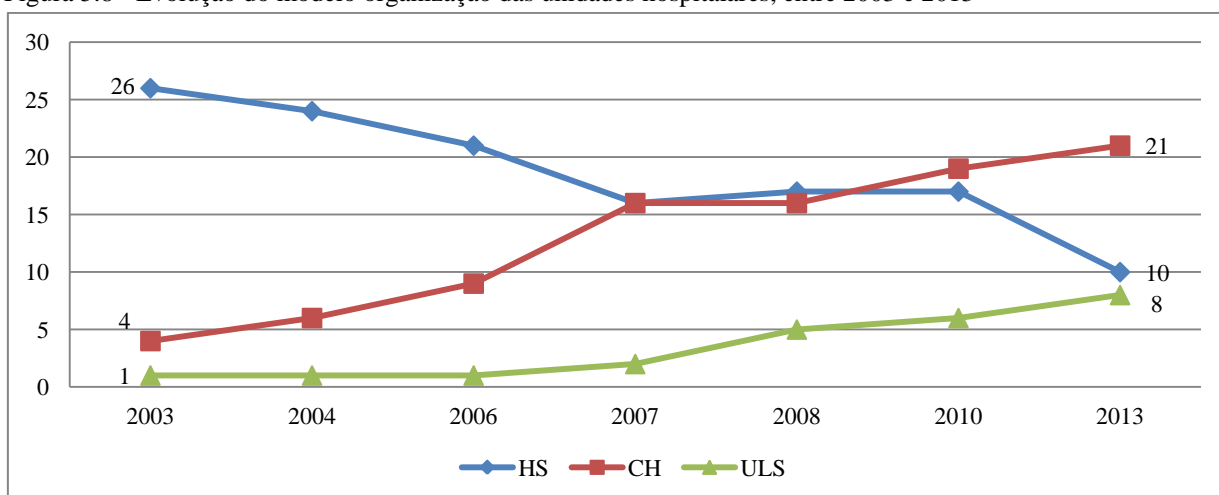
Apesar do objetivo inicialmente previsto remeter para uma empresarialização total das unidades de saúde para 2009, esta não foi atingida, ficando aquém da expectativa. No final de 2013, a percentagem de unidades empresarializadas ascendia a cerca de 85%, o que representa um número considerável num período de 12 anos.

#### 5.9. A evolução do modelo de organização dos hospitais empresarializados de 2001 a 2013

O modelo de organização dos hospitais empresarializados foi variando ao longo das sucessivas vagas de empresarialização, alternando entre a figura do hospital singular, de centro hospitalar e de unidade local de saúde. A figura seguinte apresenta respetiva evolução no país.



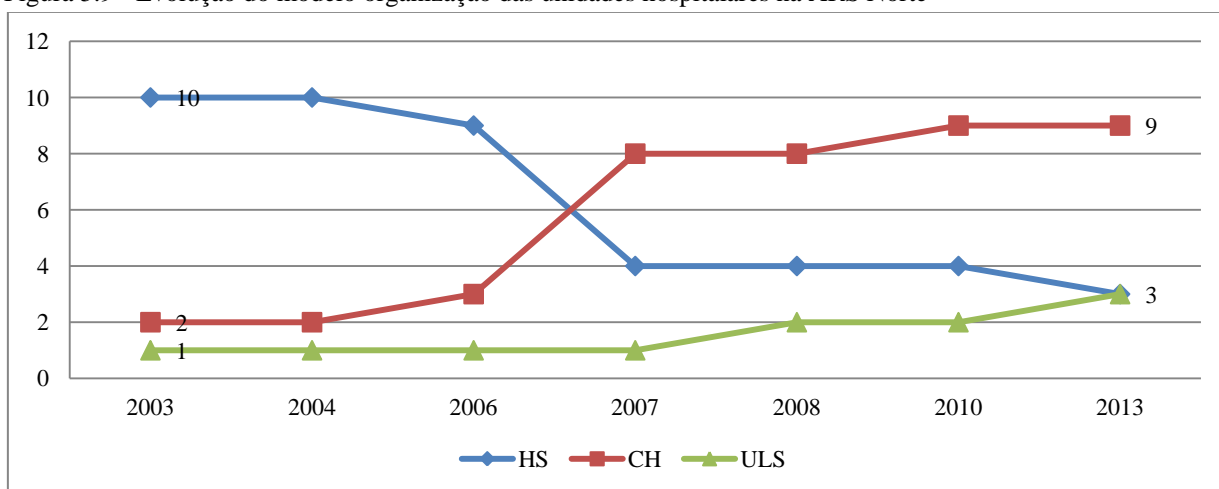
Figura 5.8 - Evolução do modelo organização das unidades hospitalares, entre 2003 e 2013



Fonte: Elaboração própria

Quando é analisada a evolução do modelo de organização por ARS, verifica-se que esta não é uniforme em todas as regiões. Os modelos de organização dos hospitais, presentes na ARS Norte, são apresentados na figura seguinte.

Figura 5.9 - Evolução do modelo organização das unidades hospitalares na ARS Norte

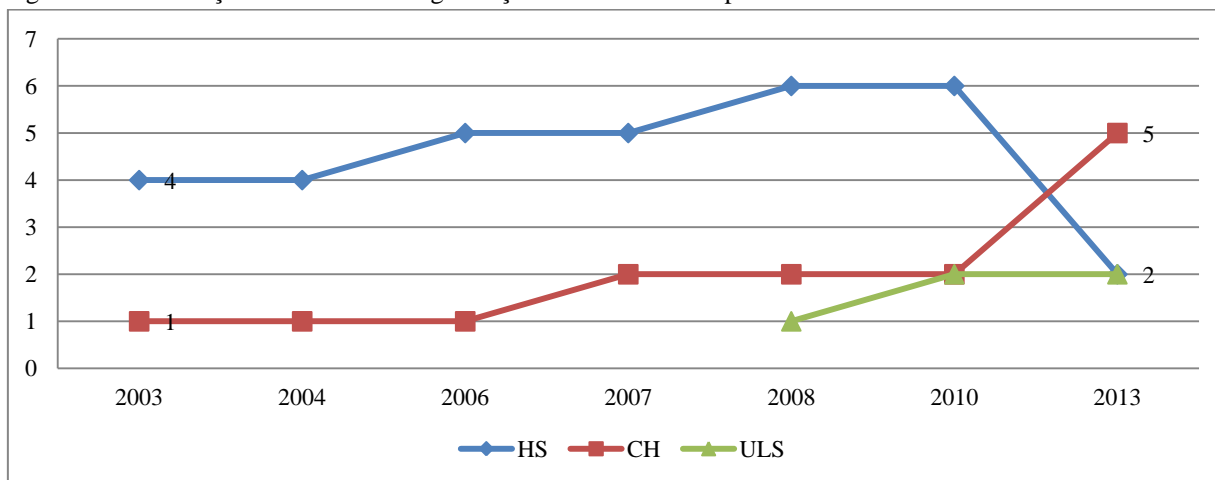


Fonte: Elaboração própria

Na região Norte regista-se a coexistência de todos os modelos de organização implementados nos hospitais públicos. No final do período de empresarialização considerado, domina a figura de centro hospitalar. Das 15 unidades registadas, 9 são CH (60%), 3 são ULS (20%) e 3 são hospitais de forma singular (20%).

A par com a região Norte, a região Centro apresenta igualmente os três tipos de modelos de organização dos hospitais. A figura seguinte apresenta a respetiva evolução.

Figura 5.10 - Evolução do modelo de organização das unidades hospitalares na ARS Centro

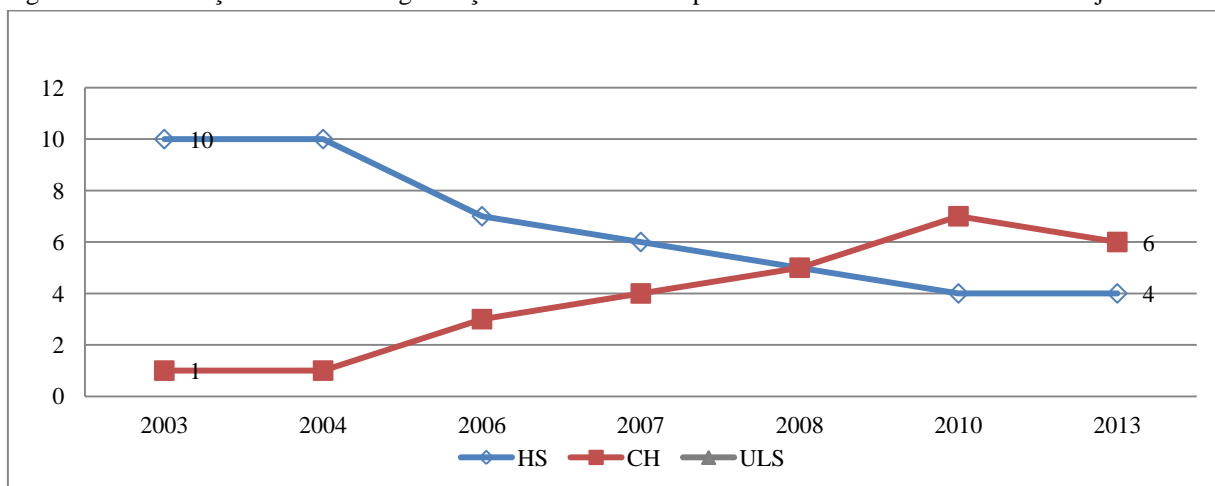


Fonte: Elaboração própria

A ARS Centro, em 2003, apresentava apenas a figura de CH e de hospital de forma singular, predominando esta última. No entanto, até 2010 estas duas formas cresceram, existindo no final desta vaga cerca de 6 hospitais, 2 CH e 2 ULS, entretanto criadas. No final de 2013, os CH dominam o total de modelos de organização com 5 unidades (55,6%), seguindo-se as ULS e os centros hospitalares, ambos com 2 unidades cada (22,2%).

Em oposição às duas ARS referidas, a região de Lisboa e Vale do Tejo apresenta apenas os modelos de CH e de hospital singular, como se pode verificar pela observação da figura 5.11.

Figura 5.11 - Evolução do modelo organização das unidades hospitalares na ARS Lisboa e Vale do Tejo

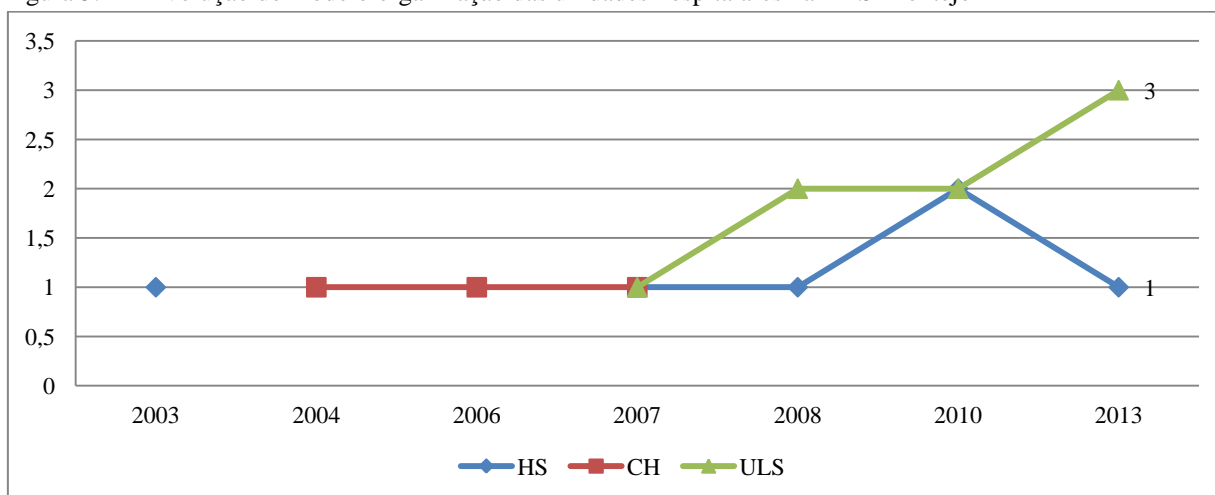


Fonte: Elaboração própria

A forma de organização de ULS não foi prevista para esta ARS. No entanto, o modelo de CH ganhou estatuto pela consecutiva política de fusão/concentração de unidades de saúde, iniciada em 2005/2006. No final de 2013, o número de CH ascendia a 6 (60%) e o de hospitais de forma singular a 4 unidades (40%).

A região do Alentejo apresenta uma menor variabilidade de modelos de organização. A figura seguinte apresenta a sua distribuição ao longo dos anos.

Figura 5.12 - Evolução do modelo organização das unidades hospitalares na ARS Alentejo

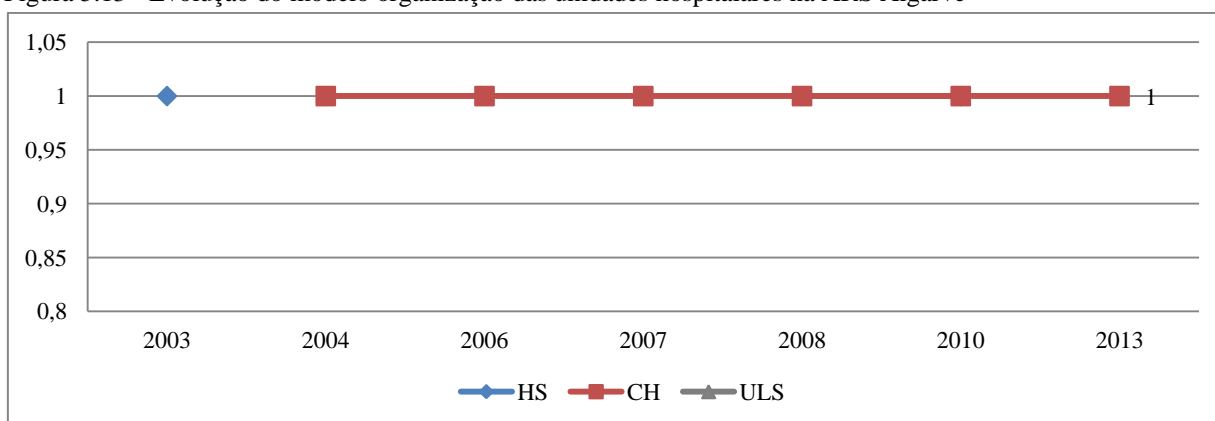


Fonte: Elaboração própria

No decorrer da primeira vaga de empresarialização (final de 2004), deixou de existir o único hospital de forma singular, dando lugar à forma de CH. No entanto, por força da transformação de unidades SPA em E.P.E., surgiu um novo hospital singular com estatuto E.P.E., em 2007. Curiosamente, neste ano surge uma primeira ULS, coexistindo temporariamente os três modelos de organização nesta ARS. Nas vagas seguintes o número de ULS ganhou destaque, alcançando em 2013 o total de 3 unidades (75%), sendo que o número de hospitais singulares ficou adstrito a uma unidade (25%).

A ARS Algarve, tal como a ARS Lisboa e Vale do Tejo, não apresenta o modelo de ULS, vigorando apenas o modelo de CH que se distribui pelas vagas de empresarialização, conforme se faz representar na figura seguinte.

Figura 5.13 - Evolução do modelo organização das unidades hospitalares na ARS Algarve



Fonte: Elaboração própria.

No ano 2003 apenas existia a figura de hospital de forma singular na ARS Algarve. No entanto, repare-se que a primeira vaga considerada foi definida no período de 2002/2004 (sendo repartida em dois momentos, dada a sua grande amplitude, para facilitar a perceção da integração das unidades hospitalares). Assim, considerando este aspeto, ficou apenas consignado um único modelo organizativo à região do Algarve, que após sucessivas fusões/concentrações se manteve com a forma CH no final de 2013.

Em termos proporcionais no total de unidades de saúde, é apresentada no quadro seguinte a percentagem ocupada por cada modelo organizativo no total de hospitais empresa (S.A. e E.P.E.).

Quadro 5.33 - Proporção do modelo de organização (Hospital/CH/ULS) por vaga de empresarialização

Vaga empresarialização	Total de unidades	Hospital Singular	Centro Hospitalar	ULS
2003/2004	31	26 (83,9%)	4 (12,9%)	1(2,6%)
	31	24 (77,4%)	6 (19,4%)	1 (3,2%)
2006	31	21 (67,7%)	9 (29%)	1 (3,2%)
2007	34	16 (47,1%)	16 (47,1%)	2 (5,8%)
2008	38	17 (44,7%)	16 (42,1%)	5 (13,2%)
2010	42	17 (40,5%)	19 (45,2%)	6 (14,3%)
2013	39	10 (25,6%)	21 (53,9%)	8 (20,5%)

Fonte: Elaboração própria

Ao longo das sucessivas vagas de empresarialização, a tendência observada foi a de uma redução do número de hospitais e de um aumento do número de centros hospitalares e ULS. Comparativamente ao ano 2003, a percentagem de hospitais no SNS diminuiu 58,3%, aumentando a proporção de CH e ULS em 41% e 17,9%, respetivamente.

## 6. PRODUÇÃO, FINANCIAMENTO E DESENVOLVIMENTO DA GESTÃO HOSPITALAR

O facto de não existirem preços para certo tipo de produtos, em particular para os serviços prestados pelo Estado à comunidade, tornou sempre difícil a definição e a valorização da produção (Brathaug, 2006).

A despesa com a saúde tem um peso significativo no PIB, o que dá fundamento à necessidade de tentar avaliar o que está na sua base, de forma a suportar a afetação de recursos envolvidos (Brathaug, 2006). No caso português, os critérios de apuramento da produção hospitalar acompanharam a reforma hospitalar, desde logo marcados e caracterizados pelo tipo de financiamento e pelas formas de custeio (Valente, 2010).

Com a contratualização de serviços de saúde junto dos hospitais, a produção hospitalar corresponde assim ao número de serviços contratualizados. Desta forma, a produção hospitalar, em Portugal, está relacionada com o movimento de assistências em dois grandes níveis: o internamento e os serviços ambulatoriais (Harfouche, 2008; Tribunal de Contas, 2008a).

Existe um consenso relativamente à falta de eficiência na saúde, em Portugal. Vários autores referem que a produtividade do sistema público poderia ser bem superior à existente atribuindo este facto à subutilização de recursos e ao ainda forte peso do Estado na gestão hospitalar (Cadilhe, 2005; Rego, 2011). Deste modo, torna-se imperativa a necessidade de promover a eficiência do sistema, numa perspetiva de convergência entre a qualidade e a boa utilização de recursos (Antunes, Gonçalves, Santos, Alexandre, & Godinho, 2011; Harfouche, 2012; Pereira, 2005).

No âmbito da redução de custos e do aumento da eficiência do sistema público de saúde, os hospitais assumem uma grande importância, dado que são responsáveis por mais de 50% dos custos (GTRH, 2011). Neste capítulo serão apresentadas as principais linhas de atividade dos hospitais e os sistemas de financiamento e pagamento da atividade hospitalar, implementados com a empresarialização. Para além destas novidades, implementadas com vista a aumentar a eficiência e a produtividade das unidades, destacam-se outros fatores que poderão condicionar os resultados, nomeadamente as formas de custeios e outros relacionados com a subprestação

de cuidados (associada a défice de qualidade) ou com a imperiosa racionalização de custos imposta por entidades internacionais, que deram origem a um subfinanciamento dos hospitais (OPSS, 2012).

### 6.1. O modelo de financiamento/pagamento aos hospitais

O financiamento dos hospitais está fortemente dependente do financiamento público (Barros, 1997; Cabral & Barriga, 1999). O modelo desenvolvido com a empresarialização assenta assim numa distribuição dos recursos, com um devido incentivo à eficiência. Para este efeito, na base das medidas inovadoras de gestão, com vista ao financiamento/pagamento das unidades, encontra-se a contratualização dos cuidados de saúde (Abreu, 2011; Escoval, 2010; Harfouche, 2012).

A contratualização de cuidados de saúde surgiu com a empresarialização das unidades hospitalares, constituindo um instrumento de gestão fundamental para alterar a forma tradicional de pagamento aos hospitais (Antunes et al., 2011; Escoval, 2010). De modo a que se compreenda melhor a implementação dos novos modelos de pagamento/financiamento dos hospitais, será abordado, por partes, todo este processo evolutivo.

Nos pontos seguintes serão apresentados os termos da contratualização de cuidados de saúde, implementados com a transformação ocorrida no modelo de gestão. Irá também ser caracterizado o modelo tradicional de financiamento dos hospitais (modelo retrospectivo) aplicado aos hospitais SPA e a respetiva transição para um modelo prospetivo, baseado em grupos de diagnóstico homogéneo.

#### 6.1.1. O modelo tradicional de financiamento/pagamento dos cuidados hospitalares

A atribuição de recursos financeiros aos hospitais públicos portugueses foi feita através de um modelo retrospectivo. Até ao início dos anos 80, o financiamento era exclusivamente realizado tendo por base os custos incorridos no ano anterior (custo histórico), ao qual era aplicado um acréscimo percentual, realizado por transferências do Orçamento do Estado (APES, 1996; Barros, 1997; Bentes & Berardo, 2003; Santana & Costa, 2008). Ou seja, existia um sistema de pagamento por reembolso, de acordo com determinados serviços, baseado em atos, dias de

internamento, ou em número de casos clínicos (Lucena et al, 1998; Nunes & Rego, 2010). O quadro seguinte apresenta estas formas de pagamento e a sua respetiva caracterização.

Quadro 6.1 - Sistemas de pagamento aos hospitais presentes no modelo retrospectivo

Tipo de pagamento	Caraterização
Por ato	A quantidade de recursos é determinada pelo número de atos; Para o financiador constitui uma vantagem a informação da atividade; A desvantagem é o incentivo à prática de mais atos médicos.
Por diária	Fácil aplicação; Incentiva a internamentos mais prolongados; Mais favorável para os hospitais.
Por caso clínico	Este modelo apresenta duas modalidades: por episódio clínico (ajustado por case-mix) e por doente saído. É mais complexo e leva à produção e análise da atividade hospitalar

Fonte: Nunes & Rego (2010)

Este sistema retrospectivo de atribuição de verbas aos hospitais perdurou durante muitos anos no SNS. As principais críticas a este sistema de reembolso estavam fundamentadas no apuramento dos custos e na atribuição de responsabilidades. Apesar do modelo de pagamento prever a compensação pelos custos reais com a prestação de cuidados, as instituições não dispunham de formas de apuramento concreto e exato dos custos reais, podendo até em alguns casos não os conhecer, ou existirem situações nas quais o valor calculado fosse superior ao necessário (Ribeiro, 2004). Desta forma, constata-se que este modelo não era em nada promotor de eficiência, pois os prestadores que apresentavam maiores custos obtinham mais recursos, não sendo imputada responsabilização às unidades/gestores e existindo falhas graves no controlo dos serviços e dos custos efetivamente realizados. Para agravar esta situação, quando existiam restrições orçamentais, os hospitais detinham menos financiamento do que o previsto. Este facto levou a que os organismos de gestão dessem prioridade aos salários dos profissionais de saúde, descorando o pagamento aos fornecedores de serviços, o que veio contribuir para a formação de uma extensa dívida a fornecedores. Apesar da existência de verbas (nos orçamentos rectificativos) destinadas à boa cobrança das dívidas, estas não se conseguiram saldar, continuando os prazos de pagamento a serem maiores que o previsto, ultrapassando mesmo um ano (Barros, Pereira & Simões, 2007; Campos & Ramos, 2005).

### 6.1.2. O novo modelo de financiamento hospitalar

Em 1987 iniciaram-se um conjunto de experiências para a introdução da contratualização e de um novo mecanismo de financiamento aos hospitais (Cabral & Barriga, 1999). A esta data, o Estado acumulava as funções de financiador e prestador na saúde. No entanto, no final dos anos 90 é disseminada a perspectiva de separação destas funções, assente na ideia de que uma redução do papel do Estado poderia trazer um estímulo à eficiência, criando uma competição entre as várias unidades hospitalares. Foi com base nestes preceitos que se passou para um sistema de pagamento prospetivo, que previa a atribuição de uma verba fixa de acordo com o diagnóstico médico, independentemente dos custos ocorridos<sup>106</sup>.

A adoção do modelo prospetivo culminou com a separação dos poderes do Estado, decorrente da disseminação da reforma hospitalar ocorrida em 2003, que fundou a empresarialização das unidades hospitalares (Unidade de Missão dos Hospitais S.A., 2004). A partir deste momento foi adotada a contratualização dos cuidados hospitalares, que passaram a ser pagos de acordo com a sua atividade (Tribunal de Contas, 2006a). Desta forma, perdeu-se o baixo risco financeiro das unidades hospitalares, ao responsabilizar-se a gestão pelo bom uso dos seus recursos, em função dos níveis de produção/eficiência perante as necessidades de saúde (Santana, 2005).

O modelo prospetivo, que veio substituir o modelo assente na despesa histórica, característico dos hospitais públicos até 2002, tinha como base de pagamento o nível de produção (Bentes & Berardo, 2003; Costa, Santana, & Boto, 2008; Nunes & Rego, 2010). O objetivo da implementação desta nova metodologia de financiamento, tinha por base a promoção de um ganho de eficiência, dada a atribuição de um valor considerado suficiente para cada intervenção (Barros (1999a). Neste modelo, o tipo, o volume e os preços dos serviços a prestar, são fixados previamente à sua realização e independentes do custo real ocorrido (Bentes & Berardo, 2003; Costa & Santana, 2008; Nunes & Rego, 2010). Este facto gera um incentivo à boa gestão dos recursos e atende à responsabilização dos vários agentes, de modo a promover eficiência sem descorar da qualidade<sup>107</sup> (Barros, 2013a; Perelman & Closos, 2007).

---

<sup>106</sup> Uma definição mais abrangente foi dada, em 2004, por Waters e Hussey. Para estes autores, um sistema de financiamento é prospetivo sempre que a modalidade de pagamento esteja pré-definida.

<sup>107</sup> Repare-se que este modelo de financiamento cobre as despesas de acordo com a atividade realizada. No entanto, existem custos marginais aos quais a unidade hospitalar tem de fazer frente (Perelman & Closos, 2007).



Os sistemas de pagamento prospetivos apresentam duas formas de pagamento mais usuais, que se descrevem no quadro seguinte.

Quadro 6.2 - Sistemas de pagamento aos hospitais presentes no modelo prospetivo

Tipo de pagamento	Caraterização
Por orçamento global	Atribui uma verba global para cobrir todas as despesas hospitalares; Premeia a flexibilidade de gestão dentro do orçamento disponível; Estimula a eficiência; Exige a realização de um orçamento o mais próximo do real, carecendo assim de uma boa capacidade de análise da produção/informação, sem perda de qualidade ou de recurso à selecção adversa.
Por capitação	Especificam os cuidados de saúde a serem prestados, de acordo com a cobertura; Fixa um valor de cobertura por pessoa e o período de tempo para o qual é válido; Exige uma atualizada informação sobre as necessidades, em saúde, da população; O risco das condições de saúde de cada cidadão é atribuído ao prestador; Promove o incentivo na integração vertical de cuidados de saúde, atendendo aos cuidados de saúde primários como forma de acompanhar a saúde da população, prevenindo o agravamento e o recurso aos cuidados diferenciados (mais dispendiosos); Sistema de remuneração fixa por utente inscrito, de forma independente dos cuidados efetivamente realizados.

Fonte: Barros & Gomes (2002); Barros, Pereira e Simões (2007); Nunes e Rego (2010)

Desde o final dos anos 90 que se foi gradualmente assistindo a uma passagem de um sistema de financiamento retrospectivo, para um financiamento prospetivo (IGIF, 1999). Em 1997, o pagamento aos hospitais era em 90% dos casos efetuado pelo modelo retrospectivo, sendo que em 2002 este valor era já de apenas 50% (Rego, 2011).

O sistema de financiamento prospetivo foi alvo de análise, na qual foram constatados alguns pontos fortes e fracos, quando comparado com o modelo retrospectivo.

Pontos fortes:

- Aplicação eficiente dos recursos/promoção de eficiência (Rego, 2011);
- Incentivo à racionalização (Rego, 2011);
- Maior controlo de custos (Barros & Gomes, 2002);
- Adoção de práticas mais eficazes (Barros & Gomes, 2002);
- Promoção da prevenção em detrimento da vertente curativa (Bentes, 1998);
- Promoção de comportamentos eficientes dos profissionais de saúde (Barros & Gomes, 2002; Bentes, 1998).

Pontos fracos:

- Risco de induzir uma manipulação do sistema de financiamento com a recusa de doentes cuja prestação exija custos mais elevados (Barros, 1999a);

- Admissão de pacientes cujo estado geral seja menos severo (obtenção da mesma receita com menos custos) (Barros, 1999a);
- Pode promover um acréscimo de serviços de saúde através da multiplicação de atos médicos não necessários (aumentar o número de segundas consultas e a quantidade de cirurgias e/ou internamentos) (Barnum, Kutzin & Saxenian, 1995; Nunes & Rego, 2010);
- Risco de redução na qualidade de atendimento (Bentes, 1998);
- Admissão, sem necessidade, de doentes com custos inferiores, dado que o prestador recebe a mesma quantia por doente, de forma independente dos custos efetivamente realizados (sobre prestação de cuidados de saúde) (Ellis, 1998; Frank & Lave, 1989);
- Altas antes do tempo previsto (Kjerstad, 2003).

## 6.2. A contratualização em saúde

Em Portugal este processo tomou largo espectro em 2000, ano em que foram celebrados contratos-programa entre o IGIF (representando o Estado) e os hospitais Sociedade Anónima, e em 2004, onde esta metodologia foi estendida também aos restantes hospitais SPA (Tribunal de Contas, 2009b). O financiamento dos hospitais públicos portugueses, desde 2003, passou a ser globalmente efetuado com base numa relação contratual efetivada entre o Estado e as unidades prestadoras de cuidados de saúde, de acordo com os objetivos estratégicos para cada ano, nomeadamente os definidos no Plano Nacional de Saúde (Barros, Pereira & Simões, 2007; Ferreira, et al., 2010).

No âmbito da contratualização pode distinguir-se a contratualização externa da interna. A primeira representa a relação contratual entre o Estado e toda a unidade de saúde. Esta implica uma política de responsabilização de toda a organização, para que corresponda aos trâmites acordados, que se reflete no interior da organização. Assim, com vista à obtenção desta finalidade, a contratualização interna constitui-se como uma ferramenta de gestão por objetivos dentro de cada unidade. Introduce novas metodologias de tomada de decisão e define um mesmo alinhamento para todas as atividades da instituição, de acordo com a estratégia adotada de modo a atingir os objetivos definidos na contratualização externa (Matos, Ferreira, Lourenço & Escoval, 2010).

A associação da contratualização de serviços ao financiamento, decorreu da verificação dos custos crescentes e da necessidade de salvaguardar a qualidade e a segurança dos utentes, de forma a corresponder às necessidades de saúde da população (Campos, 2008; Escoval & Matos, 2009). Assim, a contratualização funciona como um instrumento para melhorar a produtividade do sistema de saúde, com ganhos de eficiência, eficácia e efetividade dos cuidados de saúde prestados à população (Figueras, Robinson & Jakubowski, 2005; Valente, 2010). Deste modo, pode definir-se contratualização como um “instrumento para implementar objetivos da política de saúde” (Barros & Gomes, 2002, p. 19), que contempla a negociação de objetivos de desempenho para a componente clínica, social, e económico-financeira, envolvendo, em Portugal, duas partes: um agente financiador (Estado) e um agente prestador (unidades de saúde).

#### 6.2.1. As razões da contratualização

As razões que conduziram à implementação da contratualização, nos países cujo financiamento dos cuidados de saúde se realiza com base em impostos, foram a promoção da descentralização da gestão, a melhoria do desempenho das unidades, a melhoria no planeamento e desenvolvimento dos cuidados de saúde e a melhoria da gestão dos mesmos (Barros & Gomes, 2002).

A ACSS estabeleceu uma definição dos principais objetivos para o modelo de contratualização (quadro 6.3).

Quadro 6.3 - Objetivos definidos pela ACSS para a contratualização

Objetivos da contratualização
Promover o nível de saúde da população;
Promover o acesso e o desempenho assistencial das instituições;
Melhorar o controlo financeiro das instituições;
Definir preços e fazer previsão de custos;
Promover a eficiência na utilização de recursos das instituições;
Promover a atividade programada em detrimento da assistência urgente;
Incentivar a articulação das instituições hospitalares com outros níveis de cuidados;
Promover a redução dos tempos de espera;
Maximizar a capacidade instalada de MCDT.

Fonte: ACSS (2012)

Esta contratualização, de forma particular, incide em contratos-programa, nos quais são definidas as áreas a realizar a respetiva remuneração e os objetivos para cada linha de produção (Escoval, 2010; Valente, 2010). O quadro seguinte apresenta os principais princípios inovadores associados à implementação do novo modelo de financiamento baseado na contratualização

Quadro 6.4 - Princípios indexados ao novo modelo de financiamento para os hospitais empresarializados

Princípios do novo modelo de financiamento
Implementação de um contrato-programa que vincula a relação contratual entre o Estado e as unidades de saúde (hospitais);
Agrupamento dos cuidados a contratar por linhas de atividade (urgência, consulta externa, hospital de dia, cirurgias e internamentos);
Aplicação de um preço ajustado pelo índice de <i>case-mix</i> para cada linha de atividade, de acordo com a sua complexidade tecnológica (preço mais justo);
Estipulação de um volume de produção a contratar com base na capacidade da unidade, com o objetivo de contemplar os custos fixos do hospital;
Retribuição pela produção marginal limitada, sendo a unidade hospitalar alvo de penalização.

Fonte: Ribeiro (2004); Simões (2004c)

Esta relação contratual foi efetivada com vista ao financiamento dos cuidados prestados, mas teve importantes repercussões na clarificação das funções dos vários agentes envolvidos (quadro 6.5).

Quadro 6.5 - Papel dos agentes envolvidos no processo de contratualização

Agente	Funções/ Papel desempenhado no âmbito da contratualização
Estado	<p>Com funções de pagador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procede ao levantamento das necessidades;</li> <li>• Contrata os serviços necessários.</li> </ul> <p>Com funções de acionista:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promove a articulação de serviços;</li> <li>• Apoia a gestão dos hospitais.</li> </ul> <p>Com funções de regulador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faz um controlo dos resultados.</li> </ul>
Hospitais	<p>Com funções de prestadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsáveis por garantir a adequada prestação de cuidados de saúde à população;</li> <li>• Gerir a atividade conforme estipulado no contrato-programa.</li> </ul>

Fonte: Ribeiro (2004)

Associada a esta função encontram-se alguns instrumentos de gestão. O quadro seguinte apresenta alguns exemplos.

Quadro 6.6 - Papel dos instrumentos aplicados no processo de contratualização

Instrumento	Implicações nos agentes
Contrato - programa	Fixa a quantidade dos serviços a prestar, respetivos preços e qualidade; Exerce um mecanismo de responsabilização do Estado (como contratador) e dos hospitais como prestadores para o cumprimento dos deveres, com vista a salvaguardar a resposta em saúde aos utentes.
Plano de atividades	Define os objetivos por áreas de atividade; Identifica as necessidades da instituição; Permite levantar os pontos que necessitem de maior intervenção, com vista à melhoria na assistência.

Fonte: Ribeiro (2004)

### 6.2.2. Contrato-programa: definição e objetivos

Os contratos constituem a materialização da contratualização e fecham o acordo relativo à prestação de cuidados de saúde e às prestações financeiras para a sua realização (Costa, Santana, & Boto, 2008). De acordo com a UMHSA, os objetivos para a aplicação do contrato-programa regiam-se pela programação da atividade num quadro plurianual e no estabelecimento de uma gestão orçamental mais eficaz e eficiente (Abreu, 2011). Através dos contratos programa são estabelecidas as metas, os tipos, as quantidades de cuidados a produzir, os indicadores que permitem avaliar o desempenho e os respetivos preços para cada uma das linhas de atividade, de acordo com uma tabela para esse efeito<sup>108</sup> (excluindo os serviços prestados a outros subsistemas de saúde, os quais são faturados em separado). Estes valores a pagar às unidades de saúde assentam na atividade efetivamente realizada e são baseados nas linhas de produção, tendo em consideração a complexidade técnica<sup>109</sup> (Escoval & Matos, 2009; Matos, Ferreira, Lourenço & Escoval, 2010).

A contratualização deverá promover a eficiência, não comprometendo a equidade no acesso nem a qualidade da prestação. Por um lado, este contrato permite programar a atividade hospitalar e por outro, permite ao SNS determinar a despesa a efetuar e obter o conhecimento

<sup>108</sup> “Todas as unidades públicas...deverão ser financiadas por uma mesma e única tabela de actos” (Ribeiro, 2011, p. 99).

<sup>109</sup> Relativamente ao conteúdo, Barros e Gomes (2002) distinguem três tipos de contratos:

- Contratos rígidos – nos quais o financiador se compromete a pagar um dado montante em função de um determinado conjunto de serviços a prestar. Estes contratos estabelecem volumes máximos e mínimos para a prestação e implementam uma apertada monitorização da qualidade;
- Contratos de custo e volume – estes contratos aproximam-se dos contratos rígidos, no entanto o pagamento para alguns cuidados é feito em função do volume de serviços oferecidos;
- Contratos de custo por caso ou por ato – é estabelecido um custo para cada tratamento/cuidado prestado. Exigem uma informação detalhada dos custos. Este tipo é pouco usado, dado o insuficiente cálculo dos custos por atividade (Barros & Gomes 2002).

da oferta disponível para os cidadãos (Harfouche, 2008, 2012). No entanto, nestes contratos estão também previstas verbas para compensação de outros custos inerentes à prestação de cuidados de saúde (valores de convergência) e critérios de remuneração parcial para casos específicos (produção marginal) (Tribunal de Contas, 2009b, 2010).

Os contratos-programa fornecem ainda:

- Modalidades e prioridades da prestação;
- Padrões de qualidade e serviço (acesso, nível de desempenho económico e financeiro, tempos de demora média);
- Sistemas de monitorização e avaliação, e ainda os níveis de serviço (Tribunal de Contas, 2010).

O estabelecimento de contratos-programa exige um conjunto de agentes em todo o processo negocial. O quadro seguinte apresenta os agentes/entidades envolvidas e as suas respetivas funções.

Quadro 6.7 - Entidades envolvidas no processo de contratualização

Agente/entidade	Funções no processo
ACSS	Pagador
Departamento de contratualização (ARS)	Negociador
Hospital	Prestador

Fonte: Costa, Santana e Boto (2008)

Através de contratos programa pretende-se realizar a prestação de cuidados de saúde no SNS, “mediante o pagamento de contrapartidas financeiras em função das condições previstas e resultados obtidos” (Cláusula 1ª do Despacho n.º 721/2006 (2ª série), de 11 de janeiro). Estas contrapartidas estão orientadas em duas partes: através de uma remuneração em função da produção contratada e através de um valor de convergência<sup>110</sup>. Este último encontra-se ainda subdividido em duas parcelas: uma fixa, numa percentagem que varia anualmente, e outra que se encontra indexada ao cumprimento de determinados objetivos de convergência, “destinados

<sup>110</sup>“Constitui uma componente de financiamento que visa compensar os hospitais do desvio entre os custos de produção e a remuneração da produção contratada” (Tribunal de Contas, 2009a, p.36). O valor de convergência é calculado pela diferença entre os proveitos e os custos operacionais (Tribunal de contas, 2009a).

a aproximar as unidades de saúde do SNS entre si na utilização de recursos e a promover níveis de eficiência mais elevados” (Cláusula 5ª do despacho n.º 721/2006 (2ª série), de 11 de janeiro). Ou seja, com a atribuição da verba pretendia-se assegurar uma convergência das unidades hospitalares menos eficientes, mantendo a tabela de preços única. Contudo, este incremento de verbas para as unidades mais ineficientes reduzia a margem para as unidades mais eficientes. À luz da teoria económica estas verbas poderiam ter um efeito contrário ao previsto, uma vez que ao atribuir mais recursos às unidades menos eficientes, poderiam estar a promover a ineficiência, dado que não são corrigidas as bases/causas que lhe deram origem. No entanto, antes de mais os contratos obedecem a um conjunto de termos, que são ajustados em função das unidades mais e menos eficientes (Gouveia et al., 2006).

A metodologia determinada para os contratos-programa é definida anualmente em função das experiências dos anos anteriores, para fazer face às novas necessidades<sup>111</sup>. Contudo, não têm sido registadas alterações significativas na metodologia definida para cada ano, nem nas linhas de produção, nos preços, objetivos ou valores de convergência (Tribunal de Contas, 2008a, 2011). O quadro seguinte apresenta os principais termos dos contratos e a sua respetiva caracterização.

Quadro 6.8 - Termos do contrato-programa tipo

Termo	Caraterização
Produção	Determinação das linhas de produção e respetivos <i>case-mix</i> ; Determinação da produção a contratar; Definição da variável de medida da produção; Definição da produção a contratar fora do âmbito do contrato.
Preço	Determinação de valores fixados para compensar a atividade contratada por linha de produção (inclui preços base e ajustamentos).
Qualidade	Definição dos indicadores de qualidade para os cuidados de saúde; Definição de valores mínimos para a prestação.

Fonte: Costa, Santana e Boto (2008)

A produção hospitalar é avaliada de acordo com duas grandes linhas: o internamento e o atendimento em regime de ambulatório. No entanto, de acordo com as orientações da ACSS, as linhas de atividade têm sido estruturadas em termos de internamentos, cirurgias, urgências, consultas externas e hospital de dia (ACSS, 2010, 2012). Como forma de avaliar a produção,

<sup>111</sup> Entre os anos 2003 e 2005 não se observa uma atualização de preços. No entanto, nos anos de 2006 e 2007 procedeu-se a uma revisão, que se manteve nos anos 2008 e 2009 (com exceção, em 2008, dos valores referentes às consultas médicas) (Tribunal de contas, 2009a).

são tidos em conta alguns aspetos no âmbito destas linhas de atividade. O quadro seguinte apresenta alguns destes exemplos.

Quadro 6.9 - Principais medidas de avaliação da produção por linha de atividade

Linha de atividade	Medida de avaliação da produção
Internamento	Número de doentes saídos do internamento; Número de doentes admitidos para internamento; Demora média de internamento.
Consulta Externa	Número total de consultas externas; Número de consultas externas médicas; Número de consultas externas não médicas.
Hospital de Dia	Número total de doentes atendidos em sessão de hospital de dia; Número de sessões de hospital de dia.
Urgência	Número total de episódios de urgência ou número de utentes atendidos em serviço de urgência.
Cirurgia	Número total de cirurgias; Número total de cirurgias em bloco central; Número total de cirurgias em bloco operatório.

Fonte: Grannemann et al. (1986), Fournier e Mitchell (1992); Carreira (1999)

Inicialmente os preços do contrato-programa eram calculados com base nos custos médios unitários por linha de produção. Posteriormente, foram alvo de um processo de revisão/atualização, de modo a que os preços base fossem idênticos aos da Portaria do SNS<sup>112</sup> (Tribunal de contas, 2009b).

O acompanhamento dos contratos-programa estava, desde 1997, sob responsabilidade da ARS, através das suas agências de contratualização. De acordo com o Despacho n.º 22250/2005, de 3 de outubro, estas agências tinham como função a negociação dos contratos com os hospitais, a monitorização da atividade clínica e a execução de auditorias clínicas periódicas sobre a atividade contratada. Em 2007, com a nova lei orgânica das ARS (Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de maio<sup>113</sup>), estas agências passaram a denominar-se Departamentos de Contratualização.

<sup>112</sup> Estas portarias aprovam as tabelas de preços a praticar pelas instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde e nos subsistemas de saúde. No ano 2014 esta tabela foi regulada pela publicação da Portaria n.º 20/2014, de 29 de janeiro.

<sup>113</sup> Alterada em 2012 pelo Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro.



A execução dos contratos-programa é mensal e trimestral. A monitorização abrange um controlo da execução económico-financeira e da produção clínica realizada, através dos relatórios mensais de exceção, dos relatórios anuais de atividade, dos relatórios mensais de análise dos indicadores de execução dos CP e de outros indicadores de gestão definidos (Tribunal de contas, 2008a, 2009a).

Em suma, nesta nova configuração, a base de financiamento dos hospitais empresarializados continua a ser o Orçamento do Estado. Porém, surgem ao nível do financiamento duas novas práticas de gestão. A primeira relaciona-se com o facto do pagamento ser realizado em função dos atos e das atividades efetivamente realizadas, segundo uma tabela de preços (artigo 8º, Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro). A segunda relaciona-se com a contratualização dos cuidados efetivamente prestados numa organização, num plano anual que acorda com a ARS um contrato (contrato-programa) que tem em conta a produção da instituição (Nunes & Rego, 2010). Seguidamente é apresentado um quadro que congrega os principais aspetos do modelo de contratualização de acordo com Ribeiro (2004).

Quadro 6.10 - Pilares do modelo de contratualização em Portugal

Modelo de contratualização
Estabelecimento de uma relação contratual entre os hospitais e o Estado através de um Contrato-programa;
Definição de um valor a pagar por contrato, tendo por base as linhas de produção hospitalar (consulta, internamento, episódio de urgência, atividade cirúrgica, sessões em hospital de dia);
Apontamento da produção contratada de acordo com a capacidade de cada unidade, de forma a cobrir custos fixos;
Pagamento limitado da produção marginal, com possibilidade de aplicação de penalizações perante custos disparem relacionados com a ultrapassagem dos limites de produção previstos <sup>114</sup> .

Fonte: Ribeiro (2004)

Algumas críticas surgiram relativamente a este modelo de pagamento prospetivo. Harfouche (2008) refere que o pagamento fixo para um determinado tratamento, pode não suportar os custos totais aplicados. Barros (1999a) aborda um outro aspeto, referindo que os hospitais para obterem maiores ganhos financeiros, podem admitir doentes com necessidades de tratamentos menores, recebendo assim a receita associada. Ainda a propósito desta questão, Botelho e Capelas (2011) referem o risco dos hospitais evitarem o tratamento de pacientes mais graves e atraírem pacientes menos “gravemente doentes”. As questões referidas são colocadas porque,

<sup>114</sup> Esta questão foi alvo de críticas dado que os hospitais eram penalizados por produzir mais (Rosa, 2004). Porém, o objetivo da medida relaciona-se com o desincentivo à produção, que não promove a optimização da capacidade instalada.

perante a receita fixa, os montantes não aplicados no tratamento constituem receita, facto este que também não promove a eficiência (Barros, 1999a). Assim, para melhor apurar os custos hospitalares, os doentes internados foram agrupados em grupos de diagnóstico, que "...justificam o tempo de internamento e cujos preços serão calculados de acordo com a duração do tratamento e não apenas de acordo com o preço de cada tratamento individualizado" (Abreu, 2011, p. 24). Para auferir esses custos estabeleceram-se critérios, tendo sido assim criado o índice de *case-mix*<sup>115</sup>.

### 6.2.3. O sistema de classificação por Grupo de Diagnóstico Homogéneo

Está associada à empresarialização, a implementação de um sistema de pagamento prospetivo aos hospitais do SNS, baseado nos Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH).

Os GDH foram desenvolvidos nos EUA, em 1967, na Universidade de Yale tendo sido desde então adotados por vários países (Mateus, 2010; Lehtonen, 2007). Na Europa, Portugal foi um dos países pioneiros, ao ter implementado esta metodologia em 1984<sup>116</sup>. No entanto, só a partir de 1990, ano em que foram definidos e publicados os preços por GDH, o internamento hospitalar passou a ser calculado com base nos GDH<sup>117</sup> (Bentes et al., 1993; Bentes, Gonçalves, Tranquada, & Urbano, 1996; Mateus, 2010; Tribunal de Contas, 2011). Assim, a primeira vez que foi posto em prática o financiamento com base em GDH, foi em 1990<sup>118</sup>, regulamentado pela Portaria n.º 409/90, de 31 de maio e aplicado às entidades terceiras pagadoras de cuidados de saúde (ex.: seguradoras e subsistemas de saúde). Deste modo, os cuidados prestados em internamento, aos beneficiários desses serviços, passaram a ser faturados por grupos de diagnósticos homogéneos (Abreu, 2011).

Os Grupos de Diagnósticos Homogéneos "constituem um sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos, que agrupa doentes em grupos clinicamente coerentes e

---

<sup>115</sup> "O índice de *case-mix* (ICM) é definido então como o rácio entre o número de doentes de um determinado GDH, ponderado pelo seu peso relativo no total de GDH e número total de GDH" (Abreu, 2011, p. 107).

<sup>116</sup> Foi promovido um projeto pelo Ministério da Saúde destinado à avaliação da viabilidade desta metodologia com o objetivo de a aplicar como base de pagamento dos hospitais públicos.

<sup>117</sup> "Países como Portugal, Irlanda e Espanha optaram pela adoção ou adaptação mínima do agrupador norte-americano, enquanto países como a França e a Alemanha optaram pelo desenvolvimento de sistemas próprios" (Tribunal de Contas, 2011, p.26).

<sup>118</sup> No ano de 1987 mais de 50% dos hospitais estavam incluídos no projeto. Treze anos mais tarde (em 1990), tinham-se já 90% dos hospitais envolvidos (Bentes et al., 1993; Bentes, Gonçalves, Pina, & Santos, 1996).

similares do ponto de vista do consumo de recursos” (Tribunal de Contas, 2011, p.25). Ou seja, funcionam como uma forma de medir e definir a produção, classificando os doentes internados em diferentes classes, determinadas com base num conjunto de variáveis clínicas, que definem os custos associados aos diagnósticos e aos atos praticados aos doentes durante o período de tempo em que estes estão no hospital (intervencções cirúrgicas e outros atos médicos). Mediante esta classificação são atribuídos códigos, que agrupam os doentes em grupos idênticos com custos semelhantes, em função das respetivas necessidades e patologias (Bentes, Urbano, Carvalho, & Tranquada, 1993; Harfouche, 2008, 2012; Lehtonen, 2007). Com a implementação dos GDH foi igualmente desenvolvida “uma cultura de *case-mix*<sup>119</sup> para a gestão e financiamento hospitalar” (Mateus, 2010)

### 6.3. Os sistemas de custeio

Na procura da eficiência para as unidades de saúde, é cada vez mais tido em conta o conhecimento sobre os seus recursos e as atividades desenvolvidas. O quadro seguinte apresenta alguns dos custos registados nos hospitais.

Quadro 6.11 - Tipos de custos registados nas unidades hospitalares

Modelo de contratualização	
Custos administrativos	Compras; Inventários; Bens, salários; Custos de gestão, organização e planeamento.
Custos de funcionamento	Transportes; Segurança; Alimentação; Lavandaria; Serviços hoteleiros; Manutenção (equipamento e edificio); Outros custos de apoio geral.
Custos da área clínica	Custos de produção por linhas de atividades; Custos com MCDTs; Serviço de esterilização; Serviço de farmácia.

Fonte: Elaboração própria

<sup>119</sup> Definido como o rácio entre o número de doentes de um GDH, ponderado pelo peso relativo, e o número total de grupos de diagnósticos:  $ICM = \frac{\sum(\text{doentes GDH } j \times \text{peso relativo GDH } j)}{\sum(\text{doentes GDH } j)}$ . O ICM nacional é definido como sendo igual a 1 (Abreu, 2011; Minott, 2008; Santana, 2005; Tribunal de Contas, 2003; Portaria nº 110-A/2007, de 23 de janeiro e Portaria nº 567/2006, de 12 de junho).

A informação sobre os custos de produção das unidades é fundamental para a decisão da gestão, daí que se torne cada vez mais relevante a existência de sistemas de custeio. Assim, através deste sistema é possível obter uma maior noção dos custos e uma tomada de consciência sobre a limitação dos recursos. Ao nível da gestão hospitalar, o sistema de custeio é essencial para o bom funcionamento da contratualização (Borges, *et al.*, 2009). O quadro seguinte apresenta os principais objetivos de um efetivo sistema de custeio.

Quadro 6.12 - Vantagens da aplicação de um sistema de custeio

A aplicação de um sistema de custeios permite:
Conhecer o consumo de recursos;
Definir a estratégia a seguir com menor risco;
Reorganizar os processos de produção;
Incrementar a eficiência;
Maximizar a qualidade;
Gerar valor para os utentes;
Aplicar metodologias de avaliação económica;
A realização de custos por agrupamento desejado (custos por patologia, custos por produto, custos por doente, custos por atividade);
Comparar as unidades de saúde através de técnicas de <i>benchmarking</i> ;
Criar e implementar metodologias fiáveis para o financiamento/definição de preços;
Identificar as linhas de produção com maiores necessidades de intervenção.

Fonte: Borges *et al.* (2009); Costa, Santana, Lopes e Barriga (2008)

Para o apuramento de custos existem dois grupos de abordagens gerais: as do tipo *bottom-up* e *top-down*. As primeiras estabelecem a avaliação dos custos através da informação recolhida ao longo do processo de produção, com recurso a técnicas de micro-custeio (ex: método direto). As segundas baseiam-se nos custos apurados pela contabilidade central, que são posteriormente imputados a nível interno (ex: método das secções e *activity based-cost*) (Barnum & Kutzin, 1993; Drummond, O'Brien, Stoddart & Torrance, 1997). Os modelos de custeio mais frequentes nos hospitais do SNS, em Portugal, assentam na abordagem *top-down*. Dentro deste tipo destacam-se os métodos de secções (PCAH) e de sistema ABC (aplicado experimentalmente) (Costa, Santana, Lopes, & Barriga, 2008).

### 6.3.1. O método das secções

O método das secções é ainda hoje aplicado à maioria dos hospitais do SNS, através da metodologia prevista no Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais. Esta é uma

metodologia centralizada na ACSS, que divulga anualmente os dados obtidos em termos de informação de gestão. O objetivo da disseminação nacional deste modelo de custeio é centrado na uniformização dos critérios de imputação de custos/ distribuição de proveitos, de forma a possibilitar a comparação das unidades do SNS (Costa, Santana, Lopes, et al., 2008; Tribunal de Contas, 2010).

De acordo com este método, cada secção<sup>120</sup> corresponde a um serviço do hospital cuja produção é representada por unidades de obra e constituída por fatores de produção diretos (recursos do próprio serviço) ou indiretos (produção de outros serviços necessários a este). O total destes custos é assim dividido por cada unidade de obra (Costa, Santana, Lopes, et al., 2008). Deste modo, este modelo assenta sobretudo ao nível dos serviços ou dos centros de custos. Para uma melhor compreensão deste modelo. O seguinte quadro apresenta as várias fases da sua aplicação prática.

Quadro 6.13 - Fases da metodologia do PCAH

Fase	Procedimentos de imputação de custos
Primeira fase	Realiza-se a imputação de custos diretos às secções principais e auxiliares.
Segunda fase	Faz-se a distribuição direta dos custos totais das secções administrativas pelas auxiliares e principais.
Terceira fase	Realiza-se a distribuição dos custos totais das secções auxiliares de apoio geral, pelas respetivas secções principais que favorecem desses serviços.
Quarta fase	Procede-se à distribuição dos custos totais das secções de apoio clínico pelas respetivas secções principais que os favorecem.
Quinta fase	É efetuada uma distribuição dos custos das secções principais pelas unidades de produção (por norma demora média, doentes saídos), com o objetivo de obter os custos médios por doente saído e por dia de internamento.

Fonte: Adaptado de Costa, Santana, Lopes e Barriga (2008)

Esta metodologia permite assim obter, com base nos dados obtidos da contabilidade central, informação referente aos custos registados em média por doente saído e por dia de internamento em cada serviço/departamento (Costa, Santana, Lopes et al., 2008). No entanto, verifique-se que este modelo peca por não consistir numa averiguação de custos por produto.

<sup>120</sup> São distinguidas as secções principais (confluem diretamente para a atividade principal - serviços de internamento/serviços de ambulatório), auxiliares (cujos serviços afluem para outras secções - apoio clínico (MCDT, anestesiologia e outros) e de apoio geral (instalações e equipamentos, serviços de hotelaria) e as secções administrativas (funções de administração e direção técnica de serviços) (Costa, Santana, Lopes, et al., 2008).

Assim, foi necessário recorrer a um outro modelo, que embora focado na contabilidade central, permitisse proporcionar uma imputação de custos por atividade.

### 6.3.2. Sistema ABC (*Activity Based Cost*)

Os métodos de custeio tradicionais subvalorizam os custos dos produtos e serviços por cada atividade realizada, dando ênfase ao quociente entre o volume total de produção e o total dos custos (Innes e Mitchell, 1998). O modelo ABC trata os custos de uma forma diferente, agregando a ideia de que estes são causados pela realização de atividades (Major & Vieira, 2008). Este modelo contempla os custos diretos<sup>121</sup>, indiretos<sup>122</sup>, comuns<sup>123</sup> e conjuntos<sup>124</sup>, excluindo outros custos<sup>125</sup> (Borges, *et al.*, 2009). Numa abordagem centrada nesta essência central do modelo, este difere do apuramento de custos tradicional, dado que substitui o conceito de secção/centro de custos, pelo conceito de atividade. Este facto permite uma maior homogeneidade, pois ao ser mais específico engloba menos custos (menor heterogeneidade) (Borges, *et al.*, 2009; Major, 2007).

A conceção inicial para o ABC estava relacionada com o apuramento de dados relativos às linhas de produção, tendo como objetivo calcular o custo dos produtos (Adamu, 2010; Kaplan & Anderson, 2004; MacArthur, 1992). Porém, a inovação e a maior abrangência ao nível dos processos, produtos e atividades, fez com que este sistema fosse importante ao nível da tomada de decisão (Turney, 1990c). Este facto inovador possibilitou uma maior abertura do sistema ABC na organização, permitindo ir para lá dos objetivos iniciais de aplicação. Assumiu um

---

<sup>121</sup> "Custos relacionados com produtos e serviços específicos, com os quais têm uma relação de causa e efeito ou que são específicos de determinado objecto de custeio". A maior parte destes custos relacionam-se com medicamentos e com meios consumidos diretamente para a realização de determinada atividade (Borges et al., 2009, p. 144).

<sup>122</sup> São os custos que não são específicos de um determinado objeto. No sistema ABC, por vezes numa primeira fase são catalogados como indiretos, mas após o tratamento com este modelo é lhes dada uma atribuição, sendo identificados os recursos por cada atividade. Assim, estabelece-se uma relação de causa e efeito, deixando os custos, com a aplicação do ABC, de ser indiretos para passarem a ser diretos (Borges et al., 2009).

<sup>123</sup> "Partilhados por uma família ou conjunto de produtos e serviços, sem que tenham com estes uma relação de causa e efeito (como é o caso de custos de quebras de farmácia que são imputados a todos os serviços consumidores de medicamentos)" (Borges et al., 2009, p. 144).

<sup>124</sup> "Distribuídos por todos os produtos e serviços do hospital, sem que tenham com estes uma relação de causa e efeito com o serviço prestado (por exemplo, custos com pessoal afeto ao Conselho de Administração do hospital; seguros com viaturas cujo custo não seja directamente imputável a nenhum centro de custo prestador de suporte a toda a actividade hospitalar)" (Borges et al., 2009, p. 144).

<sup>125</sup> "Custos não tratados em ABC — relativos a custos que não são relevantes para o custeio pela sua natureza (ex: dívidas incobráveis, registadas nos custos operacionais e extraordinários, e que a serem considerados iriam empolar os custos), ou que tenham compensação em receita que não é tratada no custeio (correções de faturação registadas como custos) e que por conseguinte devem ser isoladas" (Borges et al., 2009, p. 144).

mecanismo de informação de gestão para além do apuramento do preço dos produtos, permitindo, por exemplo, a análise dos custos dos processos e das atividades que compõem o conjunto de várias produções existentes, o que pode ser fundamental para a avaliação do desenvolvimento e criação de novos produtos (Cooper & Kaplan, 1992; Kucha, 2007; Innes & Mitchell, 1998). Por estas e outras características, o sistema ABC foi implementado com sucesso nos setores das telecomunicações, transportes, comércio, distribuição, marketing e saúde (Cooper & Kaplan, 1992; Kaplan & Anderson, 2004).

O custeio baseado nas atividades trata-se de um método que possibilita avaliar com precisão o preço e o desempenho das atividades e dos objetos de custo (Kaplan, 1984). O conceito central do modelo ABC, é o de que as atividades<sup>126</sup> realizadas por uma organização consomem recursos<sup>127</sup> que estão na base dos custos (Baker, 1998).

Para apurar o custo de atividades por produto, recorre-se neste modelo a *cost drivers*<sup>128</sup> (indutores de custos) (Udpa, 1996). O recurso a *cost drivers* permite uma maior fidelidade na atribuição de custos, dado que estes possibilitam um maior número de relações entre as atividades e os objetos de custeio, ao invés de uma relação entre o volume produzido e os custos realizados, como nos métodos tradicionais (Borges et al., 2009).

O modelo ABC está organizado em três partes: os recursos, as atividades e os objetos de custeio<sup>129</sup>. Na lógica do ABC, uma organização é constituída por atividades que consomem recursos para obtenção de um determinado produto (Vieira, 1993).

---

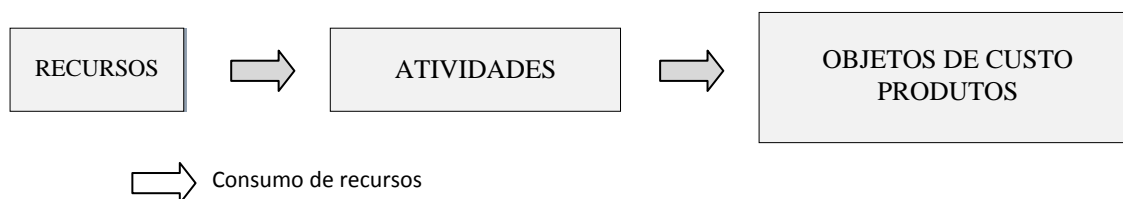
<sup>126</sup> Entendam-se estes termos como a "estruturação do trabalho realizado com o objetivo de prestar os serviços assistenciais num hospital" (Borges et al., 2009, p. 144). Ou seja, trata-se das produções realizadas por uma organização, que podem ser "desagregadas num conjunto de tarefas e ações" (Borges et al, 2009, p. 144). Ao nível dos hospitais, estas atividades podem ser orientadas para os cidadãos (atividades de prestação de serviços de saúde) ou para suporte à atividade clínica (Borges et al., 2009).

<sup>127</sup> Entendidos como elementos económicos fundamentais para a concretização de determinadas atividades, que são imputados de acordo com o seu consumo efetivo (ex: energia, recursos humanos, material de consumo clínico, medicamentos, entre outros) (Borges et al., 2009).

<sup>128</sup> O indutor de custo é um fator que pode provocar uma transformação no custo de uma atividade. Existem dois tipos de indutores de custo neste sistema de custeio. Por um lado, os indutores de recurso (servem para distribuir os custos dos recursos pelas atividades) e por outro os indutores de atividade (dividem os custos das atividades pelos objetos de custo)<sup>128</sup>. O indutor de custo trata-se de um acontecimento que influencia o nível e o cumprimento das atividades e/ou o consumo de recursos por elas efetuado (Gunasekaren, 1999; Turney & Stratton, 1992). Ou seja, os *cost drivers* constituem medidas que permitem quantificar o trabalho ou esforço. Podem ser encontrados: *cost drivers* de recursos - medida de utilização dos recursos pelas atividades assimiladas pelas unidades hospitalares e *cost drivers* de atividades - quantificam o trabalho realizado nas atividades dos hospitais (Borges et al., 2009).

<sup>129</sup> São os produtos finais resultantes da atividade hospitalar, que constituem o objetivo para realizar a atividade (Borges et al., 2009).

Figura 6.1 - Indutores de custos nos processos do sistema ABC



Fonte: Elaboração própria

Este sistema está assim focado em duas fases. Na primeira é realizada a imputação dos custos dos recursos às atividades, com base nos *cost drivers* de recursos. Numa segunda fase são atribuídos os custos das atividades aos produtos (ou objetos de custo)<sup>130</sup>, através dos *cost drivers* de atividades (Major, 2007).

Deste modo, ao nível dos hospitais, a implementação deste sistema de custeio veio possibilitar um apuramento dos custos reais por atividade prestada na unidade (consultas, urgências, MCDTs, cirurgias), ou por patologia/GDH<sup>131</sup> (Borges et al., 2009). Esta informação torna-se importante ao nível da gestão, dado que para além de apurar custos com maior precisão, permite identificar as áreas mais ineficientes, podendo intervir ao nível de uma reorganização nessa área de produção (GTRH, 2011), numa linguagem acessível a todos os agentes envolvidos na prestação e gestão dos cuidados de saúde e não apenas nos agentes financeiros (como ocorria no método das secções) (Borges et al., 2009).

A experiência portuguesa do modelo ABC, aplicado aos hospitais do SNS, teve início em 2007. Nesse ano a ACSS desenvolveu um projeto-piloto, com recurso a consultores externos (parceria com a Deloitte), denominado SCAH (Sistema de Custeio da atividade hospitalar).<sup>132</sup> A suster esta experiência foram usados um conjunto de argumentos, nomeadamente o suporte ao financiamento dos hospitais com custos mais reais para os GDH, o apuramento do custo real da atividade realizada e a possibilidade de estabelecer comparações entre os custos de produção nos vários hospitais (Costa, Santana, Lopes, et al., 2008; Tribunal de Contas, 2011)

<sup>130</sup> "São o serviço final prestado pelo hospital e a razão para realizar uma actividade, sendo-lhe atribuídos os custos das actividades necessárias à sua produção. Essa atribuição é feita com base na medida da frequência e intensidade da utilização de uma actividade por um objecto de custeio" (Borges et al., 2009, p.146).

<sup>131</sup> Constitui um esforço para apurar, de forma mais exata, os custos por GDH (Tribunal de Contas, 2011).

<sup>132</sup> Antes desta experiência já havia sido implementado este modelo de custeio no Hospital Nossa Senhora do Rosário, no início do século XXI.



Este programa foi seletivo em relação ao número de hospitais. Numa primeira fase, em 2007, foram selecionadas cinco unidades hospitalares com diferentes características ao nível da dimensão, especialização e grupo de financiamento<sup>133</sup> (Hospital Infante D. Pedro, Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, Hospital Geral de Santo António e Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio) (ACSS, 2008a, 2008b, 2008c, 2008d). No ano 2008, este modelo foi estendido a mais cinco unidades<sup>134</sup> (Hospital Magalhães Lemos, EPE; Instituto Português de Oncologia, EPE; Hospital de Santo André, EPE; Hospital Curry Cabral, EPE; Hospital de Faro, EPE) (Borges *et al.*, 2009). A este grupo de unidades há a acrescentar o Hospital de São João, que por iniciativa própria, em 2009, implementou este sistema de custeio, arcando com os respetivos custos. Em suma, as principais vantagens/desvantagens dos sistemas de custeio, em uso nos hospitais, encontram-se descritas no quadro seguinte.

Quadro 6.14 - Metodologias de apuramento dos custos mais frequentes nos hospitais do SNS

Tipo de Custeio	Vantagens	Desvantagens
PCAH	Generalização na maioria dos hospitais portugueses; Regularidade da sua obtenção.	Limitado grau de desagregação da informação; Falta de correspondência com centros de produção; Critérios individuais de imputação de custos indiretos; Falta de celeridade na divulgação da informação.
ABC	Permite obter, de forma mais detalhada, os custos por atividade e por doente saído, relativamente ao método das secções; Aplicado às atividades em ambulatório; Permite a realização de uma "radiografia" dos atos praticados; Permite a comparação dos níveis de eficiência entre a atividade desenvolvida por diferentes unidades.	Difícil identificação dos <i>cost drivers</i> no processo de produção de cuidados de saúde; Carga administrativa necessária para a manutenção e atualização das atividades; Pode não refletir os custos reais de determinado episódio (valorização pelas atividades desenvolvidas); Utiliza a contabilidade analítica central do hospital.

Fonte: Costa, Santana, Lopes e Barriga (2008)

#### 6.4. Outros fatores que podem influenciar os resultados da eficiência

Como foi observado anteriormente, existem fatores que podem estar na origem de maiores ou menores ganhos de eficiência das unidades hospitalares, tais como o regime jurídico aplicado, o modelo de organização e o tipo de custeio. No entanto, é importante ter em consideração outros

<sup>133</sup> Este fator foi implementador de alguma heterogeneidade entre as unidades hospitalares. No entanto, de acordo com o Tribunal de Contas, esta não constituiu uma amostra representativa das unidades hospitalares públicas.

<sup>134</sup> Selecionadas unidades de prestação de cuidados mais específicos (oncologia e psiquiatria)

fatores que podem contribuir para a maximização da eficiência, relacionados com a qualidade e com o valor para o utente.

#### 6.4.1. Sobreprestação/subprestação de cuidados de saúde

Um dos riscos associados à busca por um elevado nível de eficiência, conduz a algumas controvérsias na prática clínica. Os hospitais, de forma a obterem maiores ganhos financeiros podem, por um lado, ser tentados a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes, ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*) (Barros, 2000,2003; Ellis, 1998; Encinosa, 2008; Pauly, 1984; Socha & Zweifel, 2014). Por outro lado, podem estar em risco questões de qualidade assistencial, promovendo-se uma subprestação a doentes que exigiriam mais custos (*skimping*) (Ellis, 1998; Encinosa, 2008; Pauly, 1984; Socha & Zweifel, 2014).

#### 6.4.2. A aplicação do Memorando de Entendimento

A necessidade de racionalização e corte nas despesas, foi agravada com as diretrizes constantes no plano de ajustamento aplicado a Portugal. De acordo com o Despacho n.º 10783-A/2011, os hospitais estavam obrigados a cortar cerca de 11 % nos seus custos operacionais (GTRH, 2011).

Os objetivos para a saúde do Memorando de Entendimento sobre Condicionalismos Específicos de Política Económica<sup>135</sup>, centravam-se num aumento da eficiência e eficácia para o SNS, com uma utilização racional dos serviços e um controlo efetivo de custos, e numa redução da despesa com medicamentos e com custos operacionais dos hospitais (Carmo, 2012; Portugal, 2011).

No que compete mais especificamente aos hospitais, nos objetivos para a política de saúde constava: "gerar poupanças adicionais nos custos operacionais dos hospitais". Para cumprir este objetivo geral, o memorando dispunha de onze pontos centrais de ação, expressos na sua secção número 3 (3.71 a 3.81). O quadro seguinte enumera, de forma resumida, esses pontos.

---

<sup>135</sup> Comissão tripartida constituída pela Comissão Europeia (CE), pelo Banco Central Europeu (BCE) e pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), conhecida como Troika (Barros, 2012).

Quadro 6.15 - As propostas do Memorando de Entendimento para os serviços hospitalares

Secção	Medida proposta	Prazo
3.71.	Liquidação de todos os pagamentos em atraso (pagamentos devidos a fornecedores nacionais com atraso superior a 90 dias).	[T3-2011]
3.72.	Definir medidas para a redução dos custos operacionais dos hospitais (em 200 milhões de €), que incluem a redução de cargos dirigentes como consequência da concentração e racionalização das unidades.	[T3-2011]
3.73.	Implementação de um sistema de auditoria e publicação de normas de orientação clínica.	[T3-2011]
3.74.	Selecionar, de forma mais transparente o presidente e os membros da administração dos hospitais (por lei deviam ser pessoas de reconhecido mérito na saúde, gestão e administração hospitalar).	[T4-2011]
3.75.	Desenvolver um sistema de <i>benchmarking</i> que permita estabelecer uma comparação entre o desempenho das unidades hospitalares, a ser publicado, de forma regular, anualmente.	[T1-2012]
3.76.	Desenvolvimento e interação entre os sistemas de tecnologias de informação de forma a que a ACSS tenha em tempo real a informação sobre as atividades, por forma a publicar relatórios mensais para os Ministérios da Saúde, das Finanças e Administração Pública; Alcançar a plena interoperabilidade dos sistemas de informação nos hospitais.	[T1-2012]
3.77.	Reorganização e racionalização da rede de hospitais, através da especialização e concentração de serviços de urgência, numa gestão conjunta (Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março). "Um plano de acção detalhado será publicado em 30 de Novembro de 2012 e a sua implementação será finalizada no primeiro trimestre de 2013".	[T2-2012]
3.78.	Transferência de serviços hospitalares em ambulatório para as Unidades de Saúde Familiares (USF).	[T2-2012]
3.79.	Realização de um levantamento atual dos médicos a exercer (por especialidade, idade, região, unidade, setor público/privado), de forma a identificar as necessidades atuais e futuras.	[T3-2011]
3.80.	Publicação de um relatório (até março de 2012) que contenha os planos de afectação de recursos humanos até 2014.	[T3-2011]
3.81	Aplicação de regras para incrementar a mobilidade de profissionais de saúde dentro e entre cada ARS (horário flexível, controlo rigoroso das horas de trabalho e de atividade de cada profissional de saúde).	[T1-2012]

Fonte: Portugal (2011) - Memorando de Entendimento assinado com o FMI/BCE/CE

Estas medidas, congruentes com a gestão de unidades hospitalares, foram alvo de várias reflexões e de medidas complementares. Em relação ao pagamento de dívidas em atraso aos fornecedores, foram tecidas algumas críticas. De acordo com Carmo (2012), para ser possível aos hospitais pagar aos fornecedores é importante que previamente tenham sido pagos pelos fornecidos. Quando a autora destaca esta questão, salienta os subsistemas, que devem aos hospitais e alegando igualmente uma contradição, já que no memorando está definida uma redução de 30% na contribuição do Estado com estes subsistemas. Porém, para cumprir com esta meta, em 29 de março de 2012 foi aprovada, em Conselho de Ministros, uma primeira alteração ao Orçamento do Estado para 2012. Nesta publicação ficou estabelecida a aplicação de 1500 milhões de euros provenientes da transferência de fundos de pensões da banca para a segurança social, de modo a cobrir as dívidas do setor da saúde. No entanto, ressalve-se que esta solução é de carácter parcial, já que a dívida do SNS aos fornecedores ascendia aos 3000 milhões de euros<sup>136</sup> (Fernandes, 2012). Uma outra crítica estabelecida a esta medida foi o facto

<sup>136</sup> Foram estabelecidas prioridades no pagamento, iniciando-se estes por critérios de tempo (mais tempo em espera), taxa de juro (pelas taxas mais altas), ou por outras situações cujo prolongamento possa ter consequências económicas, ou mesmo sociais (suspensão de novos fornecimentos) (Fernandes, 2012). A Lei n.º 8/2012 de 21 de

de não prevenir situações futuras. Mesmo com o pagamento da totalidade da dívida, havia o risco de surgir uma nova (Fernandes, 2012). "O grande desafio é a criação de mecanismos de controlo e gestão que impeçam de futuro a repetição do mesmo tipo de situação (Barros, 2012, p.115)".

O corte a aplicar de 200 milhões de euros (sendo 50% deste ainda em 2011) foi definido sem pensar nas consequências sociais do mesmo. Repare-se que este corte poderia prejudicar a prestação de cuidados de saúde (Carmo, 2012; Fernandes, 2012). A referência aos custos com recursos humanos (no caso com os dirigentes) não constitui a única fonte de custos dos hospitais. Para além dos custos com pessoal (já aplicados com os cortes na função pública para vencimentos superiores a 1500€ e nas horas extraordinárias), existem consumos de medicamentos (essenciais para tratar os doentes), meios tecnológicos para diagnóstico e tratamento (em constante evolução e fulcrais na atividade clínica) e a manutenção das infraestruturas, equipamentos e instalações (a conceção da arquitetura hospitalar implica uma modernização constante, que exige custos) (Carmo, 2012).

---

fevereiro (Lei dos Compromissos e dos pagamentos em atraso) estabeleceu normas e regras para evitar o incumprimento. No entanto, Fernandes (2012) critica esta disposição legal pelo facto de não atribuir mérito (prémio) a quem cumpre com os requisitos.

---

## PARTE II - MODELIZAÇÃO DA EFICIÊNCIA



## 7. A EFICIÊNCIA NO SETOR DA SAÚDE

O aumento dos custos com o setor da saúde é uma realidade cada vez mais atual, que tem vindo a agravar-se ao longo dos anos. Repare-se que nos anos 70 a despesa corrente em saúde representava cerca de 2,6 % do PIB, tendo este valor aumentado para 9,2% no ano 2012 (INE, 2014).

Como foi visto nos capítulos anteriores, a preocupação com o controlo dos custos levou os vários governos a estabelecer políticas, medidas e estratégias para tornar o sistema mais eficiente, não pondo em causa os princípios base edificadores do SNS, nem descurando a qualidade da prestação. Tal como referido no capítulo 4, com vista a uma maximização dos recursos e a uma maior eficiência do setor hospitalar, foram adotadas medidas específicas, das quais se destacam a contratualização da gestão, um reforço do controlo orçamental, a publicação de contas e a realização de auditorias (regulação).

Associada a esta perspetiva encontra-se a ideia que a ineficiência no sistema de saúde pode estar relacionada com o aumento de custos do mesmo. Como este estudo pretende apurar a eficiência no contexto hospitalar, neste capítulo será aprofundada esta questão numa perspetiva teórica. Num primeiro ponto será apresentada a definição de eficiência/produção eficiente e a sua aplicação ao subsector hospitalar. No ponto seguinte serão abordados os principais métodos utilizados para a medição/avaliação da eficiência (métodos paramétricos/não paramétricos), ilustrada pela referência a alguns estudos desenvolvidos ao longo dos últimos anos, que relacionam os custos hospitalares com a produtividade/eficiência do sistema.

### 7.1. Conceito de eficiência

A eficiência pode ser definida como a relação existente entre os recursos utilizados e os resultados obtidos numa determinada organização. A produção eficiente é a que maximiza os resultados obtidos a partir de um dado nível de recursos, ou a que minimiza os recursos para obter um determinado resultado (Pereira, 2004).

Assim, na assunção do conceito, esta pode estar relacionada com o desempenho dos processos de uma determinada unidade, constituindo uma das principais preocupações das organizações.

Pode deste modo dizer-se que através da eficiência é possível medir a forma como se realizam os processos produtivos. Ou seja, permite fazer uma aproximação entre o desempenho de uma unidade de produção com um desempenho hipoteticamente ótimo. Este conceito pode ser aplicado em qualquer indústria, ao nível do setor público, ou, em particular, nos serviços de saúde (Byrnes & Valdnamis, 1994; Kengil, Gökmen, & Tozan, 2010). A nível hospitalar, este conceito pode remeter para a forma como os recursos estão a ser geridos, indicando com base na produção em termos de cuidados de saúde, a boa aplicabilidade dos mesmos (Gannon, 2004).

Para melhor compreender esta definição, deve atender-se às suas dimensões. Farrell (1957) constatou que é possível determinar três conceitos de eficiência: a eficiência técnica, a eficiência alocativa (na afetação de recursos) e a eficiência económica.

- Eficiência técnica

Para Farrell (1957), a eficiência técnica relativa tratava-se da capacidade que uma empresa poderia apresentar para obter o máximo proveito perante um conjunto de recursos iniciais.

A eficiência técnica mede a relação entre os *outputs* obtidos (produção) e os *inputs* utilizados (fatores de produção), ou seja, avalia o sucesso da empresa em produzir o máximo *output* dado o nível de *inputs*. Desta forma, relaciona a produção ótima (com o máximo de aproveitamento dos recursos – *inputs*) com a possibilidade de produção (*outputs*). Assim, uma produção pode ser tecnicamente eficiente sobre duas perspetivas distintas:

- Perspetiva de minimização de recursos (*inputs*) – uma produção é eficiente quando produz um determinado resultado (*output*) com uma quantidade mínima de fatores de produção (*inputs*). Deste modo, não é possível diminuir os recursos sem baixar a produção;
- Perspetiva de maximização dos resultados (*outputs*) – uma produção é eficiente quando os seus resultados (*outputs*) são alcançados pelo consumo de um conjunto determinado de recursos. Ou seja, não é possível obter mais resultados sem aumentar os recursos aplicados (Barros, 1999a; Barros, 2003; Pereira, 2004).



Seja qual for a perspectiva, a eficiência técnica pretende evitar o desperdício de recursos (Barros, 1999a).

No contexto dos cuidados de saúde, a eficiência técnica refere-se à relação física entre os recursos disponíveis (humanos, materiais e financeiros) e os resultados. Estes resultados podem ser apurados em termos intermédios (medidos em função do atendimento, por exemplo: número de utentes tratados, número de dias de internamento, tempo de espera) ou em termos finais (menores taxas de mortalidade, maior esperança de vida) (Gannon, 2004; Magnussen, 1996; Palmer & Torgenson, 1999).

- Eficiência na alocação

A eficiência alocativa difere, logo à partida, da eficiência técnica por contemplar a noção de custos. Assim, a eficiência alocativa reflete a capacidade de utilizar uma determinada quantidade de fatores de produção numa proporção ideal, tendo por base os preços e a tecnologia de produção. Existe uma preocupação com a escolha/combinacão de *inputs* para produzir o máximo possível, de modo a que a obtenção de maiores ganhos na produção ou no bem-estar não sejam possíveis (Magnussen, 1996). Ou seja, a eficiência alocativa remete para uma habilidade no uso de um conjunto de *inputs* (escolher os fatores produtivos mais económicos) em quantidades e proporções ótimas, de forma a não ser possível qualquer outra reafetação de recursos que melhore a situação de um indivíduo, sem ao mesmo tempo piorar a de outro (Barros, 1999a; Barros, 2003). Isto pressupõe a existência de eficiência técnica (operacional ou de custos), que é o conjunto de recursos necessários para atingir um resultado desejado ao mais baixo custo (Pereira, 2004).

- Eficiência económica

A eficiência económica tem duas componentes distintas: a eficiência alocativa e a eficiência técnica. Como foi observado, a eficiência técnica relaciona-se com a capacidade para produzir o máximo de *outputs*, a partir de um conjunto dado de *inputs* (maximização dos produtos). Ou, em alternativa, está relacionada com a capacidade de minimizar as entradas para produzir o mesmo nível de produtos (minimização de recursos). A unidade é eficiente quando opera em função da otimização da produção. Por outro lado, a eficiência na alocação remete para a

capacidade em aplicar os *inputs* em proporções ótimas, minimizando os custos e maximizando a receita a realizar com os produtos (*outputs*). A unidade é eficiente quando opera em função da otimização dos custos. Assim, como resultado final de ambas, a eficiência económica traduz a operação de uma unidade em função da minimização do custo, da maximização da produção, das receitas e do lucro (Fernandes, 2008). Este tipo de eficiência é interdependente da técnica e da alocativa, dado que para alcançá-la é necessário que a mesma utilize os seus recursos, de forma técnica e alocativamente eficiente (Staat, 2004; Worthington, 2004)

De acordo com Rego (2011), deve ser adotada a utilização da eficiência técnica relativa sempre que se avalia o desempenho das unidades de produção diferenciadas, em termos estatutários ou legais, pertencentes a entidades não lucrativas do setor público. Para argumentar esta opção, o autor refere a dificuldade associada à consecução de informação fiável sobre o custo dos fatores produtivos.

## 7.2. A avaliação da eficiência

Para a medição da eficiência de uma dada entidade é necessário identificar os seus processos produtivos e os respetivos resultados. Com respeito às unidades hospitalares, segundo Moshiri, Aljunid, e Amin (2010) existem várias medidas potenciais para avaliar a produção de um hospital. Para estes autores, os recursos são traduzidos nos meios humanos, materiais ou financeiros, sendo que a produção pode ser apurada em função do número de casos tratados, do número de procedimentos realizados, do número de pacientes por dia, da taxa de ocupação (cama), entre outros. Contudo, a medição da eficiência hospitalar é dificultada pelo próprio processo produtivo. Os problemas surgem na definição da produção hospitalar, na existência de uma multiplicidade de objetivos e por vezes pela falta de dados disponíveis, o que dificulta a comparação entre as diferentes unidades em avaliação, condicionando a capacidade das autoridades para monitorizar e incentivar a melhoria do seu desempenho (Giraldes, 2007). Deste modo, é necessário ter um conjunto de modelos que permitam o apuramento da eficiência com o maior rigor.

Em 1957, Farrel foi o primeiro autor a avaliar a eficiência sem recorrer a funções de produção teóricas. Na base deste seu trabalho estiveram presentes os contributos de outros autores, que anos antes exploraram este tema (quadro 7.1)

Quadro 7.1 - Importantes contributos para o desenvolvimento da avaliação da eficiência

Autor	Ano	Contribuição para a avaliação da eficiência
Pareto	1906	Constituiu as normas base para a avaliação nos termos das políticas sociais, ou seja definiu como uma verdadeira política social, aquela que beneficia um conjunto de cidadãos sem prejudicar outros. Este conceito foi associado a outros contextos, sendo popular como “Critério de Pareto”.
Debreu	1951	Desenvolveu um "coeficiente de utilização de recursos" que foi proposto como a primeira medida radial de eficiência produtiva.
Koopmans	1951	Tendo por base o critério de Pareto, desenvolveu o conceito de eficiência técnica, ou "eficiência de Pareto-Koopmans”.

Fonte: Elaboração Própria

Diferenciando-se destes modelos previamente existentes, Farrel (1957) propôs um modelo inovador que muito contribuiu para a construção dos métodos de avaliação de eficiência que hoje conhecemos. O quadro seguinte apresenta alguns dos aspetos inovadores apresentados por Farrel.

Quadro 7.2 - Aspetos inovadores do modelo de avaliação de eficiência apresentados por Farrel, em 1957

Aspetos inovadores do modelo de Farrel
Apresentou o conceito de eficiência técnica radial.
Definiu o conceito de eficiência total (constituído pela eficiência técnica e alocativa).
Promoveu a utilização de dados empíricos (baseados na observação de unidades de produção - DMU) para o apuramento da eficiência, ao invés da utilização de funções de produção teóricas.

Fonte: Farrel (1957)

Surgiu assim com Farrel uma base alternativa para medir a eficiência, com base na distância da unidade sob avaliação a uma fronteira de produção, determinada em função de um grupo de unidades com melhor desempenho (Farrel, 1957). Posteriormente, foi desenvolvida esta técnica surgindo novas metodologias de estimação da eficiência (paramétricas/não paramétricas), baseadas no conceito de fronteira de eficiência. Perante uma profunda pesquisa da literatura, verifica-se que os modelos mais usuais para este efeito são os métodos de fronteira estocástica (SFR) e a *Data Envelopment Analysis* (Afonso & St.Aubyn, 2005; Giraldes 2007; Pedraja & Salinas, 2005).

Nos pontos seguintes serão especificadas as várias metodologias usadas para avaliação da eficiência, sendo descritos e comparados, com especial destaque, os modelos SFR e DEA.

### 7.2.1. As metodologias para apuramento da eficiência

No âmbito da avaliação da eficiência, os métodos fronteira de produção têm vindo a assumir uma posição considerável no domínio da literatura. Estes métodos dividem-se em duas técnicas (paramétricas/não paramétricas) e em dois modelos (estocásticos ou determinísticos) (Afonso & St.Aubyn, 2005; Lovell, 2000).

No setor da saúde, as abordagens paramétricas e estocásticas, e as abordagens não paramétricas e determinísticas, têm apresentado um domínio nos estudos acerca da eficiência dos estabelecimentos (Kengil et al., 2010; Lovell, 2000). Ambos os métodos traduzem a estimação de uma fronteira de eficiência e o cálculo do desvio de cada unidade em relação a essa referência (Dismuke & Sena, 1999; Giraldes 2007). O método paramétrico tem sido associado à técnica de *Stochastic Frontier Análise* (análise de fronteira de dados - SFA) (Aigner, Lovell & Schmidt, 1977; Battese & Coelli, 1995; Meeusen & Broeck, 1977) e o método não paramétrico à técnica da *Data Envelopment Analysis* (análise envolutória de dados - DEA) (Charnes, Coopers, & Rhodes, 1978).

A abordagem paramétrica na medição da eficiência foi desenvolvida de forma independente em 1977 por Aigner, Lovell e Schmidt e por Meeusen e Van Den Broeck (Greene 2008; Jacobs, et al., 2006). Estas técnicas de estimação da eficiência exigem uma previa definição de uma forma funcional para a distribuição da componente da ineficiência e para a tecnologia de produção (p.ex: função linear, log-linear, Cobb-Douglas, translog, Leontief generalizada, e quadrática normalizada), apresentando um modelo estocástico que considera eventos aleatórios (O'Neill, Raunerb, Heidenbergerb, & Krausc, 2008; Kengil et al., 2010), não os distinguindo da ineficiência. Deste modo, torna os *scores* de eficiência mais sensíveis a valores atípicos (*outliers*), dado que a distância à fronteira de eficiência pode ser atribuída a esse erro (O'Neill et al., 2008; Rosko, 1999). Este modelo recorre a técnicas estatísticas, aplicando-se por norma a unidades que produzem um único *output*, utilizando vários *inputs*<sup>137</sup> (Hollingsworth & Peacock, 2008).

---

<sup>137</sup> Rego (2011) alerta para o facto de existirem estudos nos quais esta metodologia foi aplicada para unidades de produção que envolvem vários *inputs* e *outputs*.

A abordagem não-paramétrica não determina restrições à forma funcional ou à estrutura tecnológica, ou seja, não tem previamente em conta quaisquer pressupostos sobre a função de produção (Cooper et al., 2007). Esta técnica não recorre a métodos estatísticos (como a abordagem paramétrica), mas à programação matemática, fazendo uso de programas lineares e quadráticos. Por outro lado, recorre a métodos determinísticos, nos quais a ineficiência não se distingue dos eventos aleatórios. Não considera o impacto de eventos na produção, o que não permite incluir fatores exógenos, ficando a distância à fronteira a dever-se apenas à ineficiência (O'Neill et al., 2008). No entanto, possibilita a medição da eficiência na presença de múltiplos *inputs* e *outputs* (Fernandes, 2008; Hollingsworth, 2003; Pedraja & Salinas, 2005).

Como foi possível observar, ambos os métodos se concentram na fronteira de possibilidades de produção, permitindo a consideração de múltiplas variáveis. Esta análise de fronteira difere da análise de regressão de mínimos quadrados, que estima o desempenho médio ao invés do desempenho possível. Tanto a SFA como a DEA permitem o cálculo dos *scores* de ineficiência para cada unidade de produção (Coelli, Rao, O'Donnell, & Battese, 2005; Greene 2008; Hollingsworth & Peacock, 2008; Worthington 2004).

Das várias vantagens e limitações apresentadas sobre ambos os modelos, destaca-se a de que uma abordagem econométrica permite um apuramento mais rigoroso da eficiência, pois possibilita a distinção do erro aleatório da ineficiência, dentro do desvio em relação à fronteira, o que o torna menos sensível. Contudo, para ser possível esta distinção, é necessário definir previamente a forma de tecnologia (função de produção) para a distribuição de probabilidade e da componente de ineficiência. Dado que não existem indicadores específicos para este efeito, há um grande risco de se cometerem erros de especificação (Chirikos & Sear, 2000). Por outro lado, os métodos não paramétricos e determinísticos apresentam a desvantagem de não incluírem uma distinção clara entre o erro aleatório e a ineficiência. No entanto, podem ser aplicados, sem qualquer definição prévia, da forma funcional para a tecnologia de produção, o que pode ser traduzido em vantagens para o mesmo, mas que exige um posterior tratamento dos dados, tendo em consideração as variáveis ambientais (Coelli, 2002; Rego, 2011).

Relativamente à aplicação de ambas as técnicas de avaliação da eficiência em estudos do setor público, destacam-se os métodos não paramétricos (Afonso & Fernandes, 2006; Fernandes, 2008). Os estudos que avaliam a aplicação dos diversos métodos de medição da eficiência do

setor hospitalar, consideram a DEA como uma boa técnica para análises globais, pois as desvantagens do modelo, ao nível da especificação, afetam mais os resultados individuais do que os resultados como um todo. Esta medida de eficiência tem em consideração todos os *inputs* e *outputs* utilizados no processo produtivo (Hollingsworth, 2003).

Desde 1978, ano em que surgiu o modelo da DEA proposto por Charnes, Coopers e Rhodes, foram sendo desenvolvidos ao longo dos anos, novos modelos que dotaram este método com uma maior capacidade de avaliar a eficiência em diferentes ambientes e com diferentes relações entre as unidades de produção, tanto nas instituições públicas como nas privadas, especialmente quando orientados para a avaliação de atividades como empresas e serviços públicos (hospitais, instituições de ensino, entre outras). Deste modo, para este estudo optou-se por seguir esta tendência (Cooper et al., 2007). No ponto seguinte serão especificadas as características e os modelos aplicados à DEA, de uma forma geral.

### 7.3. O modelo DEA na avaliação da eficiência

Após ter sido feita a referência às técnicas de fronteira para avaliação da eficiência, dadas as principais vantagens e desvantagens associadas, e a referência da literatura, especifica-se neste ponto o modelo não paramétrico da *Data Envelopment Analysis*. Desta forma, será descrito o modelo e referidas as suas principais características.

#### 7.3.1. A DEA como técnica de apuramento da eficiência

A DEA é um método não paramétrico e determinístico de avaliação da eficiência de cada unidade produtiva, que tem como referencial a fronteira de produção. Este modelo tratou-se de uma extensão ao trabalho de Farrel sobre a avaliação da eficiência técnica, perante uma unidade de produção que apresentava uma multiplicidade de *inputs* e *outputs*. Desenvolvida em 1978 por Charnes, Cooper e Rhodes, ganhou uma grande disseminação a nível mundial.

Na DEA, a organização/instituição em estudo é denominada de DMU (*Decision-Making Unit*). A definição de DMU é bastante alargada, o que permite a inclusão de uma grande diversidade e gama de aplicações. Ou seja, uma DMU é considerada como a entidade responsável pela conversão de recursos em produtos e cujas performances são alvo de análise pela DEA. Como

exemplos de DMU podem-se incluir hospitais, bancos, estabelecimentos comerciais, empresas, instituições de ensino, fábricas, bibliotecas, entre outras (Charnes, Cooper, & Trall, 1991; Cook & Zhu, 2005; Cook & Seiford, 2009; Cooper, Seiford, & Zhu, 2004; Cooper et al., 2007).

O modo de funcionamento desta técnica limita-se basicamente a uma análise da eficiência entre várias DMUs, estabelecendo uma comparação entre as mesmas. Para tal, é necessário selecionar, de acordo com os objetivos, um conjunto de dados relativos às entradas/ recursos (*inputs*) e aos produtos/serviços gerados (*outputs*). Para este efeito é fundamental ter em consideração um conjunto de aspetos na seleção destes dados (quadro 7.3) (Cooper et al., 2007; Cook & Seiford, 2009).

Quadro 7.3 - Fatores a ter em conta na seleção dos dados na DEA

Seleção de dados DEA
Os dados devem ser numéricos e positivos para todas as DMUs
Os <i>inputs</i> e <i>outputs</i> escolhidos devem refletir o trabalho de produção realizado nas DMUs
O rácio de eficiência é tanto maior quanto menores forem os valores dos <i>inputs</i> e maiores os volumes de produção.

Fonte: Cooper, Seiford & Tone (2007)

Em oposição a uma abordagem paramétrica, a DEA faz observações individuais e constrói uma fronteira para cada DMU observada. Desta forma, este método permite avaliar a eficiência de cada unidade relativamente às restantes, através de um conjunto de valores observados para os *inputs* e os *outputs* das DMUs. Assim, se for considerada a maximização dos *outputs*, representa o máximo valor de *output* obtido, dado o mesmo nível de *inputs* para cada unidade. Ou, no caso de se considerar a perspetiva de minimização dos *inputs*, representará o valor mínimo de *input* para cada DMU, tendo em conta o seu nível de produção observado (Burgess & Wilson, 1993; Charnes et al., 1991; Cooper et al., 2007). Esta técnica tem associado na sua base um pressuposto de convexidade (não adequado para *inputs* e/ou *outputs* indivisíveis). O objetivo em concreto é o de identificar, entre as unidades de produção em estudo, qual é aquela que apresenta melhor desempenho, constituindo-a como uma fronteira, sendo todas as unidades que se distanciam desta classificadas como ineficientes. A fronteira de produção é assim constituída pelas DMUs eficientes (Charnes et al., 1991; Cook & Seiford, 2009; Cooper et al., 2004; Cooper et al., 2007).

Na DEA, cada DMU é comparada diretamente com os valores registados para uma DMU semelhante, considerada como a melhor prática (mais eficiente), com o objetivo de obter um *score* de eficiência relativa, e não por associação a uma unidade virtual. Assim, uma unidade de produção é ineficiente sob dois pontos de vista: quando a DMU de referência produz o mesmo com um menor número de *inputs*; ou quando a unidade eficiente, com o mesmo consumo de *inputs*, consegue produzir um maior número de *outputs* (Gok & Sezen, 2011; Kumar, 2010). A base desta comparação é estabelecida pela atribuição de um valor máximo de 1 à unidade de fronteira que é mais eficiente (O'Neill et al., 2008). A todas as outras unidades semelhantes, à medida que se afastam (por comparação) da referência (unidade de fronteira – a eficiente), é-lhes atribuído um *score* inferior a 1 e superior a zero (sendo consideradas ineficientes) (Ramanathan, 2005; Ozcan, 2008).

Na descrição do modelo DEA, foi até agora escrutinado o modo básico de funcionamento desta técnica, conhecido como modelo CCR<sup>138</sup> - Charnes, Cooper e Rhodes (1978), que utiliza rendimentos constantes à escala. Este modelo inicial, calcula uma medida de eficiência global e identifica as ineficiências, considerando que todas as DMUs operam num nível de escala similar. Porém, com a aplicação desta técnica e a sua grande disseminação<sup>139</sup> até aos dias de hoje, registou-se um aperfeiçoamento da mesma. Foram desenvolvidos novos conceitos e pressupostos, que convergiram em modelos que permitiram tornar a DEA mais flexível e adaptável. Para os casos em que se pretendia analisar DMUs, nas quais não se verificava um mesmo nível de escala, este modelo tornava-se impróprio.

A fim de se compararem unidades de produção com diferentes características, foi desenvolvido um novo modelo por Banker, Charnes e Cooper, em 1984, denominado por BCC<sup>140</sup>. Como foi observado, a origem do desenvolvimento deste modelo teve por base os constrangimentos verificados pela consideração de rendimentos constantes à escala na aplicação do modelo, dado que representavam uma limitação para algumas atividades de produção. Este é um modelo mais flexível, que calcula a

---

<sup>138</sup> Também conhecido como CRS (*Constant Returns to Scale*).

<sup>139</sup> Seiford (1996) refere ter reunido 472 artigos publicados e dissertações, desde 1978 a 1992. Ramanathan (2003) contabilizou, que desde o desenvolvimento da DEA, existem mais de 1000 artigos publicados com recursos a esta metodologia.

<sup>140</sup> Corresponde às iniciais dos nomes dos seus autores.



eficiência técnica e identifica a existência de rendimentos variáveis à escala (crescentes ou decrescentes)<sup>141</sup> (Burgess & Wilson, 1993; Cook & Seiford, 2009; Cooper et al., 2007).

Dada a evolução da técnica DEA, existe atualmente um conjunto de aplicações informáticas “*software solver* DEA”, desenvolvidas como complemento para o *Microsoft Excel*<sup>142</sup>.

Quadro 7.4 - Principais vantagens da técnica DEA

Vantagens DEA
Não é necessário converter a totalidade dos <i>inputs</i> e <i>outputs</i> em unidades monetárias como nos métodos puramente económicos;
Os dados usados para estabelecer a fronteira de eficiência são reais e não teóricos;
Funciona como uma alternativa na análise de custo-benefício;
Estabelece padrões de comparação entre DMUs;
As observações efetuadas são individuais que têm por objetivo determinar uma fronteira linear entre as unidades observadas.

Fonte: Burgess & Wilson (1993); Calvo (2002); Cooper et al. (2007); Zhu (2001)

### 7.3.2. Modelo não radial - *Slacks-based measure* (SBM)

Os modelos radiais, como o CCR e o BBC, apresentavam uma orientação *input* ou *output* no apuramento da eficiência. Esta orientação estava relacionada com a minimização dos recursos (*inputs*) ou com maximização dos resultados (*outputs*). Ou seja, para uma DMU ineficiente, considerando a orientação *input*, ser convertida em eficiente, era necessário reduzir os seus *inputs*. No caso das DMU ineficientes, em orientação *output*, para serem tornadas eficientes, seria imperativo o aumento dos *outputs* produzidos (Cooper et al., 2007; Vasquez, 2012).

Tone (1997, 2001, 2002) propôs um modelo não radial e não orientado, denominado por *Slacks-Based Measure*, para superar este constrangimento apurado nos modelos radiais. Apesar da sua conceção inicial ser não-orientada, foi introduzida a orientação para o *input/output*. Porém, é de referir que o facto do modelo se denominar por não-orientado, não significa que não tenha uma orientação definida. Pelo contrário, apresenta uma dupla orientação, sendo orientado para a minimização dos *inputs* e simultaneamente para a maximização dos *outputs* (Tone, 1997, 2001; Nunes & Rego, 2010; Vasquez, 2012).

<sup>141</sup> Há ainda referências a outros modelos, tais como modelos multiplicativos, que aplicam uma função translogaritmica ou a função Cobb-Douglas ao processo produtivo, e um modelo aditivo, que equaciona a eficiência obtida para com o conceito “ótimo de Pareto” (Charnes & Cooper, 1995).

<sup>142</sup> Como exemplos temos os seguintes programas:

- Frontier Analyst; DEA-Solver; OnFront; Warwick DEA; DEAP; EMS; GAMS (Kengil et al., 2010).

### 7.3.3. A DEA como técnica de apuramento da medida de supereficiência

Os modelos de aplicação da DEA apenas permitem, como foi referido, distinguir as unidades eficientes das ineficientes, apresentando o valor =1 para as eficientes e <1 para as ineficientes. De modo a superar este constrangimento e permitir a diferenciação entre as unidades eficientes (ou seja, poder apurar entre as unidades com rácio de eficiência =1, quais as mais/menos eficientes), foi desenvolvida a medida de supereficiência, em 1993, por Andersen e Petersen (Adler, Friedman, & Sinuany-Stern, 2002; Doyle & Green, 1994; Zhu, 2001).

Este conceito introduzido teve por base a ideia em que dentro da mesma fronteira de eficiência existiriam certamente umas unidades (DMUs) que seriam mais eficientes que outras, as quais poderiam manter-se como eficientes mesmo sofrendo aumentos ou reduções dos seus *inputs/outputs* (Anderson & Petersen, 1993). Com base nesta conceção, Anderson e Peterson tinha como pretensão a ordenação das unidades eficientes (ranking) para modelos radiais (ex: CCR, BCC), se bem que rapidamente foi adaptada a outros tipos de modelo, nomeadamente em testes de sensibilidade, deteção de fatores externos (*outliers*) e modelos SBM (Cooper et al., 2007; Ray, 2000).

Surgiram algumas críticas a este modelo de apuramento da supereficiência, justificadas pela falta de invariância nas unidades (risco do resultado variar em função das unidades de medida aplicadas aos recursos e produtos) e pela possibilidade de não existir uma solução perante restrições de convexão, como no modelo BCC (Lovell & Rouse, 2003; Zhu, 2001). Contudo, o modelo não caiu, já que Tone (2002) demonstrou que estas críticas não se aplicavam aos modelos SBM/CRS e aos modelos SBM/VRS não orientados.

### 7.3.4. Modelo de avaliação da produtividade - índice de *Malmquist*

O índice de *Malmquist* foi desenvolvido em 1982 por Caves, Christensen e Diewert (1982)<sup>143</sup>. É um instrumento que avalia a produtividade das organizações, com base na variação

---

<sup>143</sup> Apenas foi aplicado pela primeira vez 10 anos mais tarde por Berg, Forsund e Jansen (1992). Foi desenvolvido por Grosskopf, Fare e Roos em 1998 e por Thrall no ano 2000.

simultânea da eficiência e das melhores práticas (variação da fronteira da tecnologia) ao longo de vários períodos.

Quadro 7.5 - Vantagens da aplicação do índice de *Malmquist*

Vantagens índice de <i>Malmquist</i>	
A possibilidade de ser aplicado em casos de tecnologias de produção que apresentem vários <i>inputs/outputs</i> ;	
Não necessita de dados relativos aos preços dos recursos utilizados, nem dos produtos finais;	
Possibilita a obtenção de informação sobre as razões que estão na base da variação da produtividade.	

Fonte: Vasquez (2012)

Este índice mede a variação da produtividade de uma DMU num período de tempo estabelecido (Berg, Forsund, & Jansen, 1992; Lovell, 2006). Para o seu apuramento, envolve quatro tipos de eficiências relativas (quadro 7.6).

Quadro 7.6 - Tipos de eficiência envolvidos no cálculo do índice de *Malmquist* (admitindo os períodos "t" e "t+k")

Os quatro tipos de eficiência para apuramento do índice de <i>Malmquist</i>		
1	Eficiência relativa no período "t" medida pela fronteira do período "t"	$\delta_t^t$
2	Eficiência relativa no período "t" medida pela fronteira do período "t + k"	$\delta_t^{t+k}$
3	Eficiência relativa no período "t+k" medida pela fronteira do período "t+k"	$\delta_{t+k}^{t+k}$
4	Eficiência relativa no período "t+k" medida pela fronteira do período "t"	$\delta_{t+k}^t$

Fonte: Adaptado de Vasquez (2012)

A fórmula aplicada para o cálculo pode ser definida como o produto da variação da eficiência ("catch-up") (VE) pela variação da tecnologia (fronteira, inovação ou melhores práticas) (VT) (Cooper et al., 2007; Vasquez, 2012).

$$IM = VE \times VT$$

Sendo,

$$VE = \frac{\delta_{t+k}^{t+k}}{\delta_t^t} \quad e \quad VT = \sqrt{\frac{\delta_t^t}{\delta_t^{t+k}} \times \frac{\delta_t^{t+k}}{\delta_{t+k}^{t+k}}}$$

Efetuada os cálculos anteriores (produto da variação da eficiência pela variação da fronteira), obtém-se a seguinte expressão simplificada para o apuramento do índice de *Malmquist*:

$$IM = \sqrt{\frac{\delta_{t+k}^t}{\delta_t^t} \times \frac{\delta_{t+k}^{t+k}}{\delta_t^{t+k}}}$$

Fonte: Adaptado de Vasquez (2012)

### 7.3.5. Aplicação da avaliação da eficiência em hospitais

No campo da saúde, e mais especificamente a nível hospitalar, a aplicação da DEA em estudos sobre a eficiência dos hospitais, é destacada a nível internacional em países como a Espanha, Noruega, Finlândia, EUA, Áustria, Tailândia, Brasil e Irlanda (Gok & Sezen, 2011). São vários os autores que consideram o modelo DEA como um dos mais adequados para avaliar a eficiência das unidades hospitalares (Bakar, Hakim, Chong, & Lin, 2010; Coelli, et al., 2005; Hollingsworth & Peacock, 2008; Linna, Hakkinen, & Magnussen, 2006; Ozcan, 2005). Porém, outros autores como Greene (2008), ressaltam uma limitação da DEA, relacionada com a existência de variáveis ambientais externas aos custos e à produção, que não estão contempladas na definição do modelo, mas são essenciais no cálculo da eficiência.

Dada a aceitação desta crítica ao modelo, elaboraram-se alguns estudos que recorreram a uma abordagem bi-etápica, fazendo a determinação da eficiência em duas fases: uma inicial de aplicação da DEA, no final da qual são determinados os *scores* de eficiência com base nos custos e produtos (p.ex) e outra fase, na qual são tidas em conta as variáveis ambientais que se entendam como passíveis de influenciar os *scores* obtidos (Coelli et al., 2005, Chilingirian & Sherman, 2011; Ray, 2004).

O número de estudos acerca da medição da eficiência, no setor da saúde, tem vindo a aumentar nos últimos anos. A abordagem DEA domina a literatura, apesar de alguns estudos mais recentes darem importância às metodologias paramétricas, principalmente à fronteira estocástica (Hollingsworth, 2003). Em 2008, Hollingsworth contabilizou na sua pesquisa, que desde 2006 existiam 317 estudos publicados de avaliação da eficiência no setor da saúde com recurso a técnicas de fronteira. Deste total, cerca de 48% recorriam apenas à DEA, 19% aplicavam uma abordagem bietápica e 18% recorriam ao SFA (Hollingsworth, 2008).

Nos pontos seguintes serão abordados alguns estudos nacionais e internacionais que recorreram no seu todo, ou em parte, a esta metodologia para avaliar a eficiência das unidades hospitalares.

#### 7.3.5.1. Estudos nacionais realizados com recurso à DEA

Barros (2003) avaliou a eficiência no ano 2000, recorrendo aos métodos SFA e DEA. O ponto-chave deste estudo era dar um panorama dos hospitais-empresa antes da sua empresarialização. Em relação às metodologias mais indicadas para avaliar a eficiência de hospitais, o autor concluiu que a DEA apresentava resultados mais robustos.

Dismuke e Sena (1999) estudaram a evolução da produtividade ao nível da tomografia axial computadorizada, do eletrocardiograma e do ecocardiograma, ao longo de três anos de implementação da reforma, de 1992 a 1994. Avaliaram os efeitos do financiamento por Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH) na eficiência técnica e na produtividade, através da DEA.

Lima e Whynes (2003) analisaram também as implicações ocorridas no sistema de financiamento sobre a performance dos hospitais portugueses, com um maior período de análise (1985-1995), e avaliaram as alterações ao nível dos custos unitários por admissão e por paciente. Averiguaram também as implicações dos sistemas de financiamento ao nível da duração do internamento e das readmissões. Neste estudo as conclusões não demonstraram melhorias significativas, facto que seria expectado, pois a medida em estudo praticamente não estava em vigor.

Harfouche (2008) avaliou a eficiência técnica de alguns serviços hospitalares, segundo uma abordagem de fronteira de eficiência não paramétrica (DEA). O período de análise decorreu entre o período de 2001 e 2003 e as questões de investigação foram: os hospitais S.A. são mais eficientes tecnicamente que os hospitais SPA após a sua transformação?; os hospitais transformados em S.A. apresentavam uma situação de partida mais eficiente tecnicamente? e os hospitais S.A. apresentavam eficiência técnica crescente nos anos em análise? São analisadas as eficiências técnicas de 39 hospitais, dos quais 22 foram transformados em S.A..<sup>144</sup>

---

<sup>144</sup> Costa e Lopes (2005) também abordaram a eficiência no desempenho hospitalar e a efetividade, de 2001 a 2004. Para avaliar a eficiência, recorreram não à DEA, mas a um indicador absoluto em função da “demora média observada” e da “demora média esperada”. Os resultados revelaram que os hospitais-empresa, a partir de 2003, apresentaram melhores resultados, que não implicaram sacrifícios para o acesso ou qualidade.

---

Harfouche (2012) avaliou a eficiência técnica associada à implementação de duas opções políticas de saúde. Foram analisados os hospitais desde 2002 a 2008, por anos, regiões e de acordo com as tipologias, tendo em conta as fusões/concentrações de unidades de saúde. Optou por uma ótica quantitativa, que englobou a análise das várias áreas como um todo, de modo a obter a avaliação global da atividade hospitalar (internamento, consulta externa, urgência) e também por averiguar se a eficiência hospitalar está dependente de uma área específica e se é possível observar uma tendência evolutiva em qualquer uma dessas áreas, nos anos em análise (2002-2008). São 51 os hospitais que têm publicado todas as variáveis necessárias relativas à sua atividade (internamento, consulta, urgência) e aos seus custos (repartidos por consumos, pessoal e outros fornecimentos e serviços externos, amortizações e custos operacionais), por área de atividade. Foi usada uma abordagem de fronteira de eficiência não paramétrica (DEA).

Rego (2011) pretendia usar a quantificação da eficiência dos hospitais em Portugal (2002-2004), como um indicador da adoção de uma lógica empresarial na utilização dos recursos disponíveis. Recorrendo numa primeira etapa à DEA, pretendeu: estabelecer uma comparação entre os hospitais públicos portugueses; identificar os hospitais mais eficientes (*best practice*) e avaliar se os hospitais S.A. são mais eficientes que os SPA. Depois, numa segunda etapa, com a definição do modelo de regressão e das respetivas variáveis ambientais, pretendeu complementar a análise, conhecendo em que medida alguns fatores influenciam o nível de eficiência verificado.

De modo a proporcionar uma melhor análise destes estudos, estes são apresentados em anexo, explanados sob a forma de tabela, com referência ao autor, data, *inputs/outputs* e principais resultados (*vide* anexo II).

#### 7.3.5.2. Estudos internacionais realizados com recurso à DEA

São vários os estudos internacionais sobre a avaliação da eficiência como medida de desempenho e avaliação das unidades hospitalares.

Estes estudos centram-se sobretudo na aceção de *inputs* relacionados com os custos, os meios humanos ou tecnológicos. Os *outputs* centram-se na produção realizada, por linha de atividade, ou em função de outros resultados operacionais (pendentes por exemplo da tecnologia).

Para cada um dos trabalhos, foram indicados os autores, o ano de publicação, os *inputs* e *outputs* definidos e as principais conclusões/pontos retirados dos resultados da aplicação da técnica DEA. Dado o grande volume de estudos<sup>145</sup>, estes são apresentados sob a forma de quadro (*vide* anexo III).

---

<sup>145</sup> Na pesquisa realizada, encontram-se trabalhos de: Al-Shammari (1999); Aletras, Busch e Zagouldoudis (2007); Atarrodona e Junoy (1998); Athanassopoulos e Gounaris (2001); Athanassopoulos, Gounaris e Sissouras, (1999); Bannick e Ozcan (1994); Barbeta, Turati e Zago (2001, 2007); Biarn, Hagen, Iversen e Magnussen (2003); Burgess e Wilson (1995); Byrnes e Valdmanis (1994); Chang e Cheng (2004); Chang (1998); Chen, Hwang e Shao (2005); Chern e Wan (2000); Chirikos e Sear (2000); Ersoy et al. (1997); Gerdtham, Rehnberg e Tambour (1999); Kirigia, Emrouznejad, e Samboo (2002); Ouellette e Vierstraete (2004); Puig-Junuy (2000); Nunamaker (1985); Sahin e Ozcan (2000); Sola e Prior (2000); Valdmanis, Kumanarayake e Lertiendumrong (2004).

---





## PARTE III - ESTUDO EMPIRICO



## 8. OPÇÕES METODOLÓGICAS

O conceito de eficiência utilizado, refere-se à eficiência técnica relativa, proposta por Farrel (1957) e Farrel & Fieldhouse (1962). A eficiência técnica relativa traduz-se pela razão de eficiência entre dois ou mais procedimentos em avaliação. Por norma, associa uma comparação entre uma unidade em análise com a que apresenta os melhores resultados (Khoshroo, Mulwa, Emrounejad, & Arabi, 2013). A eficiência relativa para uma unidade é dada pela seguinte expressão:

$$\text{Eficiência técnica relativa} = \frac{\text{Soma dos pesos dos produtos (outputs)}}{\text{Soma dos pesos dos recursos (inputs)}}$$

Introduzindo a notação usual, a expressão pode ser escrita assim:

$$\text{Eficiência da unidade "j"} = \frac{u_1 y_{1j} + u_2 y_{2j} + \dots}{v_1 x_{1j} + v_2 x_{2j} + \dots}$$

Sendo:  $u_1$  - peso atribuído ao output "i"

$y_{1j}$  - quantidade de output produzida pela unidade "j";

$v_1$  - peso atribuído ao input 1

$x_{1j}$  - a quantidade do input disponível utilizada por j;

No contexto dos serviços hospitalares, a eficiência técnica relativa pode ser vista como a relação física existente entre os recursos utilizados no hospital (humanos, financeiros e materiais) e os *outputs* de saúde, definidos neste caso em termos intermédios (dados constituídos por números resultantes da atividade – número de doentes saídos, número de episódios de urgência, número de sessões de hospital de dia, número de consultas) (Pereira, 2004).

Foi definido como objetivo geral deste estudo:

- Verificar de que forma as reformas operadas na gestão dos hospitais contribuíram para um aumento do desempenho das unidades empresariais, relativamente às do Setor Público Administrativo.

Foram igualmente definidos os seguintes objetivos específicos:

- Avaliar os efeitos da empresarialização e da criação de centros hospitalares em termos de eficiência;
- Verificar quais as medidas resultantes da empresarialização que estiveram na base do diferencial de eficiência entre as unidades;

- Avaliar os efeitos do programa de ajustamento financeiro (BCE/FMI/CE) para os anos 2012 e 2013 na eficiência da gestão dos hospitais, comparativamente aos anos anteriores em estudo.

### 8.1. Tipo de estudo

Para atingir os objetivos referidos é fundamental indicar as estratégias a utilizar, de forma a orientar a pesquisa e encarar a metodologia como o “conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica” (Fortin, 2000, p. 372).

Este estudo de avaliação começa pela revisão da literatura, com uma análise documental na qual se destacam bases de dados, relatórios e outras publicações (movimento assistencial dos hospitais) do Ministério da Saúde, da DGS e do IGIF (atual ACSS)<sup>146</sup>, através da aplicação de uma ferramenta para apurar a eficiência dos hospitais. Por fim, é efetuada uma nova análise documental e são realizadas entrevistas (sujeitas a uma análise de conteúdo) com o objetivo de aferir alguns dados e considerações que estarão na base do diferencial de eficiência, não possíveis de incluir na aplicação do modelo matemático.

Para Sampieri, Collado e Lúcio (2006), a revisão da literatura pretende reforçar a pertinência e a conveniência do tema, bem como a relevância social e as implicações práticas, dando também a conhecer o que existe acerca desta temática. Todo o trabalho que tem vindo a ser desenvolvido com o tema em questão, valoriza assim o valor teórico da pesquisa, que reforça o estado da arte como uma forma de usar a informação obtida para comentar, desenvolver ou apoiar uma hipótese. De acordo com os mesmos autores, a segunda componente da estratégia de investigação pretende identificar os instrumentos de recolha/tratamento de dados que serão utilizados na implementação do estudo, bem como justificar o recurso aos mesmos. Desta forma, a metodologia indicada para esta investigação atenta numa primeira fase num método quantitativo e numa fase seguinte numa abordagem qualitativa.

Para Fortin (2000), o método quantitativo consiste num “processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, baseado na observação de factos objetivos, de

---

<sup>146</sup> Também se verificam dados fundamentais para o estudo através das publicações das próprias instituições hospitalares, como os relatórios de gestão de contas das E.P.E..

acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador” (p.21). Também outros autores definiram o método quantitativo como um “Enfoque quantitativo: usa colecta de dados para testar hipóteses com base na medição numérica e na análise estatística” (Sampieri, Collado, & Lucio, 2006, p. 5). Para este estudo, optou-se pelo recurso à técnica não Paramétrica da *Data Envelopment Analysis* (DEA).

A DEA é uma abordagem não paramétrica que utiliza a programação matemática para definir a fronteira de eficiência. Nesta abordagem, a eficiência pode ser medida como o rácio da soma ponderada de *outputs* em relação à soma ponderada de *inputs* (Hollingsworth, Dawson & Maniadakis, 1999). A seleção desta ferramenta, como referido no capítulo 7, teve em conta a sua aplicação em estudos nacionais e internacionais relacionados com a temática, o facto de permitir a aplicação a um conjunto de múltiplos *outputs* ou *inputs*, a possibilidade de obter um termo de comparação direto entre unidades e o facto de poder contemplar *outputs* e *inputs* com diferentes unidades de medida.

Contudo, a crítica à aplicação da DEA na avaliação da eficiência surge pela dificuldade desta metodologia distinguir os fatores que podem a podem influenciar. Esta desvantagem tem sido ultrapassada pelo recurso a uma segunda fase nestes estudos (bietápicos) (Rego, 2011). Assim, tendo presente a existência de fatores que podem influenciar os resultados, recorreu-se à realização de entrevistas aos principais intervenientes na gestão das unidades de saúde que obtiveram maiores e menores *scores*, em complemento da análise dos relatórios de gestão das mesmas unidades. Para esta componente qualitativa foi aplicada a técnica da análise de conteúdo.

Desta forma, para a obtenção dos resultados deste estudo, procedeu-se a duas etapas distintas:

- Em primeiro lugar, através da DEA, pretendeu-se avaliar o desempenho dos hospitais públicos portugueses (por estatuto jurídico/modelo organizacional), identificando o nível de eficiência no período de 2002 a 2013.
- Numa segunda parte, após avaliar os *scores* de eficiência para as unidades hospitalares, optou-se por complementar a análise de desempenho, tendo sido consideradas algumas variáveis que podem condicionar o processo produtivo e assim alguns fatores que podem influenciar os níveis de eficiência apurados. Para isso, recorreu-se em cada grupo de hospitais (hospitais de forma singular e centros hospitalares),

preferencialmente das unidades que obtiveram maiores ou menores índices de eficiência, a um apuramento das suas características que pudessem ter influência no processo produtivo<sup>147</sup> (através da análise documental e de entrevistas - recurso à análise de conteúdo), no que diz respeito especificamente:

- Aos efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Aos efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização (entre os quais se consideram pela literatura: a forma de custeio aplicada, às dívidas a fornecedores e ainda a fenómenos, quando existentes, de super/subprestação de cuidados<sup>148</sup>);
- Aos efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade nos centros hospitalares criados;
- Às implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

## 8.2. Orientação do estudo DEA

Como observado no capítulo 7, a metodologia DEA como resultado do seu desenvolvimento, pode apresentar vários modelos e em cada um deles serem considerados diferentes conceções. Desta forma, em relação à orientação dos estudos é possível considerar uma orientação para o *input* ou *output* no caso dos modelos radiais (ex. modelo CCR/BCC) e ainda não orientada para os modelos não-radiais (SBM). Quanto à variação dos rendimentos, estes podem ser constantes à escala (CRS) ou variáveis à escala (VRS).

Para a realização deste estudo, foram excluídos os modelos com rendimentos constantes (modelo CCR/CRS), dado que ao efetuar a restrição de rendimentos variáveis, a unidade de produção é apenas comparável com outras unidades de dimensão similar e para o estudo em questão existem unidades hospitalares, embora com os mesmos *inputs* e *outputs*, que apresentam dimensões diferentes. Ao não fazer esta restrição, a unidade de produção poderia ser considerada ineficiente, apenas pelo facto de estar a ser comparada com uma outra unidade

---

<sup>147</sup> Verificados na revisão da literatura efetuada.

<sup>148</sup> Que objetivam a obtenção de maiores *scores* de eficiência, como por exemplo os fenómenos de *creaming*, *skimping* ou *dumping*.

de dimensão significativamente maior ou menor (Charnes, et al., 1978)<sup>149</sup>. Desta forma optou-se pela adoção de um modelo com rendimentos variável à escala (VRS).

Quanto à orientação do estudo, optou-se pelo modelo SBM não orientado. Atente-se que o termo "não orientado" deste modelo não significa que não tenha qualquer orientação, pelo contrário, o modelo é duplamente orientado, ou seja, consagra simultaneamente uma orientação *input* e *output* (Cooper et al., 2007). A seleção deste modelo foi motivada pelo tipo de DMUs em avaliação. Por um lado, poder-se-ia justificar a opção pela perspectiva de minimização dos *inputs* (orientação *input*), pois os hospitais têm a procura dos utentes por cuidados de saúde como um facto adquirido, tendo assim a capacidade de melhor gerir os *inputs* de forma a satisfazer essa procura. Por outro lado, a existência de contratos-programa limita a atividade dos hospitais a um conjunto de movimento assistencial previamente acordado.

O modelo DEA é criticado pela pouca discriminação entre as unidades, dado que estabelece um valor igual a 1 a várias unidades hospitalares quando são eficientes. De forma a ultrapassar esta barreira e comparar as unidades, recorre-se em cada ano ao apuramento da eficiência (DEA/SBM/VRS) e da supereficiência (DEA/SBM/VRS).

O ponto principal deste estudo centra-se na quantificação da eficiência relativa dos hospitais em análise, com base numa contínua e progressiva procura pela adequada utilização dos recursos. Na saúde, este facto verifica-se desde o ano 2002, com a empresarialização dos hospitais que continuou até 2013, envolvendo concentrações/fusões de instituições hospitalares.

Através da aplicação da DEA pretende-se:

- Estabelecer uma comparação entre hospitais públicos portugueses, baseada nos *scores* de eficiências para cada ano;
- Identificar os hospitais mais eficientes de forma individual;
- Avaliar a evolução de cada unidade hospitalar em termos de eficiência no período de tempo considerado;
- Avaliar o impacto nos rácios de eficiência dos hospitais nos anos correspondentes ao cumprimento do memorando de entendimento assinado entre o Governo de Portugal e

---

<sup>149</sup> O modelo BCC possibilita o cálculo entre unidades de diferentes dimensões.

a "troika" (Banco Central Europeu (BCE), Fundo Monetário Internacional (FMI) e Comissão Europeia);

- Determinar os *scores* de eficiência necessários ao apuramento dos índices de produtividade para o grupo dos centros hospitalares;
- Determinar os *scores* de eficiência necessários ao apuramento dos índices de produtividade para os hospitais de forma singular (não sujeitos a processos de fusão).

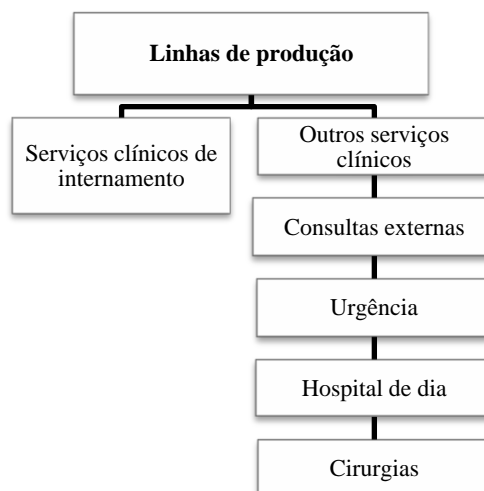
#### 8.2.1. Definição das variáveis de *inputs* e *outputs*

Em termos teóricos, por *inputs* entendem-se os recursos (fatores de produção) consumidos/gastos por uma unidade produtiva (DMU) para obtenção de um determinado conjunto de bens/serviços, resultantes da atividade/processo produtivo (*outputs*) (Rego, 2011).

A avaliação da eficiência hospitalar com a metodologia DEA, assume neste estudo, como *inputs* os custos totais (diretos e indiretos) realizados em cada unidade hospitalar. Os *outputs* representam as variáveis que melhor refletem a prestação de cuidados nos hospitais. O tipo de informação resultante (rácio de eficiência) poderá servir de base para ajudar a gestão das unidades a avaliar as medidas funcionais e as estratégias internas, a fim de melhorar a eficiência nas unidades.

Uma forma para medir a produtividade e conseqüentemente a eficiência hospitalar, passará por usar as variáveis que melhor descrevam e quantifiquem estas linhas de produção, relativamente aos recursos usados e aos resultados que delas se podem obter. Para avaliar a eficiência, tendo em conta a disponibilidade de dados e a realidade das instituições hospitalares, atendeu-se a duas grandes linhas de produção: o internamento e outros serviços clínicos. Desta forma, optou-se por se considerar como categorias de *output* os serviços de: internamento, consulta externa, urgência, hospital de dia e a atividade cirúrgica em bloco operatório.



Figura 8.1 - Categorias de *output* definidas para o estudo

Fonte: Elaboração própria

O internamento traduz a principal atividade de uma unidade hospitalar, que a diferencia de outras instituições prestadoras de cuidados de saúde. Para este estudo, contabilizaram-se nesta linha de produção os episódios em função do número de doentes saídos. Em relação ao regime de ambulatório, refira-se que no caso das consultas externas, a unidade de medida utilizada foi o número total de consultas. Não é possível desassociar o total de consultas entre médicas e não-médicas, nem fazer qualquer ajustamento pela complexidade de tratamentos. Ao nível das cirurgias foi considerado o número total de intervenções. No caso das urgências foi contabilizado o total de episódios e para a linha de atividade hospital de dia foi ponderado o número total de sessões. O quadro seguinte apresenta, de uma forma mais detalhadas, algumas definições/particularidades consideradas em cada uma destas relações estabelecidas.

Quadro 8.1 - Explicitação das variáveis do estudo

Variáveis	Caraterização
Número de doentes saídos do internamento	<p>Este <i>output</i> expressa o total anual de doentes que deixaram de estar internados num determinado serviço (especialidades médicas, cirurgia, obstetrícia/ginecologia, pediatria, unidades de cuidados intensivos, internamento em Serviço de Observação (SO), berçário), devido a situação de alta, óbito ou transferência<sup>150</sup> (DGS, 2001).</p> <p>Esta variável, apesar de caracterizada num âmbito geral (não decompõe os custos por especialidades), representa uma parte significativa da produção hospitalar que consome uma quantidade significativa de recursos.</p>
Número total de consultas externas realizadas	<p>Este <i>output</i> diz respeito ao número de atos prestados por um médico a um indivíduo. Atividades realizadas em regime de ambulatório, que englobam ações de observação clínica, diagnóstico, prescrição terapêutica, aconselhamento ou verificação da evolução do seu estado de saúde (DGS, 2001; INE, 2015).</p> <p>Para uma melhor contemplação dos custos realizados com esta atividade no total de custos da unidade, foram incluídas para além das consultas médicas, as consultas não</p>

<sup>150</sup> Entenda-se transferência como a saída de doentes de uma unidade de saúde para outra (DGS, 2001).

	médicas.
Número total de episódios de urgência	Este <i>output</i> representa o número total de atos de assistência prestados em hospitais, a utentes com alteração súbita ou com agravamento do seu estado de saúde (DGS, 2001; INE, 2015). Esta variável é bastante sensível pela imprevisibilidade do número de atendimentos (afluência) e da gravidade das situações <sup>151</sup> .
Número total de cirurgias	Este <i>output</i> representa o número total de atos operatórios com o mesmo objetivo terapêutico e/ou diagnóstico, realizado(s) por cirurgião(ões) em sala operatória, na mesma sessão, sob anestesia geral, ou local, com ou sem presença de anestesista (DGS, 2001). Foram contabilizadas as intervenções cirúrgicas urgentes <sup>152</sup> e as programadas (convencionais <sup>153</sup> ou em ambulatório <sup>154</sup> ). Todos estes tipos de cirurgias envolvem uma participação importante no total da produção de uma unidade de saúde e têm forte influência nos custos totais das unidades, dado a sua envolvimento em termos de recursos materiais, físicos e humanos.
Número total de sessões de hospital de dia observadas	Este <i>output</i> pretende representar o número de atendimentos realizados a utentes, em regime de hospital de dia <sup>155</sup> , com vista à realização de tratamentos. Esta prestação de cuidados foi ganhando cada vez mais notoriedade na produtividade das unidades ao longo do período em estudo, englobando várias atividades (hemodiálise, quimioterapia, psicoterapia, reumatologia, administração de fármacos, entre outras). Desta forma, para uma melhor e mais completa contemplação dos custos totais, optou-se pelo número de sessões e não pelo número de doentes tratados em hospital de dia <sup>156</sup> .

Fonte: Elaboração própria

Esta definição de *inputs* e *outputs* pretende refletir a produção genérica de uma unidade hospitalar fundada em custos (representa os gastos totais) e a produção realizada (quantifica as principais linhas de produção que melhor caracterizam a atividade hospitalar).

O quadro seguinte resume os *inputs* e *outputs* a serem considerados para a realização deste estudo.

<sup>151</sup> Existem casos reais de atendimento urgente e outros que entendem este serviço como uma forma rápida de acesso aos serviços de saúde, o que representa um grave problema de organização (Nunes, 2003).

<sup>152</sup> "Cirurgia efetuada, sem data de realização previamente marcada, por imperativo da situação clínica" (DGS, 2001; INE, 2015).

<sup>153</sup> "Intervenção/cirurgia programada, realizada com a presença de anestesista, em que há internamento do doente, sendo exigidos procedimentos organizacionais específicos e meios técnicos especializados, nomeadamente equipamento de reanimação e vigilância pós-operatória em unidade de recobro" (DGS, 2001; INE, 2015).

<sup>154</sup> "Intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efetuada em regime de internamento, pode ser realizada com permanência do doente inferior a 24 horas" (DGS, 2001; INE, 2015).

<sup>155</sup> Definido como "o serviço de um estabelecimento de saúde onde os doentes recebem, de forma programada, cuidados de saúde, permanecendo sob vigilância, num período inferior a vinte e quatro horas" (artigo 3º Portaria n.º 567/2006, de 12 de junho).

<sup>156</sup> Repare-se que um mesmo utente pode repetir uma sessão várias vezes ao longo do ano, o que exige uma maior aplicação de recursos (humanos, financeiros e técnicos).

Quadro 8.2 - Inputs e Outputs definidos para o estudo

INPUTS	OUTPUTS
Custo total anual com a atividade hospitalar	N° de doentes saídos do internamento; N° de total de consultas externas; N° de total de urgências; N° total de sessões hospital de dia; N° total de intervenções cirúrgicas.

Fonte: Elaboração própria

### 8.2.2. Fontes de dados

A fonte de dados consistiu no Ministério da Saúde, através da Administração Central do Sistema de Saúde (antes IGIF<sup>157</sup>). Verificaram-se dados fundamentais para o estudo através das publicações das próprias instituições hospitalares, como os relatórios e contas. Contudo, para manter uma fonte constante nos dados, as informações correspondentes aos custos foram colhidas em publicações do IGIF e da ACSS (BDEA). Os elementos relativos ao movimento assistencial, em cada unidade, tiveram como fontes a DGS e o IGIF. De forma particular, os documentos consultados encontram-se referidos na bibliografia.

### 8.2.3. População/amostra

Constituem a população<sup>158</sup> alvo os hospitais públicos/centros hospitalares pertencentes ao SNS, não sujeitos a privatização, de 2002 a 2013. O número total destas unidades foi sofrendo alterações ao longo dos anos, fruto das políticas de saúde de concentração/fusão de unidades e integração de diferentes níveis de cuidados. Em 2013 existiam um total de 45 instituições de saúde públicas, 39 das quais com o regime jurídico de E.P.E. (7 são hospitais de forma singular, 21 Centros Hospitalares, 8 Unidades Locais de Saúde, 3 IPO's) e ainda 7 instituições de saúde pertencentes aos Setor Público Administrativo (quadro 8.3).

<sup>157</sup> O IGIF foi extinto pelo Decreto-Lei n.º 212/2006 de 27 de outubro, que aprovou a Lei Orgânica do Ministério da Saúde, tendo sido substituído pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, IP).

<sup>158</sup> População (ou universo): representa "o conjunto dos dados que expressam a característica em causa para todos os objetos sobre os quais a análise incide" (Guimarães & Cabral, 2010, p. 2).

Quadro 8.3 - População alvo para o estudo

ARS	Entidades Públicas Empresarias
Norte	Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.
Norte	Hospital Distrital Santa Maria Maior, E.P.E.
Norte	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.
Norte	Instituto Português de Oncologia do Porto, E.P.E.
Norte	Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.
Norte	Centro Hospitalar de São João, E.P.E.
Norte	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.
Norte	Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.
Norte	Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.
Norte	Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E.
Norte	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.
Norte	Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
Norte	Centro Hospitalar entre Douro e Vouga, E.P.E.
Norte	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.
Norte	Centro Hospitalar Póvoa Varzim/ Vila Conde, E.P.E.
Centro	Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.
Centro	Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.
Centro	Instituto Português de Oncologia de Coimbra, E.P.E.
Centro	Centro Hospitalar Leiria-Pombal, E.P.E.
Centro	Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.
Centro	Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.
Centro	Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E.P.E.
Centro	Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.
Centro	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E.
LVT	Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.
LVT	Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E.
LVT	Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
LVT	Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.
LVT	Hospital Garcia da Orta, E.P.E.
LVT	Centro Hospitalar Barreiro - Montijo, E.P.E.
LVT	Instituto Português de Oncologia de Lisboa, E.P.E.
LVT	Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.
LVT	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.
LVT	Hospital Fernando da Fonseca, E.P.E.
Alentejo	Unidade Local de Saúde Norte Alentejano, E.P.E.
Alentejo	Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E.
Alentejo	Hospital Espírito Santo, E.P.E.
Alentejo	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E.
Algarve	Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.

Fonte: Elaboração própria

No entanto, a amostra<sup>159</sup> não irá coincidir com a população, pois excluíram-se os hospitais diferenciados para assegurar a homogeneidade, as unidades com dados não publicados (condicionaria o estudo pela falta de informação estatística completa sobre todos os hospitais, o que poderia originar a exclusão de variáveis potencialmente representativas dos *inputs* e *outputs*) e as Unidades Locais de Saúde (dado que não há separação efetiva dos custos

<sup>159</sup> "Corresponde a um subconjunto de dados que pertencem à população" (Guimarães & Cabral, 2010, p. 2)

realizados com os cuidados hospitalares e os diferenciados, nem do movimento assistencial em atividades concomitantes aos dois tipos de prestação) (por ex. consultas).

Tendo em conta os processos de fusão ocorridos e as unidades extintas, o número de hospitais por ano, desde 2002 a 2013, foi sofrendo alterações. Desta forma, o número de unidades para amostragem diverge de ano para ano<sup>160</sup>. Nos pontos seguintes, serão apresentados quadros que figuram o número total de unidades incluídas na amostra por anos (n.º de observações), com a respetiva análise estatística<sup>161</sup> da amostra para cada uma das variáveis usadas<sup>162</sup>, distinguindo os regimes jurídicos (Hospitais SPA e Hospitais Empresa - S.A./E.P.E.).

➤ Amostragem definida para o ano 2002

Quadro 8.4 - Caracterização da amostragem global para o ano 2002

Global <sup>163</sup>	Custo total	Nº DSI	NºSHD	NºEP.URG	NºT.CONTS	NºT.CIRG
Nº observações	49	49	0	49	49	49
Valor Máximo	259.085.000,0	47.273,0	48.530,0	219.713,0	414.475,0	33.132,0
90º Percentil	119.725.047,8	22.619,8	22.874,6	164.677,0	199.275,4	13.087,0
Mediana	47.639.750,6	11.283,0	6.736,0	91.121,0	94.565,0	4.918,0
Média	62.597.719,1	13.204,2	9.752,5	99.367,9	109.245,7	6.834,2
10º Percentil	10.663.406,0	2.786,4	359,2	43.954,4	20.775,0	1.399,2
Valor Mínimo	5.847.647,6	1.415,0	121,0	6.809,0	5.259,0	607,0
Coefficiente de dispersão	0,97	0,74	1,06	0,51	0,84	0,96

Fonte: Elaboração própria

Com base no quadro 8.4 tiram-se as seguintes conclusões para o ano 2002:

- Custo das unidades hospitalares

<sup>160</sup> Todavia, foi tida em conta uma recomendação de vários autores na aplicação da DEA quanto ao tamanho da amostra. De acordo com Nunamaker (1985) e Bowlin (1998), a amostra deve ser constituída por, no mínimo, três vezes mais DMUS que a soma total do número total de *inputs* e *outputs*. Portanto, para o estudo ser válido o mínimo de unidades a analisar em cada ano terá de ser superior a 18 unidades.

<sup>161</sup> Inclui os seguintes elementos estatísticos: nº de observações (o mesmo que amostra - nº de unidades envolvidas no estudo); valor máximo; 90º percentil; mediana; média aritmética; 10º percentil; valor mínimo; coeficiente de dispersão (St.Aunbyn & Venes, 2011).

<sup>162</sup> Nas variáveis assinaladas entenda-se: o "Nº DSI" como o número total de doentes saídos do internamento; o "NºSHD" como o número total de sessões realizadas em hospital de dia; o "NºEP.URG" como o número total de episódios de urgência; o "NºT.CONTS" como o número total de consultas externas (médicas e não médicas) e o "NºT.CIRG" como o número total de cirurgias realizado.

<sup>163</sup> O ano 2002 pode ser considerado como um ano atípico, dado que foi o primeiro ano da reforma, daí não se distinguir os hospitais por regime jurídico na amostragem.

- O valor médio dos custos foi de 62,6 milhões de euros. Existiam cinco hospitais (10% da amostra) cujo valor está acima de 119,7 milhões e outros 10% que apresentam menor expressão na despesa, com custos inferiores a 10,7 milhões.
- Em termos relativos a variabilidade foi de 97%.
- Número de doentes saídos do internamento
  - O valor médio de doentes saídos do internamento foi de 13204, havendo 10% dos hospitais com valores acima de 22619 doentes saídos e 10% com menos de 2787 altas.
  - Em termos relativos a variabilidade foi de 74%.
- Número de sessões em hospital de dia
  - O valor médio de sessões foi de 9753, existindo cinco hospitais que realizaram mais de 22875 sessões e outros cinco realizaram menos de 2786 tratamentos.
  - Em termos relativos a variabilidade foi de 106%.
- Número de episódios de urgência
  - O valor médio de episódios de urgência apurados foi de 99368, existindo 10% da amostra com um volume de atendimento superior a 164677 casos e 10% com um número de assistências inferior a 6809 utentes.
  - Em termos relativos a variabilidade foi de 51%.
- Número total de consultas
  - O valor médio de consultas realizadas foi de 109246, havendo 10% dos hospitais com valores acima de 199275 consultas e 10% com menos de 5259.
  - Em termos relativos a variabilidade foi de 84%.
- Número total de cirurgias
  - O valor médio de cirurgias realizadas foi de 6834, existindo cinco hospitais que realizaram mais de 13087 intervenções e outros cinco realizaram menos de 1400 operações.
  - Em termos relativos a variabilidade foi de 96%.

➤ Amostragem definida para o ano 2003

Quadro 8.5 - Caracterização da amostragem para o ano 2003

Global	Custo total	Nº DSI	NºSHD	NºEP.URG	NºT.CONCS	NºT.CIRG
Nº observações	49	49	49	49	49	49
Valor Máximo	281.094.816,2	47.125,0	57.535,0	249.420,0	444.505,0	32.444,0
90º Percentil	119.982.537,4	23.534,0	28.102,4	163.374,4	208.935,4	11.789,6
Mediana	53.976.837,0	11.721,0	7.517,0	94.240,0	88.460,0	5.421,0
Média	66.472.658,9	13.422,4	11.722,5	101.057,7	117.144,0	7.335,0
10º Percentil	10.527.246,5	2.979,4	277,8	45.234,6	22.967,4	1.469,6
Valor Mínimo	4.608.353,0	275,0	148,0	7.169,0	10.485,0	743,0
Coefficiente de dispersão	0,98	0,74	1,16	0,52	0,83	0,92
H. SPA	Custo total	Nº DSI	NºSHD	NºEP.URG	NºT.CONCS	NºT.CIRG
Nº observações	26	26	26	26	26	26
Valor Máximo	281.094.816,2	47.125,0	57.535,0	249.420,0	444.505,0	32.444,0
90º Percentil	221.098.680,7	31.085,5	37.955,0	174.371,5	338.854,0	22.380,5
Mediana	30.848.511,7	7.340,0	6.668,0	73.474,5	50.518,5	4.062,5
Média	72.316.642,4	12.328,2	12.494,3	95.022,3	117.348,7	7.643,2
10º Percentil	6.837.005,2	1.895,0	229,5	44.839,5	15.078,0	1.187,5
Valor Mínimo	4.608.353,0	275,0	148,0	36.555,0	10.485,0	743,0
Coefficiente de dispersão	1,20	1,03	1,31	0,62	1,10	1,17
H. Empresa	Custo total	Nº DSI	NºSHD	NºEP.URG	NºT.CONCS	NºT.CIRG
Nº observações	23	26	26	26	26	26
Valor Máximo	119.273.539,0	24.139,0	38.708,0	191.134,0	189.153,0	11.487,0
90º Percentil	89.228.347,0	20.799,6	23.205,2	154.829,0	165.486,8	11.032,2
Mediana	58.024.778,8	14.887,0	7.850,0	117.148,0	124.400,0	6.947,0
Média	59.866.416,7	14.659,3	10.850,0	107.880,3	116.438,3	6.986,7
10º Percentil	23.713.153,7	7.904,6	2.616,8	49.999,2	58.317,2	3.446,0
Valor Mínimo	17.712.599,6	6.568,0	1.854,0	7.169,0	48.289,0	3.140,0
Coefficiente de dispersão	1,44	0,86	1,50	0,54	1,11	1,28

Fonte: Elaboração própria

Com base no quadro 8.5 tiram-se as seguintes conclusões para o ano 2003:

- Custo das unidades hospitalares
  - O valor médio dos custos dos hospitais foi de 66,5 milhões de euros.
  - Nos hospitais SPA a média é de 72,3 milhões, existindo 10% da amostra cujo valor está acima de 221,1 milhões e outros 10% que apresentam menor expressão na despesa, com custos inferiores a 6,8 milhões de euros.
  - Nos hospitais empresa a média é de 59,9 milhões, existindo 10% da amostra cujo valor está acima de 89,2 milhões e outros 10% que apresentam menor expressão na despesa, com custos inferiores a 23,7 milhões de euros.

- Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais empresa (144%) do que nos hospitais SPA (120%).
- Número de doentes saídos do internamento
  - O valor médio de doentes saídos do internamento hospitalar foi de 13423
  - Nos hospitais SPA a média de doentes saídos do internamento é de 12328, havendo 10% dos hospitais com valores acima de 31086 doentes saídos e 10% com menos de 1895 altas.
  - Nos hospitais empresa a média de doentes saídos do internamento é de 14659 havendo 10% dos hospitais com valores acima de 20800 doentes saídos e 10% com menos de 7905 altas.
  - Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (103%) do que nos hospitais empresa (86%).
- Número de sessões em hospital de dia
  - O valor médio de sessões foi de 11723.
  - Nos hospitais SPA a média de sessões foi de 12494, existindo 10% destes que realizaram mais de 37955 sessões e outros 10% que realizaram menos de 230 tratamentos.
  - Nos hospitais empresa a média de sessões foi de 10850, existindo 10% destes que realizaram mais de 23205 sessões e outros 10% que realizaram menos de 2617 tratamentos.
  - Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais empresa (150%) do que nos hospitais SPA (131%).
- Número de episódios de urgência
  - O valor médio de episódios de urgência apurados foi de 101058.
  - Nos hospitais SPA a média de episódios de urgência apurados foi de 95022, existindo 10% da amostra com um volume de atendimento superior a 174372 casos e 10% com um número de assistências inferior a 36555 utentes.
  - Nos hospitais empresa a média de episódios de urgência apurados foi de 107880, existindo 10% da amostra com um volume de atendimento superior a 154829 casos e 10% com um número de assistências inferior a 7169 utentes.
  - Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (62%) do que nos hospitais empresa (54%).
- Número total de consultas



- O valor médio de consultas realizadas foi de 117144.
- Nos hospitais SPA a média de consultas realizadas foi de 117349, havendo 10% dos hospitais com valores acima de 338854 consultas e 10% com menos de 15078.
- Nos hospitais empresa a média de consultas realizadas foi de 116438, havendo 10% dos hospitais com valores acima de 165487 consultas e 10% com menos de 58317.
- Em termos relativos existe maior variabilidade (ainda que discreta) nos hospitais empresa (111%) do que nos hospitais SPA (110%).
- Número total de cirurgias
  - O valor médio de cirurgias realizadas foi de 7335.
  - Nos hospitais SPA a média de cirurgias realizadas foi de 7643, existindo 10% dos hospitais que realizaram mais de 22380 intervenções e outros 10% que realizaram menos de 1188 operações.
  - Nos hospitais empresa a média de cirurgias realizadas foi de 6987, existindo 10% dos hospitais que realizaram mais de 11032 intervenções e outros 10% que realizaram menos de 3446 operações.
  - Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais empresa (128%) do que nos hospitais SPA (117%).

➤ Amostragem definida para o ano 2004

Quadro 8.6 - Caracterização da amostragem para o ano 2004

Global	Custo total	Nº DSI	NºSHD	NºEP.URG	NºT.CONTS	NºT.CIRG
Nº observações	49	49	49	49	49	49
Valor Máximo	280.590.014,3	50.315,0	90.182,0	233.600,0	467.734,0	28.970,0
90º Percentil	126.958.005,9	23.774,8	28.941,6	164.800,4	220.199,8	12.800,4
Mediana	54.678.470,5	11.038,0	10.613,0	96.964,0	105.351,0	6.953,0
Média	67.428.418,1	13.355,2	14.487,6	98.864,8	126.588,9	7.730,3
10º Percentil	10.212.811,8	2.867,4	685,8	42.592,4	23.690,0	1.707,0
Valor Mínimo	5.091.192,0	957,0	71,0	7.691,0	11.000,0	828,0
Coefficiente de dispersão	0,95	0,76	1,16	0,53	0,84	0,83
H. SPA	Custo total	Nº DSI	NºSHD	NºEP.URG	NºT.CONTS	NºT.CIRG
Nº observações	26	26	26	26	26	26
Valor Máximo	280.590.014,3	50.315,0	90.182,0	233.600,0	467.734,0	28.970,0
90º Percentil	218.589.875,3	30.413,0	38.852,0	172.244,0	382.197,5	22.599,5
Mediana	33.893.639,2	7.044,5	6.798,0	66.994,5	56.363,0	4.248,0
Média	71.302.904,2	12.450,8	15.125,1	91.774,2	127.372,2	7.587,2
10º Percentil	8.174.197,5	2.214,5	364,5	42.138,5	15.605,5	1.195,5

Valor Mínimo	5.091.192,0	957,0	71,0	35.150,0	11.000,0	828,0
Coefficiente de dispersão	1,19	1,04	1,39	0,64	1,12	1,12
H. Empresa	Custo total	Nº DSI	NºSHD	NºEP.URG	NºT.CONTS	NºT.CIRG
Nº observações	23	26	26	26	26	26
Valor Máximo	124.114.151,1	24.259,0	44.578,0	185.131,0	198.713,0	12.552,0
90º Percentil	99.480.076,1	20.537,6	26.852,0	156.521,2	179.206,6	11.309,2
Mediana	60.609.986,0	14.537,0	11.330,0	113.550,0	125.962,0	7.923,0
Média	63.025.592,9	14.377,5	13.766,9	106.880,4	118.556,0	7.892,2
10º Percentil	28.881.834,6	7.785,6	2.435,8	51.116,6	61.485,4	3.783,8
Valor Mínimo	18.016.813,0	4.033,0	738,0	7.691,0	16.211,0	3.225,0
Coefficiente de dispersão	0,42	0,39	0,78	0,41	0,40	0,36

Fonte: Elaboração própria

Com base no quadro 8.6 tiram-se as seguintes conclusões para o ano 2004:

- Custo das unidades hospitalares
  - O valor médio dos custos dos hospitais foi de 67,4 milhões de euros.
  - Nos hospitais SPA a média é de 71,3 milhões, existindo 10% da amostra cujo valor está acima de 218,6 milhões e outros 10% que apresentam menor expressão na despesa, com custos inferiores a 8,2 milhões de euros.
  - Nos hospitais empresa a média é de 63 milhões, existindo 10% da amostra cujo valor está acima de 99,5 milhões e outros 10% que apresentam menor expressão na despesa, com custos inferiores a 28,9 milhões de euros.
  - Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (119%) do que nos hospitais empresa (42%).
- Número de doentes saídos do internamento
  - O valor médio de doentes saídos do internamento hospitalar foi de 13355.
  - Nos hospitais SPA a média de doentes saídos do internamento é de 12451, havendo 10% dos hospitais com valores acima de 30413 doentes saídos e 10% com menos de 2215 altas.
  - Nos hospitais empresa a média de doentes saídos do internamento é de 14378 havendo 10% dos hospitais com valores acima de 20538 doentes saídos e 10% com menos de 7786 altas.
  - Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (104%) do que nos hospitais empresa (39%).
- Número de sessões em hospital de dia
  - O valor médio de sessões foi de 14488.

- Nos hospitais SPA a média de sessões foi de 15125, existindo 10% destes que realizaram mais de 38852 sessões e outros 10% que realizaram menos de 365 tratamentos.
- Nos hospitais empresa a média de sessões foi de 13767, existindo 10% destes que realizaram mais de 26852 sessões e outros 10% que realizaram menos de 2436 tratamentos.
- Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (139%) do que nos hospitais empresa (78%).
- Número de episódios de urgência
  - O valor médio de episódios de urgência apurados foi de 98865.
  - Nos hospitais SPA a média de episódios de urgência apurados foi de 91774, existindo 10% da amostra com um volume de atendimento superior a 172244 casos e 10% com um número de assistências inferior a 42139 utentes.
  - Nos hospitais empresa a média de episódios de urgência apurados foi de 106880, existindo 10% da amostra com um volume de atendimento superior a 156521 casos e 10% com um número de assistências inferior a 51117 utentes.
  - Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (64%) do que nos hospitais empresa (41%).
- Número total de consultas
  - O valor médio de consultas realizadas foi de 126589.
  - Nos hospitais SPA a média de consultas realizadas foi de 127372, havendo 10% dos hospitais com valores acima de 382198 consultas e 10% com menos de 15606.
  - Nos hospitais empresa a média de consultas realizadas foi de 118556, havendo 10% dos hospitais com valores acima de 179207 consultas e 10% com menos de 61485.
  - Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (112%) do que nos hospitais empresa (40%).
- Número total de cirurgias
  - O valor médio de cirurgias realizadas foi de 7730.
  - Nos hospitais SPA a média de cirurgias realizadas foi de 7587, existindo 10% dos hospitais que realizaram mais de 22600 intervenções e outros 10% que realizaram menos de 1196 operações.

- Nos hospitais empresa a média de cirurgias realizadas foi de 7892, existindo 10% dos hospitais que realizaram mais de 11309 intervenções e outros 10% que realizaram menos de 3784 operações.
- Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (112%) do que nos hospitais empresa (36%).

➤ Amostragem definida para o ano 2005

Quadro 8.7 - Caracterização da amostragem para o ano 2005

Global	Custo total	Nº DSI	NºSHD	NºEP.URG	NºT.CONCS	NºT.CIRG
Nº observações	49	49	49	49	49	49
Valor Máximo	337.734.901,0	49.367,0	85.171,0	235.111,0	495.145,0	34.199,0
90º Percentil	159.842.054,6	24.546,8	34.204,0	168.968,4	285.389,0	15.943,0
Mediana	60.655.986,3	11.631,0	11.886,0	99.392,0	113.320,0	6.316,0
Média	78.593.854,7	14.048,6	16.230,8	101.100,2	134.747,0	7.725,8
10º Percentil	10.795.207,9	2.874,2	814,8	42.433,0	24.331,4	1.494,6
Valor Mínimo	6.003.918,0	1.685,0	79,0	7.267,0	10.826,0	624,0
Coefficiente de dispersão	0,98	0,74	1,08	0,52	0,86	0,90
H. SPA	Custo total	Nº DSI	NºSHD	NºEP.URG	NºT.CONCS	NºT.CIRG
Nº observações	26	26	26	26	26	26
Valor Máximo	337.734.901,0	49.367,0	85.171,0	235.111,0	495.145,0	34.199,0
90º Percentil	253.397.615,0	34.409,0	37.901,0	175.818,0	404.825,0	22.235,5
Mediana	35.173.064,9	6.895,5	9.319,5	68.968,0	56.009,0	4.023,5
Média	84.354.738,9	13.341,2	16.054,8	93.535,0	137.510,5	7.931,6
10º Percentil	8.056.374,5	2.005,0	345,0	42.197,5	15.604,0	940,0
Valor Mínimo	6.003.918,0	1.685,0	79,0	35.720,0	10.826,0	624,0
Coefficiente de dispersão	1,21	1,00	1,25	0,63	1,12	1,17
H. Empresa	Custo total	Nº DSI	NºSHD	NºEP.URG	NºT.CONCS	NºT.CIRG
Nº observações	23	23	23	23	23	23
Valor Máximo	147.356.944,0	24.610,0	63.244,0	189.391,0	218.996,0	12.196,0
90º Percentil	108.540.324,1	22.626,2	31.546,8	154.584,4	190.215,2	11.053,4
Mediana	70.173.495,5	14.973,0	12.813,0	118.621,0	135.706,0	7.469,0
Média	72.081.550,7	14.848,1	16.429,7	109.652,1	131.013,0	7.493,2
10º Percentil	30.555.922,4	7.980,4	3.631,6	53.093,0	71.864,8	4.043,2
Valor Mínimo	19.706.052,2	6.391,0	1.892,0	7.267,0	57.735,0	2.971,0
Coefficiente de dispersão	0,44	0,37	0,89	0,41	0,36	0,35

Fonte: Elaboração própria

Com base no quadro 8.7 tiram-se as seguintes conclusões para o ano 2005:

- Custo das unidades hospitalares

- O valor médio dos custos dos hospitais foi de 78,6 milhões de euros.
- Nos hospitais SPA a média é de 84,3 milhões, existindo 10% da amostra cujo valor está acima de 253,4 milhões e outros 10% que apresentam menor expressão na despesa, com custos inferiores a 8,06 milhões de euros.
- Nos hospitais empresa a média é de 72,1 milhões, existindo 10% da amostra cujo valor está acima de 108,5 milhões e outros 10% que apresentam menor expressão na despesa, com custos inferiores a 30,6 milhões de euros.
- Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (121%) do que nos hospitais empresa (44%).
- Número de doentes saídos do internamento
  - O valor médio de doentes saídos do internamento hospitalar foi de 14049.
  - Nos hospitais SPA a média de doentes saídos do internamento é de 13341, havendo 10% dos hospitais com valores acima de 34409 doentes saídos e 10% com menos de 2005 altas.
  - Nos hospitais empresa a média de doentes saídos do internamento é de 14848 havendo 10% dos hospitais com valores acima de 22626 doentes saídos e 10% com menos de 7981 altas.
  - Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (100%) do que nos hospitais empresa (37%).
- Número de sessões em hospital de dia
  - O valor médio de sessões foi de 16231.
  - Nos hospitais SPA a média de sessões foi de 16055, existindo 10% destes que realizaram mais de 37901 sessões e outros 10% que realizaram menos de 345 tratamentos.
  - Nos hospitais empresa a média de sessões foi de 16430, existindo 10% destes que realizaram mais de 31547 sessões e outros 10% que realizaram menos de 3632 tratamentos.
  - Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (125%) do que nos hospitais empresa (89%).
- Número de episódios de urgência
  - O valor médio de episódios de urgência apurados foi de 101100.

- Nos hospitais SPA a média de episódios de urgência apurados foi de 93535, existindo 10% da amostra com um volume de atendimento superior a 175818 casos e 10% com um número de assistências inferior a 42198 utentes.
- Nos hospitais empresa a média de episódios de urgência apurados foi de 109652, existindo 10% da amostra com um volume de atendimento superior a 154585 casos e 10% com um número de assistências inferior a 53093 utentes.
- Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (63%) do que nos hospitais empresa (41%).
- Número total de consultas
  - O valor médio de consultas realizadas foi de 134747.
  - Nos hospitais SPA a média de consultas realizadas foi de 137511, havendo 10% dos hospitais com valores acima de 404825 consultas e 10% com menos de 15604.
  - Nos hospitais empresa a média de consultas realizadas foi de 131013, havendo 10% dos hospitais com valores acima de 190215 consultas e 10% com menos de 71865.
  - Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (112%) do que nos hospitais empresa (36%).
- Número total de cirurgias
  - O valor médio de cirurgias realizadas foi de 7726.
  - Nos hospitais SPA a média de cirurgias realizadas foi de 7932, existindo 10% dos hospitais que realizaram mais de 22236 intervenções e outros 10% que realizaram menos de 940 operações.
  - Nos hospitais empresa a média de cirurgias realizadas foi de 7493, existindo 10% dos hospitais que realizaram mais de 11053 intervenções e outros 10% que realizaram menos de 4043 operações.
  - Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (117%) do que nos hospitais empresa (35%).

➤ Amostragem definida para o ano 2006

Quadro 8.8 - Caracterização da amostragem para o ano 2006

Global	Custo total	Nº DSI	NºSHD	NºEP.URG	NºT.CONTS	NºT.CIRG
Nº observações	48	48	48	48	48	48
Valor Máximo	317.680.227,2	47.701,0	62.250,0	238.076,0	520.029,0	35.483,0
90º Percentil	217.762.468,8	25.122,0	34.962,2	163.505,5	336.783,0	18.183,0
Mediana	62.629.040,6	11.910,0	12.658,0	93.955,5	114.754,5	7.069,5
Média	82.407.071,6	14.012,8	16.345,8	101.040,7	142.882,9	8.723,9
10º Percentil	11.080.079,1	2.414,9	575,0	41.731,9	22.927,3	1.511,7
Valor Mínimo	6.418.412,0	1.720,0	81,0	7.332,0	12.937,0	781,0
Coeficiente de dispersão	0,97	0,74	0,96	0,53	0,90	0,90
H. SPA	Custo total	Nº DSI	NºSHD	NºEP.URG	NºT.CONTS	NºT.CIRG
Nº observações	23	23	23	23	23	23
Valor Máximo	254.168.217,0	47.701,0	35.077,0	179.706,0	474.512,0	35.483,0
90º Percentil	195.502.902,5	24.481,8	27.581,2	150.739,6	315.813,2	17.416,4
Mediana	28.795.845,4	5.988,0	8.017,0	60.711,0	52.125,0	3.910,0
Média	66.472.564,2	10.450,6	10.926,0	78.439,7	107.702,6	7.016,4
10º Percentil	7.395.098,9	1.995,2	321,0	39.747,2	16.011,4	1.026,2
Valor Mínimo	6.418.412,0	1.720,0	81,0	35.740,0	12.937,0	781,0
Coeficiente de dispersão	1,21	1,08	1,08	0,56	1,22	1,29
H. Empresa	Custo total	Nº DSI	NºSHD	NºEP.URG	NºT.CONTS	NºT.CIRG
Nº observações	25	25	25	25	25	25
Valor Máximo	317.680.227,2	37.494,0	62.250,0	238.076,0	520.029,0	31.910,0
90º Percentil	205.782.927,5	27.058,0	50.233,4	181.826,8	318.555,2	18.157,8
Mediana	73.578.228,5	16.745,0	16.704,0	116.231,0	139.850,0	8.583,0
Média	97.066.818,5	17.290,0	21.332,0	121.833,6	174.687,9	10.294,8
10º Percentil	32.876.955,7	7.547,2	3.881,4	61.193,6	73.799,2	4.616,4
Valor Mínimo	22.266.855,9	6.105,0	2.159,0	7.332,0	58.686,0	2.931,0
Coeficiente de dispersão	0,81	0,49	0,81	0,44	0,69	0,61

Fonte: Elaboração própria

Com base no quadro 8.8 tiram-se as seguintes conclusões para o ano 2006:

- Custo das unidades hospitalares
  - O valor médio dos custos dos hospitais foi de 82,4 milhões de euros.
  - Nos hospitais SPA a média é de 66,5 milhões, existindo 10% da amostra cujo valor está acima de 195,5 milhões e outros 10% que apresentam menor expressão na despesa, com custos inferiores a 7,4 milhões de euros.

- Nos hospitais empresa a média é de 97,1 milhões, existindo 10% da amostra cujo valor está acima de 205,8 milhões e outros 10% que apresentam menor expressão na despesa, com custos inferiores a 32,9 milhões de euros.
- Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (121%) do que nos hospitais empresa (81%).
- Número de doentes saídos do internamento
  - O valor médio de doentes saídos do internamento hospitalar foi de 14013.
  - Nos hospitais SPA a média de doentes saídos do internamento é de 10451, havendo 10% dos hospitais com valores acima de 24482 doentes saídos e 10% com menos de 1995 altas.
  - Nos hospitais empresa a média de doentes saídos do internamento é de 17290 havendo 10% dos hospitais com valores acima de 27058 doentes saídos e 10% com menos de 7547 altas.
  - Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (108%) do que nos hospitais empresa (49%).
- Número de sessões em hospital de dia
  - O valor médio de sessões foi de 16346.
  - Nos hospitais SPA a média de sessões foi de 10926, existindo 10% destes que realizaram mais de 27581 sessões e outros 10% que realizaram menos de 321 tratamentos.
  - Nos hospitais empresa a média de sessões foi de 21332, existindo 10% destes que realizaram mais de 50233 sessões e outros 10% que realizaram menos de 3882 tratamentos.
  - Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (108%) do que nos hospitais empresa (81%).
- Número de episódios de urgência
  - O valor médio de episódios de urgência apurados foi de 101041.
  - Nos hospitais SPA a média de episódios de urgência apurados foi de 78440, existindo 10% da amostra com um volume de atendimento superior a 150740 casos e 10% com um número de assistências inferior a 39747 utentes.
  - Nos hospitais empresa a média de episódios de urgência apurados foi de 121834, existindo 10% da amostra com um volume de atendimento superior a 181827 casos e 10% com um número de assistências inferior a 61194 utentes.



- Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (56%) do que nos hospitais empresa (44%).
- Número total de consultas
  - O valor médio de consultas realizadas foi de 142883.
  - Nos hospitais SPA a média de consultas realizadas foi de 107703, havendo 10% dos hospitais com valores acima de 315813 consultas e 10% com menos de 16012.
  - Nos hospitais empresa a média de consultas realizadas foi de 174688, havendo 10% dos hospitais com valores acima de 318555 consultas e 10% com menos de 73799.
  - Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (122%) do que nos hospitais empresa (69%).
- Número total de cirurgias
  - O valor médio de cirurgias realizadas foi de 8724.
  - Nos hospitais SPA a média de cirurgias realizadas foi de 7016, existindo 10% dos hospitais que realizaram mais de 17417 intervenções e outros 10% que realizaram menos de 1026 operações.
  - Nos hospitais empresa a média de cirurgias realizadas foi de 10295, existindo 10% dos hospitais que realizaram mais de 18158 intervenções e outros 10% que realizaram menos de 4617 operações.
  - Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (129%) do que nos hospitais empresa (61%).

➤ Amostragem definida para o ano 2007

Quadro 8.9 - Caracterização da amostragem para o ano 2007

Global	Custo total	Nº DSI	NºSHD	NºEP.URG	NºT.CONCS	NºT.CIRG
Nº observações	42	42	42	42	42	42
Valor Máximo	378.931.971,3	48.266,0	64.538,0	255.973,0	567.954,0	40.261,0
90º Percentil	249.128.706,7	32.626,5	47.419,2	200.539,6	487.450,5	23.966,1
Mediana	75.385.237,1	15.014,5	17.977,0	129.305,5	152.549,0	8.341,5
Média	99.870.209,0	16.699,5	21.534,1	122.299,5	182.835,0	10.868,8
10º Percentil	11.342.100,4	1.957,7	808,8	45.670,0	22.009,7	1.580,3
Valor Mínimo	5.687.154,0	1.774,0	83,0	8.065,0	13.286,0	454,0
Coeficiente de dispersão	0,93	0,71	0,83	0,51	0,86	0,85
H. SPA	Custo total	Nº DSI	NºSHD	NºEP.URG	NºT.CONCS	NºT.CIRG
Nº observações	14	14	14	14	14	14
Valor Máximo	279.516.805,0	48.266,0	34.363,0	154.158,0	497.644,0	40.261,0

90º Percentil	117.785.705,8	17.655,0	32.305,7	122.959,3	167.877,9	8.465,3
Mediana	13.429.843,9	3.481,5	6.664,5	57.808,0	36.612,5	2.846,0
Média	51.859.613,6	9.075,6	10.902,1	71.739,5	87.423,9	6.011,1
10º Percentil	7.612.243,3	1.861,4	257,3	39.962,4	15.577,9	962,8
Valor Mínimo	5.687.154,0	1.774,0	83,0	34.366,0	13.286,0	454,0
Coefficiente de dispersão	1,46	1,38	1,16	0,51	1,47	1,69
<b>H. Empresa</b>	<b>Custo total</b>	<b>Nº DSI</b>	<b>NºSHD</b>	<b>NºEP.URG</b>	<b>NºT.CONNS</b>	<b>NºT.CIRG</b>
Nº observações	28	28	28	28	28	28
Valor Máximo	378.931.971,3	42.940,0	64.538,0	255.973,0	567.954,0	34.262,0
90º Percentil	266.720.392,0	34.100,0	54.741,9	227.899,7	532.951,0	25.035,1
Mediana	81.238.231,2	20.461,0	23.224,5	142.809,5	188.068,5	11.790,0
Média	123.875.506,7	20.511,4	26.850,1	147.579,4	230.302,3	13.297,7
10º Percentil	58.109.142,0	10.137,1	6.253,0	79.114,5	97.763,8	5.943,1
Valor Mínimo	24.925.189,0	4.752,0	2.625,0	8.065,0	60.265,0	2.758,0
Coefficiente de dispersão	0,74	0,47	0,67	0,39	0,65	0,59

Fonte: Elaboração própria

Com base no quadro 8.9 tiram-se as seguintes conclusões para o ano 2007:

- Custo das unidades hospitalares
  - O valor médio dos custos dos hospitais foi de 99,9 milhões de euros.
  - Nos hospitais SPA a média é de 51,9 milhões, existindo 10% da amostra cujo valor está acima de 117,8 milhões e outros 10% que apresentam menor expressão na despesa, com custos inferiores a 7,6 milhões de euros.
  - Nos hospitais empresa a média é de 123,9 milhões, existindo 10% da amostra cujo valor está acima de 266,7 milhões e outros 10% que apresentam menor expressão na despesa, com custos inferiores a 58,1 milhões de euros.
  - Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (146%) do que nos hospitais empresa (74%).
- Número de doentes saídos do internamento
  - O valor médio de doentes saídos do internamento hospitalar foi de 16700.
  - Nos hospitais SPA a média de doentes saídos do internamento é de 9076, havendo 10% dos hospitais com valores acima de 17655 doentes saídos e 10% com menos de 1862 altas.
  - Nos hospitais empresa a média de doentes saídos do internamento é de 20512 havendo 10% dos hospitais com valores acima de 34100 doentes saídos e 10% com menos de 10137 altas.

- Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (138%) do que nos hospitais empresa (47%).
- Número de sessões em hospital de dia
  - O valor médio de sessões foi de 21534.
  - Nos hospitais SPA a média de sessões foi de 10902, existindo 10% destes que realizaram mais de 32306 sessões e outros 10% que realizaram menos de 257 tratamentos.
  - Nos hospitais empresa a média de sessões foi de 26850, existindo 10% destes que realizaram mais de 54742 sessões e outros 10% que realizaram menos de 6253 tratamentos.
  - Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (116%) do que nos hospitais empresa (67%).
- Número de episódios de urgência
  - O valor médio de episódios de urgência apurados foi de 122300.
  - Nos hospitais SPA a média de episódios de urgência apurados foi de 71740, existindo 10% da amostra com um volume de atendimento superior a 122959 casos e 10% com um número de assistências inferior a 39963 utentes.
  - Nos hospitais empresa a média de episódios de urgência apurados foi de 147580, existindo 10% da amostra com um volume de atendimento superior a 227900 casos e 10% com um número de assistências inferior a 79115 utentes.
  - Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (51%) do que nos hospitais empresa (39%).
- Número total de consultas
  - O valor médio de consultas realizadas foi de 182835.
  - Nos hospitais SPA a média de consultas realizadas foi de 87424, havendo 10% dos hospitais com valores acima de 167878 consultas e 10% com menos de 15578.
  - Nos hospitais empresa a média de consultas realizadas foi de 230302, havendo 10% dos hospitais com valores acima de 532951 consultas e 10% com menos de 97764.
  - Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (147%) do que nos hospitais empresa (65%).
- Número total de cirurgias
  - O valor médio de cirurgias realizadas foi de 10869.

- Nos hospitais SPA a média de cirurgias realizadas foi de 6011, existindo 10% dos hospitais que realizaram mais de 8465 intervenções e outros 10% que realizaram menos de 963 operações.
- Nos hospitais empresa a média de cirurgias realizadas foi de 13298, existindo 10% dos hospitais que realizaram mais de 25035 intervenções e outros 10% que realizaram menos de 5943 operações.
- Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (169%) do que nos hospitais empresa (59%).

➤ Amostragem definida para o ano 2008

Quadro 8.10 - Caracterização da amostragem para o ano 2008

Global	Custo total	Nº DSI	NºSHD	NºEP.URG	NºT.CONCS	NºT.CIRG
Nº observações	39	39	39	39	39	39
Valor Máximo	374.037.793,1	48.591,0	95.089,0	260.363,0	757.774,0	40.611,0
90º Percentil	257.692.941,3	33.224,8	53.886,2	196.208,4	518.633,2	27.573,6
Mediana	78.340.014,8	14.597,0	18.360,0	136.210,0	167.270,0	11.707,0
Média	106.376.045,0	17.455,0	24.874,0	125.582,2	203.936,6	12.649,6
10º Percentil	12.290.555,8	1.862,6	453,4	44.758,0	26.652,2	1.637,0
Valor Mínimo	7.481.012,7	1.668,0	78,0	8.810,0	14.583,0	129,0
Coeficiente de dispersão	0,90	0,72	0,94	0,51	0,88	0,81
H. SPA	Custo total	Nº DSI	NºSHD	NºEP.URG	NºT.CONCS	NºT.CIRG
Nº observações	11	11	11	11	11	11
Valor Máximo	113.215.285,4	12.133,0	25.028,0	100.111,0	167.752,0	7.459,0
90º Percentil	48.807.932,5	11.418,0	14.712,0	91.032,0	76.298,0	5.190,0
Mediana	14.006.767,0	3.237,0	4.953,0	48.431,0	32.534,0	2.357,0
Média	29.642.457,0	5.101,5	6.423,0	60.550,1	51.170,2	3.098,0
10º Percentil	8.122.542,6	1.787,0	203,0	33.755,0	16.761,0	1.019,0
Valor Mínimo	7.481.012,7	1.668,0	78,0	30.657,0	14.583,0	129,0
Coeficiente de dispersão	1,08	0,81	1,22	0,40	0,88	0,74
H. Empresa	Custo total	Nº DSI	NºSHD	NºEP.URG	NºT.CONCS	NºT.CIRG
Nº observações	28	28	28	28	28	28
Valor Máximo	374.037.793,1	48.591,0	95.089,0	260.363,0	757.774,0	40.611,0
90º Percentil	283.370.432,0	40.550,0	60.500,1	216.852,4	546.974,0	30.042,7
Mediana	101.848.499,5	20.288,5	27.975,5	151.763,5	200.242,0	12.936,5
Média	136.521.383,1	22.308,2	32.122,6	151.130,6	263.908,1	16.402,0
10º Percentil	58.098.903,6	12.008,8	6.462,7	79.111,1	126.404,7	7.007,2
Valor Mínimo	24.790.967,2	4.951,0	3.286,0	8.810,0	68.481,0	3.551,0
Coeficiente de dispersão	0,70	0,51	0,73	0,37	0,67	0,59

Fonte: Elaboração própria

Com base no quadro 8.10 tiram-se as seguintes conclusões para o ano 2008:

- **Custo das unidades hospitalares**
  - O valor médio dos custos dos hospitais foi de 106,4 milhões de euros.
  - Nos hospitais SPA a média é de 29,6 milhões, existindo 10% da amostra cujo valor está acima de 48,8 milhões e outros 10% que apresentam menor expressão na despesa, com custos inferiores a 8,1 milhões de euros.
  - Nos hospitais empresa a média é de 136,5 milhões, existindo 10% da amostra cujo valor está acima de 283,4 milhões e outros 10% que apresentam menor expressão na despesa, com custos inferiores a 58,1 milhões de euros.
  - Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (108%) do que nos hospitais empresa (70%).
- **Número de doentes saídos do internamento**
  - O valor médio de doentes saídos do internamento hospitalar foi de 17455.
  - Nos hospitais SPA a média de doentes saídos do internamento é de 5102, havendo 10% dos hospitais com valores acima de 11418 doentes saídos e 10% com menos de 1787 altas.
  - Nos hospitais empresa a média de doentes saídos do internamento é de 22308 havendo 10% dos hospitais com valores acima de 40550 doentes saídos e 10% com menos de 12009 altas.
  - Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (81%) do que nos hospitais empresa (51%).
- **Número de sessões em hospital de dia**
  - O valor médio de sessões foi de 24874.
  - Nos hospitais SPA a média de sessões foi de 6423, existindo 10% destes que realizaram mais de 14712 sessões e outros 10% que realizaram menos de 203 tratamentos.
  - Nos hospitais empresa a média de sessões foi de 32123, existindo 10% destes que realizaram mais de 60500 sessões e outros 10% que realizaram menos de 6463 tratamentos.
  - Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (122%) do que nos hospitais empresa (73%).
- **Número de episódios de urgência**
  - O valor médio de episódios de urgência apurados foi de 125582.

- Nos hospitais SPA a média de episódios de urgência apurados foi de 60550, existindo 10% da amostra com um volume de atendimento superior a 91032 casos e 10% com um número de assistências inferior a 33755 utentes.
- Nos hospitais empresa a média de episódios de urgência apurados foi de 151131, existindo 10% da amostra com um volume de atendimento superior a 216853 casos e 10% com um número de assistências inferior a 79111 utentes.
- Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (40%) do que nos hospitais empresa (37%).
- Número total de consultas
  - O valor médio de consultas realizadas foi de 203937.
  - Nos hospitais SPA a média de consultas realizadas foi de 51170, havendo 10% dos hospitais com valores acima de 76298 consultas e 10% com menos de 16761.
  - Nos hospitais empresa a média de consultas realizadas foi de 263908, havendo 10% dos hospitais com valores acima de 546974 consultas e 10% com menos de 126405.
  - Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (88%) do que nos hospitais empresa (67%).
- Número total de cirurgias
  - O valor médio de cirurgias realizadas foi de 12650.
  - Nos hospitais SPA a média de cirurgias realizadas foi de 3098, existindo 10% dos hospitais que realizaram mais de 5190 intervenções e outros 10% que realizaram menos de 1019 operações.
  - Nos hospitais empresa a média de cirurgias realizadas foi de 16402, existindo 10% dos hospitais que realizaram mais de 30043 intervenções e outros 10% que realizaram menos de 7007 operações.
  - Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (74%) do que nos hospitais empresa (59%).

➤ Amostragem definida para o ano 2009

Quadro 8.11 - Caracterização da amostragem para o ano 2009

Global	Custo total	Nº DSI	NºSHD	NºEP.URG	NºT.CONNS	NºT.CIRG
Nº observações	35	35	35	35	35	35
Valor Máximo	417.140.512,5	50.128,0	118.472,0	286.430,0	787.716,0	42.988,0
90º Percentil	286.756.680,3	38.940,2	63.471,6	198.126,2	553.845,4	31.562,4
Mediana	89.303.845,7	16.791,0	22.401,0	145.452,0	182.707,0	12.803,0
Média	126.089.660,4	19.315,9	29.070,5	139.425,1	237.165,2	14.948,0
10º Percentil	19.348.204,0	3.861,6	2.068,0	55.411,4	49.666,8	3.795,2
Valor Mínimo	7.259.485,7	1.005,0	7,0	8.952,0	13.516,0	918,0
Coefficiente de dispersão	0,85	0,66	0,94	0,47	0,80	0,74
H. SPA	Custo total	Nº DSI	NºSHD	NºEP.URG	NºT.CONNS	NºT.CIRG
Nº observações	7	7	7	7	7	7
Valor Máximo	118.878.091,8	13.624,0	24.797,0	152.535,0	175.157,0	7.945,0
90º Percentil	76.160.913,1	10.981,0	15.583,4	120.582,0	123.055,4	6.359,2
Mediana	13.488.574,1	3.228,0	1.012,0	68.660,0	30.820,0	3.094,0
Média	35.836.952,9	5.578,9	5.881,4	72.305,0	61.875,1	3.759,9
10º Percentil	7.776.459,1	1.308,0	52,6	25.589,6	17.285,2	1.476,0
Valor Mínimo	7.259.485,7	1.005,0	7,0	14.945,0	13.516,0	918,0
Coefficiente de dispersão	1,14	0,89	1,54	0,65	0,93	0,66
H. Empresa	Custo total	Nº DSI	NºSHD	NºEP.URG	NºT.CONNS	NºT.CIRG
Nº observações	28	28	28	28	28	28
Valor Máximo	417.140.512,5	50.128,0	118.472,0	286.430,0	787.716,0	42.988,0
90º Percentil	312.084.471,3	40.935,5	67.342,4	214.541,8	570.680,7	31.957,3
Mediana	108.618.035,4	20.804,0	30.941,0	153.681,0	210.683,5	14.131,0
Média	148.652.837,3	22.750,1	34.867,8	156.205,1	281.237,1	17.745,0
10º Percentil	62.223.391,6	11.907,3	7.050,3	85.105,6	135.586,7	7.187,6
Valor Mínimo	28.137.648,9	4.812,0	3.652,0	8.952,0	77.937,0	4.847,0
Coefficiente de dispersão	0,72	0,52	0,78	0,38	0,66	0,60

Fonte: Elaboração própria

Com base no quadro 8.11 tiram-se as seguintes conclusões para o ano 2009:

- Custo das unidades hospitalares
  - O valor médio dos custos dos hospitais foi de 126,1 milhões de euros.
  - Nos hospitais SPA a média é de 35,8 milhões, existindo 10% da amostra cujo valor está acima de 76,2 milhões e outros 10% que apresentam menor expressão na despesa, com custos inferiores a 7,8 milhões de euros.

- Nos hospitais empresa a média é de 148,7 milhões, existindo 10% da amostra cujo valor está acima de 312,1 milhões e outros 10% que apresentam menor expressão na despesa, com custos inferiores a 62,2 milhões de euros.
- Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (114%) do que nos hospitais empresa (72%).
- Número de doentes saídos do internamento
  - O valor médio de doentes saídos do internamento hospitalar foi de 19316.
  - Nos hospitais SPA a média de doentes saídos do internamento é de 5579, havendo 10% dos hospitais com valores acima de 10981 doentes saídos e 10% com menos de 1308 altas.
  - Nos hospitais empresa a média de doentes saídos do internamento é de 22750 havendo 10% dos hospitais com valores acima de 40936 doentes saídos e 10% com menos de 11907 altas.
  - Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (89%) do que nos hospitais empresa (52%).
- Número de sessões em hospital de dia
  - O valor médio de sessões foi de 29071.
  - Nos hospitais SPA a média de sessões foi de 5882, existindo 10% destes que realizaram mais de 15583 sessões e outros 10% que realizaram menos de 53 tratamentos.
  - Nos hospitais empresa a média de sessões foi de 34868, existindo 10% destes que realizaram mais de 67343 sessões e outros 10% que realizaram menos de 7050 tratamentos.
  - Em termos relativos existe praticamente do dobro da variabilidade nos hospitais SPA (154%) relativamente aos hospitais empresa (78%).
- Número de episódios de urgência
  - O valor médio de episódios de urgência apurados foi de 139425.
  - Nos hospitais SPA a média de episódios de urgência apurados foi de 72305, existindo 10% da amostra com um volume de atendimento superior a 120582 casos e 10% com um número de assistências inferior a 25590 utentes.
  - Nos hospitais empresa a média de episódios de urgência apurados foi de 156205, existindo 10% da amostra com um volume de atendimento superior a 214542 casos e 10% com um número de assistências inferior a 85106 utentes.



- Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (65%) do que nos hospitais empresa (38%).
- Número total de consultas
  - O valor médio de consultas realizadas foi de 237165.
  - Nos hospitais SPA a média de consultas realizadas foi de 61875, havendo 10% dos hospitais com valores acima de 123056 consultas e 10% com menos de 17285.
  - Nos hospitais empresa a média de consultas realizadas foi de 281237, havendo 10% dos hospitais com valores acima de 570681 consultas e 10% com menos de 135587.
  - Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (93%) do que nos hospitais empresa (66%).
- Número total de cirurgias
  - O valor médio de cirurgias realizadas foi de 14948.
  - Nos hospitais SPA a média de cirurgias realizadas foi de 3760, existindo 10% dos hospitais que realizaram mais de 6359 intervenções e outros 10% que realizaram menos de 1476 operações.
  - Nos hospitais empresa a média de cirurgias realizadas foi de 17745, existindo 10% dos hospitais que realizaram mais de 31957 intervenções e outros 10% que realizaram menos de 7188 operações.
  - Em termos relativos existem variabilidades aproximadas nos hospitais SPA (66%) e nos hospitais empresa (60%).

➤ Amostragem definida para o ano 2010

Quadro 8.12 - Caracterização da amostragem para o ano 2010

Global	Custo total	Nº DSI	NºSHD	NºEP.URG	NºT.CONCS	NºT.CIRG
Nº observações	35	35	35	35	35	35
Valor Máximo	447.490.024,1	49.333,0	124.123,0	344.293,0	735.157,0	44.552,0
90º Percentil	286.434.810,1	36.616,6	68.310,4	194.121,0	555.942,8	32.374,4
Mediana	94.613.672,0	16.612,0	25.296,0	148.131,0	191.499,0	12.910,0
Média	127.433.148,1	18.809,7	30.903,5	140.260,2	243.619,7	14.635,7
10º Percentil	18.141.809,6	3.674,8	2.646,4	50.966,0	48.703,2	3.662,6
Valor Mínimo	6.350.146,0	117,0	17,0	8.927,0	11.724,0	220,0
Coeficiente de dispersão	0,86	0,66	0,91	0,49	0,77	0,74
H. SPA	Custo total	Nº DSI	NºSHD	NºEP.URG	NºT.CONCS	NºT.CIRG
Nº observações	6	6	6	6	6	6
Valor Máximo	50.334.787,0	9.144,0	9.467,0	166.715,0	96.108,0	5.149,0

90º Percentil	43.518.578,5	9.042,0	7.646,5	128.094,5	86.946,0	4.965,0
Mediana	10.298.273,0	2.186,5	588,5	52.552,0	26.295,0	2.410,0
Média	20.246.073,2	4.020,2	2.759,5	72.206,2	43.293,0	2.796,7
10º Percentil	6.921.368,0	832,0	43,5	35.972,0	16.638,0	1.015,0
Valor Mínimo	6.350.146,0	117,0	17,0	32.926,0	11.724,0	220,0
Coefficiente de dispersão	0,92	0,99	1,44	0,70	0,80	0,68
<b>H. Empresa</b>	<b>Custo total</b>	<b>Nº DSI</b>	<b>NºSHD</b>	<b>NºEP.URG</b>	<b>NºT.CON</b>	<b>NºT.CIRG</b>
Nº observações	29	29	29	29	29	29
Valor Máximo	447.490.024,1	49.333,0	124.123,0	344.293,0	735.157,0	44.552,0
90º Percentil	305.451.000,5	39.497,4	71.486,8	207.740,4	581.438,8	33.649,0
Mediana	107.551.878,6	20.414,0	31.791,0	149.514,0	210.092,0	13.725,0
Média	149.609.784,3	21.869,6	36.726,4	154.340,4	284.758,7	17.085,2
10º Percentil	61.753.578,5	11.889,8	7.991,2	80.632,6	143.609,6	6.970,0
Valor Mínimo	26.576.838,4	5.077,0	5.113,0	8.927,0	82.569,0	5.366,0
Coefficiente de dispersão	0,72	0,52	0,75	0,41	0,63	0,61

Fonte: Elaboração própria

Com base no quadro 8.12 tiram-se as seguintes conclusões para o ano 2010:

- Custo das unidades hospitalares
  - O valor médio dos custos dos hospitais foi de 127,4 milhões de euros.
  - Nos hospitais SPA a média é de 20,2 milhões, existindo 10% da amostra cujo valor está acima de 43,5 milhões e outros 10% que apresentam menor expressão na despesa, com custos inferiores a 6,9 milhões de euros.
  - Nos hospitais empresa a média é de 149,6 milhões, existindo 10% da amostra cujo valor está acima de 305,5 milhões e outros 10% que apresentam menor expressão na despesa, com custos inferiores a 61,9 milhões de euros.
  - Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (92%) do que nos hospitais empresa (72%).
- Número de doentes saídos do internamento
  - O valor médio de doentes saídos do internamento hospitalar foi de 18810.
  - Nos hospitais SPA a média de doentes saídos do internamento é de 4020, havendo 10% dos hospitais com valores acima de 9092 doentes saídos e 10% com menos de 832 altas.
  - Nos hospitais empresa a média de doentes saídos do internamento é de 21870 havendo 10% dos hospitais com valores acima de 39498 doentes saídos e 10% com menos de 11890 altas.

- Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (99%) do que nos hospitais empresa (52%).
- Número de sessões em hospital de dia
  - O valor médio de sessões foi de 30904.
  - Nos hospitais SPA a média de sessões foi de 2760, existindo 10% destes que realizaram mais de 7647 sessões e outros 10% que realizaram menos de 44 tratamentos.
  - Nos hospitais empresa a média de sessões foi de 36727, existindo 10% destes que realizaram mais de 71487 sessões e outros 10% que realizaram menos de 7991 tratamentos.
  - Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (144%) do que nos hospitais empresa (75%).
- Número de episódios de urgência
  - O valor médio de episódios de urgência apurados foi de 140260.
  - Nos hospitais SPA a média de episódios de urgência apurados foi de 72206, existindo 10% da amostra com um volume de atendimento superior a 128095 casos e 10% com um número de assistências inferior a 35972 utentes.
  - Nos hospitais empresa a média de episódios de urgência apurados foi de 154341, existindo 10% da amostra com um volume de atendimento superior a 207741 casos e 10% com um número de assistências inferior a 80633 utentes.
  - Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (70%) do que nos hospitais empresa (41%).
- Número total de consultas
  - O valor médio de consultas realizadas foi de 243620.
  - Nos hospitais SPA a média de consultas realizadas foi de 43293, havendo 10% dos hospitais com valores acima de 86946 consultas e 10% com menos de 16638.
  - Nos hospitais empresa a média de consultas realizadas foi de 284759, havendo 10% dos hospitais com valores acima de 581439 consultas e 10% com menos de 143610.
  - Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (80%) do que nos hospitais empresa (63%).
- Número total de cirurgias
  - O valor médio de cirurgias realizadas foi de 14636.

- Nos hospitais SPA a média de cirurgias realizadas foi de 2797, existindo 10% dos hospitais que realizaram mais de 4965 intervenções e outros 10% que realizaram menos de 1015 operações.
- Nos hospitais empresa a média de cirurgias realizadas foi de 17085, existindo 10% dos hospitais que realizaram mais de 33649 intervenções e outros 10% que realizaram menos de 6970 operações.
- Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais SPA (68%) do que nos hospitais empresa (61%).

➤ Amostragem definida para o ano 2011

Quadro 8.13 - Caracterização da amostragem global para o ano 2011

Global	Custo total	Nº DSI	NºSHD	NºEP.URG	NºT.CONNS	NºT.CIRG
Nº observações	30	30	30	30	30	30
Valor Máximo	460.719.982,7	80.644,0	126.950,0	359.067,0	2.136.258,0	45.570,0
90º Percentil	342.942.138,0	50.738,6	80.228,3	259.023,2	750.935,5	38.228,0
Mediana	101.400.303,5	19.732,0	30.168,5	153.330,5	221.373,5	13.275,0
Média	142.379.287,0	24.559,1	37.196,6	161.393,5	362.950,9	16.797,6
10º Percentil	51.953.712,7	9.109,5	8.764,5	81.379,8	97.077,4	5.845,4
Valor Mínimo	23.777.549,3	5.465,0	5.765,0	9.455,0	73.329,0	4.286,0
Coefficiente de dispersão	0,81	0,77	0,82	0,47	1,11	0,71
H. SPA	Custo total	Nº DSI	NºSHD	NºEP.URG	NºT.CONNS	NºT.CIRG
Nº observações	2	2	2	2	2	2
Valor Máximo	61.391.278,0	9.160,0	9.129,0	163.772,0	94.399,0	5.318,0
90º Percentil	59.416.500,4	9.109,5	9.092,8	156.207,7	92.292,0	5.214,8
Mediana	51.517.390,0	8.907,5	8.948,0	125.950,5	83.864,0	4.802,0
Média	51.517.390,0	8.907,5	8.948,0	125.950,5	83.864,0	4.802,0
10º Percentil	43.618.279,6	8.705,5	8.803,2	95.693,3	75.436,0	4.389,2
Valor Mínimo	41.643.502,0	8.655,0	8.767,0	88.129,0	73.329,0	4.286,0
Coefficiente de dispersão	0,27	0,04	0,03	0,42	0,18	0,15
H. Empresa	Custo total	Nº DSI	NºSHD	NºEP.URG	NºT.CONNS	NºT.CIRG
Nº observações	28	28	28	28	28	28
Valor Máximo	460.719.982,7	80.644,0	126.950,0	359.067,0	2.136.258,0	45.570,0
90º Percentil	344.120.849,3	53.251,8	83.764,9	269.771,6	769.704,5	38.910,0
Mediana	105.454.031,9	20.592,0	31.767,0	153.330,5	225.653,0	13.486,5
Média	148.869.422,5	25.677,0	39.214,4	163.925,1	382.960,0	17.654,5
10º Percentil	59.970.666,9	12.116,0	8.913,5	80.959,4	144.918,6	7.468,0
Valor Mínimo	23.777.549,3	5.465,0	5.765,0	9.455,0	74.294,0	5.234,0
Coefficiente de dispersão	0,78	0,74	0,78	0,47	1,07	0,67

Fonte: Elaboração própria

Com base no quadro 8.13 tiram-se as seguintes conclusões para o ano 2011:

- Custo das unidades hospitalares
  - O valor médio dos custos dos hospitais foi de 142,4 milhões de euros.
  - Nos hospitais SPA a média é de 51,5 milhões, existindo 10% da amostra cujo valor está acima de 59,4 milhões e outros 10% que apresentam menor expressão na despesa, com custos inferiores a 43,6 milhões de euros.
  - Nos hospitais empresa a média é de 148,9 milhões, existindo 10% da amostra cujo valor está acima de 344,1 milhões e outros 10% que apresentam menor expressão na despesa, com custos inferiores a 60 milhões de euros.
  - Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais empresa (78%) do que nos hospitais SPA (27%).
- Número de doentes saídos do internamento
  - O valor médio de doentes saídos do internamento hospitalar foi de 24559.
  - Nos hospitais SPA a média de doentes saídos do internamento é de 8908, havendo 10% dos hospitais com valores acima de 9110 doentes saídos e 10% com menos de 8706 altas.
  - Nos hospitais empresa a média de doentes saídos do internamento é de 25677 havendo 10% dos hospitais com valores acima de 53252 doentes saídos e 10% com menos de 12116 altas.
  - Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais empresa (74%) do que nos hospitais SPA (4%).
- Número de sessões em hospital de dia
  - O valor médio de sessões foi de 37197.
  - Nos hospitais SPA a média de sessões foi de 8948, existindo 10% destes que realizaram mais de 9093 sessões e outros 10% que realizaram menos de 8803 tratamentos.
  - Nos hospitais empresa a média de sessões foi de 39214, existindo 10% destes que realizaram mais de 83765 sessões e outros 10% que realizaram menos de 8914 tratamentos.
  - Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais empresa (78%) do que nos hospitais SPA (3%).
- Número de episódios de urgência

- O valor médio de episódios de urgência apurados foi de 161394.
- Nos hospitais SPA a média de episódios de urgência apurados foi de 125951, existindo 10% da amostra com um volume de atendimento superior a 156208 casos e 10% com um número de assistências inferior a 95693 utentes.
- Nos hospitais empresa a média de episódios de urgência apurados foi de 163925, existindo 10% da amostra com um volume de atendimento superior a 269772 casos e 10% com um número de assistências inferior a 80960 utentes.
- - Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais empresa (47%) do que nos hospitais SPA (42%).
- Número total de consultas
  - O valor médio de consultas realizadas foi de 362951.
  - Nos hospitais SPA a média de consultas realizadas foi de 83864, havendo 10% dos hospitais com valores acima de 92292 consultas e 10% com menos de 75436.
  - Nos hospitais empresa a média de consultas realizadas foi de 382960, havendo 10% dos hospitais com valores acima de 769705 consultas e 10% com menos de 144919.
  - Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais empresa (107%) do que nos hospitais SPA (18%).
- Número total de cirurgias
  - O valor médio de cirurgias realizadas foi de 16798.
  - Nos hospitais SPA a média de cirurgias realizadas foi de 4802, existindo 10% dos hospitais que realizaram mais de 5215 intervenções e outros 10% que realizaram menos de 4389 operações.
  - Nos hospitais empresa a média de cirurgias realizadas foi de 17655, existindo 10% dos hospitais que realizaram mais de 38910 intervenções e outros 10% que realizaram menos de 7468 operações.
  - Em termos relativos existe maior variabilidade nos hospitais empresa (67%) do que nos hospitais SPA (15%).

➤ Amostragem definida para o ano 2012

Quadro 8.14 - Caracterização da amostragem global para o ano 2012

Global	Custo total	Nº DSI	NºSHD	NºEP.URG	NºT.CONC	NºT.CIRG
Nº observações	28	28	28	28	28	28
Valor Máximo	447.409.435,0	65.962,0	125.580,0	289.172,0	873.611,0	42.882,0
90º Percentil	357.791.042,7	45.103,8	91.306,2	233.847,2	712.279,5	40.597,8
Mediana	85.099.285,4	20.015,0	30.689,5	149.544,0	218.740,5	12.936,0
Média	144.672.612,2	23.100,4	38.839,4	152.977,4	312.271,3	17.344,7
10º Percentil	55.000.952,0	12.303,7	7.835,1	72.686,2	128.624,9	7.273,0
Valor Mínimo	21.771.174,0	5.192,0	3.819,0	9.526,0	70.862,0	3.656,0
Coefficiente de dispersão	0,85	0,62	0,83	0,42	0,73	0,69
H. SPA	Custo total	Nº DSI	NºSHD	NºEP.URG	NºT.CONC	NºT.CIRG
Nº observações	1	1	1	1	1	1
Média	86.638.453,0	16.645,0	14.542,0	189.474,0	133.733,0	8.095,0
H. Empresa	Custo total	Nº DSI	NºSHD	NºEP.URG	NºT.CONC	NºT.CIRG
Nº observações	27	27	27	27	27	27
Valor Máximo	447.409.435,0	65.962,0	125.580,0	289.172,0	873.611,0	42.882,0
90º Percentil	368.630.202,2	45.349,4	92.549,6	242.926,0	713.313,0	40.725,4
Mediana	83.560.117,9	21.079,0	31.546,0	149.544,0	225.959,0	13.191,0
Média	146.822.025,5	23.339,5	39.739,3	157.091,0	319.024,9	17.687,3
10º Percentil	54.348.629,5	12.289,6	7.679,8	75.475,5	135.720,0	7.238,0
Valor Mínimo	21.771.174,0	5.192,0	3.819,0	69.680,0	70.862,0	3.656,0
Coefficiente de dispersão	0,85	0,62	0,82	0,38	0,72	0,68

Fonte: Elaboração própria

Com base no quadro 8.14 tiram-se as seguintes conclusões para o ano 2012:

- Custo das unidades hospitalares
  - O valor médio dos custos dos hospitais foi de 144,7 milhões de euros.
  - Nos hospitais SPA a média é de 86,6 milhões (apenas se regista uma unidade).
  - Nos hospitais empresa a média é de 146,8 milhões, existindo 10% da amostra cujo valor está acima de 368,6 milhões e outros 10% que apresentam menor expressão na despesa, com custos inferiores a 54,3 milhões de euros.
  - Em termos relativos a variabilidade dos hospitais empresa (85%).
- Número de doentes saídos do internamento
  - O valor médio de doentes saídos do internamento hospitalar foi de 23101.
  - Nos hospitais SPA a média de doentes saídos do internamento é de 16645.

- Nos hospitais empresa a média de doentes saídos do internamento é de 23340 havendo 10% dos hospitais com valores acima de 45350 doentes saídos e 10% com menos de 12290 altas.
- Em termos relativos a variabilidade dos hospitais empresa (62%).
- Número de sessões em hospital de dia
  - O valor médio de sessões foi de 38840.
  - Nos hospitais SPA a média de sessões foi de 14542.
  - Nos hospitais empresa a média de sessões foi de 39739, existindo 10% destes que realizaram mais de 92550 sessões e outros 10% que realizaram menos de 7680 tratamentos.
  - Em termos relativos a variabilidade dos hospitais empresa (82%).
- Número de episódios de urgência
  - O valor médio de episódios de urgência apurados foi de 152978.
  - Nos hospitais SPA a média de episódios de urgência apurados foi de 189474.
  - Nos hospitais empresa a média de episódios de urgência apurados foi de 157091, existindo 10% da amostra com um volume de atendimento superior a 242926 casos e 10% com um número de assistências inferior a 75476 utentes.
  - Em termos relativos a variabilidade dos hospitais empresa (38%).
- Número total de consultas
  - O valor médio de consultas realizadas foi de 312271.
  - Nos hospitais SPA a média de consultas realizadas foi de 133733.
  - Nos hospitais empresa a média de consultas realizadas foi de 319025, havendo 10% dos hospitais com valores acima de 713313 consultas e 10% com menos de 135720.
  - Em termos relativos a variabilidade dos hospitais empresa (72%).
- Número total de cirurgias
  - O valor médio de cirurgias realizadas foi de 17345.
  - Nos hospitais SPA a média de cirurgias realizadas foi de 8095.
  - Nos hospitais empresa a média de cirurgias realizadas foi de 17687, existindo 10% dos hospitais que realizaram mais de 40726 intervenções e outros 10% que realizaram menos de 7238 operações.
  - Em termos relativos a variabilidade dos hospitais empresa (68%).



➤ Amostragem definida para o ano 2013

Quadro 8.15 - Caracterização da amostragem global para o ano 2013

Global	Custo total	Nº DSI	NºSHD	NºEP.URG	NºT.CONCS	NºT.CIRG
Nº observações	19	19	19	19	19	19
Valor Máximo	423.450.626,0	52.306,0	127.368,0	283.748,0	814.852,0	44.090,0
90º Percentil	342.048.191,6	43.425,2	101.511,4	241.008,6	708.892,4	42.212,0
Mediana	111.774.411,2	21.289,0	32.938,0	156.807,0	250.525,0	13.240,0
Média	156.431.111,6	23.209,2	45.101,3	156.031,3	342.244,7	18.571,0
10º Percentil	51.311.764,5	10.522,2	11.306,8	71.611,2	123.231,0	5.767,0
Valor Mínimo	21.672.105,6	5.115,0	2.426,0	9.612,0	62.678,0	3.142,0
Coefficiente de dispersão	0,77	0,56	0,78	0,43	0,68	0,70
H. SPA	Custo total	Nº DSI	NºSHD	NºEP.URG	NºT.CONCS	NºT.CIRG
Nº observações	1	1	1	1	1	1
Média	84.585.181,0	15.510,0	12.642,0	188.216,0	133.196,0	8.135,0
H. Empresa	Custo total	Nº DSI	NºSHD	NºEP.URG	NºT.CONCS	NºT.CIRG
Nº observações	17	17	17	17	17	17
Valor Máximo	423.450.626,0	52.306,0	127.368,0	283.748,0	814.852,0	44.090,0
90º Percentil	351.672.273,2	43.572,8	102.673,6	244.950,2	712.810,6	42.334,5
Mediana	115.713.252,1	22.313,5	36.896,0	156.807,0	274.332,5	14.578,5
Média	160.422.552,2	23.636,9	46.904,6	162.750,9	353.858,6	19.150,8
10º Percentil	45.458.769,0	9.425,4	10.484,0	75.485,5	123.052,0	5.703,0
Valor Mínimo	21.672.105,6	5.115,0	2.426,0	71.340,0	62.678,0	3.142,0
Coefficiente de dispersão	0,77	0,58	0,77	0,37	0,68	0,70

Fonte: Elaboração própria

Com base no quadro 8.15 tiram-se as seguintes conclusões para o ano 2013:

- Custo das unidades hospitalares
  - O valor médio dos custos dos hospitais foi de 111,8 milhões de euros.
  - Nos hospitais SPA a média é de 84,6 milhões.
  - Nos hospitais empresa a média é de 160,4 milhões, existindo 10% da amostra cujo valor está acima de 351,7 milhões e outros 10% que apresentam menor expressão na despesa, com custos inferiores a 45,5 milhões de euros.
  - Em termos relativos a variabilidade dos hospitais empresa (77%).
- Número de doentes saídos do internamento
  - O valor médio de doentes saídos do internamento hospitalar foi de 21289.
  - Nos hospitais SPA a média de doentes saídos do internamento é de 15510.

- Nos hospitais empresa a média de doentes saídos do internamento é de 23637 havendo 10% dos hospitais com valores acima de 43573 doentes saídos e 10% com menos de 9426 altas.
- Em termos relativos a variabilidade dos hospitais empresa (58%).
- Número de sessões em hospital de dia
  - O valor médio de sessões foi de 32938.
  - Nos hospitais SPA a média de sessões foi de 12642.
  - Nos hospitais empresa a média de sessões foi de 46905, existindo 10% destes que realizaram mais de 102674 sessões e outros 10% que realizaram menos de 10484 tratamentos.
  - Em termos relativos a variabilidade dos hospitais empresa (77%).
- Número de episódios de urgência
  - O valor médio de episódios de urgência apurados foi de 156807.
  - Nos hospitais SPA a média de episódios de urgência apurados foi de 188216.
  - Nos hospitais empresa a média de episódios de urgência apurados foi de 162751, existindo 10% da amostra com um volume de atendimento superior a 244950 casos e 10% com um número de assistências inferior a 75486 utentes.
  - Em termos relativos a variabilidade dos hospitais empresa (37%).
- Número total de consultas
  - O valor médio de consultas realizadas foi de 250525.
  - Nos hospitais SPA a média de consultas realizadas foi de 133196.
  - Nos hospitais empresa a média de consultas realizadas foi de 353859, havendo 10% dos hospitais com valores acima de 712811 consultas e 10% com menos de 123052.
  - Em termos relativos a variabilidade dos hospitais empresa (68%).
- Número total de cirurgias
  - O valor médio de cirurgias realizadas foi de 13240.
  - Nos hospitais SPA a média de cirurgias realizadas foi de 8135.
  - Nos hospitais empresa a média de cirurgias realizadas foi de 19151, existindo 10% dos hospitais que realizaram mais de 42335 intervenções e outros 10% que realizaram menos de 5703 operações.
  - Em termos relativos a variabilidade dos hospitais empresa (70%).

Para descortinar o efeito da empresarialização em termos de eficiência, teve-se em conta os tempos cronológicos, os diplomas transformadores e de acordo com os dados disponíveis, o universo de unidades hospitalares existentes no final de 2013. Apresenta-se quadro a amostra seleccionada em cada ano (*vide* anexo V) e a evolução das unidades hospitalares (incluindo as fusões) (*vide* anexo VI) ao longo do período em estudo, com os referidos valores para as variáveis em estudo

### 8.3. Orientações da análise das entrevistas

As entrevistas realizadas pretendem complementar a análise feita em termos quantitativos do comportamento da eficiência das unidades hospitalares sujeitas à política de empresarialização; à política de concentração/fusão e de um modo global às implicações da aplicação do memorando de entendimento no subsector hospitalar.

Optou-se pela realização de entrevistas semi-estruturadas, dado que estas são utilizadas para “...transformar em dados a informação directamente comunicada por uma pessoa” (Tuckman, 2000, p. 307). Desta forma, tornam possível avaliar a informação que a pessoa inquirida detém e que é fruto da sua formação, experiência própria sentida e vivida (Foddy, 2002; Tuckman, 2000).

#### 8.3.1. Modelo de análise

As entrevistas realizadas serão realizadas através de uma análise de conteúdo, que se enquadra no âmbito dos estudos qualitativos.

Os estudos qualitativos permitem a utilização de métodos de colheita de dados que não se confinam apenas a associações de conceitos numéricos, mas permitem a aplicação da entrevista, a avaliação de experiências pessoais, a análise semântica e dos discursos quotidianos (Sampieri et al., 2006, p.11). Efetivamente, estes estudos exploram e descrevem uma determinada realidade, possibilitando assim entender o foco do fenómeno em estudo, no seu ambiente natural (Almeida & Freire, 2003).

Na investigação em ciências sociais o método qualitativo permite “...a primazia da experiência subjetiva como fonte de conhecimento...o interesse em se conhecer a forma como as pessoas experimentam e interpretam” (Almeida & Freire, 2003, p.101). Neste caso, acerca das transformações ocorridas na gestão dos hospitais, pretende-se avaliar a realidade vivida e sentida pelos gestores hospitalares no seu meio e de acordo com a sua percepção.

Em particular, de acordo com a literatura, a análise de conteúdo assume-se como um importante método para a análise dos dados recolhidos pelas entrevistas. Este é um método de análise que de acordo com Henry e Moscovici (1968) pode apresentar duas vertentes: procedimentos abertos ou procedimentos fechados. Para este estudo, optou-se pelos procedimentos fechados, dado que estes possibilitam uma pré-definição de categorias numa fase anterior à análise propriamente dita.

Apesar de alguns críticos considerarem a abordagem qualitativa como “...vaga, subjectiva, inválida e especulativa e sem dados sólidos para conclusões” (Sampieri, Collado & Lúcio, 2006, p. 12), deve-se ressaltar neste estudo a sua grande potencialidade em complemento da análise quantitativa pela aplicação da DEA. Deste modo, a pesquisa qualitativa dá mais profundidade aos dados, à riqueza interpretativa, à contextualização do ambiente, aos detalhes e às experiências únicas (Sampieri et al., 2006, p. 15).

Esta parte do estudo assume assim uma importância relevante, pois permite junto dos responsáveis pelas unidades hospitalares apurar as suas percepções perante os efeitos destas políticas aplicadas. Desta forma, será possível aliar estas observações em complementaridade dos resultados obtidos pela aplicação de metodologias quantitativas de avaliação dos resultados de eficiências ou cálculo de produtividades.

### 8.3.2. População/amostra

Tentou-se promover para a realização das entrevistas o maior número possível de gestores hospitalares distribuídos pelas diversas unidades, em diferentes zonas do país, nos vários anos do período em estudo.

Dada a inviabilidade de entrevistar todos os gestores/administradores hospitalares em funções às datas do estudo, selecionaram-se, de acordo com os resultados obtidos pela DEA, os gestores de 5 unidades consideradas eficientes e 5 consideradas ineficientes<sup>164</sup> para os períodos em que ocorreram as principais reformas em estudo de 2002/2004 (transformação de hospitais SPA em S.A.); 2005/2011 (Transição para o estatuto E.P.E. e disseminação da política de concentração de unidades) e de 2012/2013 (período pós implementação do memorando de entendimento). Repare-se que estes períodos correspondem às políticas de saúde providas pelos XV, XVII, XVIII e XIX Governos Constitucionais.

Foram selecionados 90 gestores/administradores hospitalares distribuídos por diferentes zonas do país. Na seleção da amostra tentou-se dentro do possível equilibrar o número de gestores/administradores. A distribuição da amostra por formação/cargo está descrita no quadro 8.16.

Quadro 8.16 - Amostra definida para a realização das entrevistas

Período	Amostra <sup>165</sup>	Amostragem pela formação		Amostragem por cargo	
		Gestores	Administradores <sup>166</sup>	Presidente	Vogal
2002-2004	30	15	15	10	20
2005-2011	30	16	14	10	20
2012-2013	30	23	7	10	20
Total	90	54	36	30	60
	100%	60%	40%	33,3%	66,7%

Fonte: Elaboração Própria

### 8.3.3. Objetivos da entrevista

Os objetivos da realização de entrevistas (como já referido no ponto 8.1) centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;

<sup>164</sup> Para a definição das amostras entendem-se por gestores de unidades aptas para as entrevistas os cargos de presidente e vogal executivo.

<sup>165</sup> Considerando 3 gestores por Conselho de Administração (Presidente e dois vogais executivos)

<sup>166</sup> Consideram-se administradores o conjunto de gestores com formação académica na área.

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização (entre os quais se consideram pela literatura: a forma de custeio aplicada, às dívidas a fornecedores e ainda a fenómenos, quando existentes, de super/subprestação de cuidados<sup>167</sup>);
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade nos centros hospitalares criados;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

#### 8.3.4. Meio e tempos

No sentido da delimitação do meio e dos tempos, no que respeita ao local para a colheita de dados, estes foram vários:

- Para os gestores dos períodos anteriores as entrevistas foram realizadas em meio neutro, uma vez que já não se encontram nas referidas unidades;
- Para os gestores em funções as entrevistas foram realizadas nas respetivas unidades hospitalares.

As entrevistas decorreram entre novembro de 2014 e abril de 2015. Foi efetuada a previsão do tempo para cada fase do desenvolvimento deste estudo, com o objetivo de cumprir com os tempos propostos no cronograma (*vide* anexo VII).

Cada resposta às questões da entrevista foi validada com o entrevistado no final da sessão.

#### 8.3.5. Categorização

A análise de conteúdo incorre num processo de codificação, entendido como a transformação das mensagens relevantes em unidades que permitem a realização de uma precisa e consistente análise (Bardin, 2006).

---

<sup>167</sup> Que objetivam a obtenção de maiores *scores* de eficiência, como por exemplo os fenómenos de *creaming*, *skimping* ou *dumping*.

As categorias definidas para a realização da análise de conteúdo foram previamente agregadas em três pontos-chave do tema da investigação:

1. Percepção sobre os diferentes modelos de gestão hospitalar pública
2. Percepção acerca da política de fusão/concentração de unidades
3. Percepção sobre os efeitos das medidas de austeridade aplicadas ao subsetor hospitalar

O quadro seguinte apresenta a definição de cada uma destas categorias e das subcategorias associadas de acordo com os objetivos propostos.

Quadro 8.17 - Definição prévia das categorias e subcategorias

Categoria	Definição	Subcategoria	Definição
1 - Percepção sobre os diferentes modelos de gestão hospitalar pública	<i>Reflexão dos gestores hospitalares sobre a evolução dos modelos de gestão hospitalar</i>	Modelo de gestão do Setor Público Empresarial	<i>Percepção do conceito/ vantagens e desvantagens deste modelo</i>
		Modelo de gestão empresarial (S.A./E.P.E.)	<i>Percepção do Conceito/ vantagens e desvantagens da aplicação das regras de gestão empresarial</i>
		Diferencial de eficiência entre os modelos	<i>Reflexão sobre os fatores que poderão estar na base do diferencial entre as unidades com diferentes modelos de gestão</i>
		Diferencial de eficiência entre unidades empresarializadas	<i>Reflexão sobre os problemas/ questões que poderão estar na base dos diferenciais de eficiência entre unidades com o mesmo modelo de gestão</i>
2 - Percepção acerca da política de fusão/concentração de unidades	<i>Entendimento dos gestores hospitalares em relação à evolução da produtividade obtida pela junção de unidades hospitalares com localização na mesma região num único centro hospitalar</i>	Política de criação de centros hospitalares - Principais vantagens	<i>Percepção sobre as vantagens da criação de centros hospitalares</i>
		Política de criação de centros hospitalares - Pontos críticos	<i>Reflexão sobre os problemas que poderão condicionar o aumento da produtividade com as fusões</i>
3 - Percepção sobre os efeitos das medidas de austeridade aplicadas ao subsetor hospitalar	<i>Reflexão dos gestores hospitalares sobre o programa financeira externo aplicado em</i>	Efeitos ao nível da eficiência das unidades (em termos financeiros)	<i>Percepção dos gestores sobre os resultados em termos financeiros</i>

---

	<i>Portugal no ano 2011</i>	Implicações das medidas de austeridade na prestação de cuidados	<i>Reflexão dos gestores sobre os efeitos do subfinanciamento observado para o utente</i>
--	-----------------------------	---	---

Fonte: Elaboração própria

Após a definição das categorias e subcategorias, foram levantadas as unidades de contexto e de registo. As primeiras correspondem a uma parte da resposta (texto), um fragmento ou segmento, que faz sentido por si só. As segundas, mais específicas, são isoladas a partir das unidades de contexto. Estas podem ser formais (uma palavra, um objeto), semânticas (quando se formam unidades de sentido), ou temáticas (quando se formam unidades de significado) (Amado, Santos, & Marques, 2000; Bardin, 2006).

Quando se inferem unidades de registo a partir das de contexto, está-se a codificar. Ou seja, a classificar da forma mais específica possível. Desta forma, é possível isolar a informação colhida atribuindo-lhe categorias de modo a poder analisá-la à luz dos objetivos pretendidos (Amado et al, 2000; Bardin, 2006; Guerra, 2006).

Nesta parte do estudo, a informação é tratada com recurso à análise de conteúdo, mediante uma matriz de categorização baseada nas perspetivas dos entrevistados. A colheita de informação junto dos administradores e gestores foi realizada, por meio das entrevistas semi-estruturadas, com recurso a um guião de entrevista.

Na construção do guião da entrevista, com base na obra de Tuckman (2000), teve-se em conta a prevenção da influência da questão sobre o sujeito que tende a manifestar sempre uma boa opinião. Para isso, optou-se por colocar questões mais diretas. E, nas questões mais indiretas tentou-se direcionar para a questão central, refinando os vários aspetos pretendidos. Caso contrário corria-se o risco das respostas serem mais fracas e/ou muito abertas. O guião definido apresenta-se no quadro 8.18.



Quadro 8.18 - Questões do guião da entrevista

Guião de Entrevista	
Categoria	Questões
Percepção sobre os diferentes modelos de gestão hospitalar pública	<p>1. Quais as principais vantagens/ desvantagens associadas ao modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?</p> <p>2. Indique as principais vantagens/ desvantagens associadas ao modelo de gestão empresarial das unidades hospitalares.</p> <p>3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais destas poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..</p> <p>4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:</p> <p>a) A existência de diferentes modelos de custeio;</p> <p>b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;</p> <p>c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;</p> <p>d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (<i>creaming</i>), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (<i>dumping</i>).</p> <p>e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (<i>skimping</i>).</p> <p>f) Outras opções.</p>
Percepção acerca da política de fusão/concentração de unidades	<p>5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.</p>
Percepção sobre os efeitos das medidas de austeridade aplicadas ao subsector hospitalar	<p>6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?</p>

Fonte: Elaboração própria

### 8.3.6. Aspectos ético - legais

“A preocupação com o conceito de ética (...) deve estar explícita em qualquer trabalho de investigação que envolva seres humanos, pois implica responsabilidade pessoal e profissional” de modo a “assegurar que o desenho do estudo seja sólido do ponto de vista ético e moral” (Cunha, Meireles, & Queiroz, 2007, p. 65).

A confidencialidade e o anonimato dos entrevistados foram mantidas ao longo de todo o processo. Foi sempre tida com a máxima consideração a preservação a identidade dos participantes na entrevista ao expressarem a sua opinião. Todas as informações que poderão identificar os inquiridos não estão acessíveis para terceiros. Apenas se apresentam os resultados

para os objetivos inicialmente indicados, codificados por cada entrevista realizada (*vide* anexo IX).

#### 8.4. Especificação do modelo

Para analisar a eficiência dos hospitais, foram calculadas fronteiras de eficiência com base no modelo definido no ponto 8.2, por forma a obter *scores* de eficiência para cada uma das unidades. O procedimento foi efetuado para todos os anos considerados na análise. Tal como mencionado em pontos anteriores, este estudo que aqui se propõe trata-se da aplicação da DEA com um modelo SBM "não orientado", que considera simultaneamente uma orientação para o *input* e para o *output*<sup>168</sup>.

Para a estimação foram realizados dois distintos procedimentos DEA. Inicialmente procedeu-se a uma análise de fronteira global para cada ano e aplicaram-se modelos de programação linear, que incluíram todos os hospitais, admitindo-se que têm acesso à mesma tecnologia. Num segundo procedimento, realizou-se em cada ano a diferenciação das unidades eficientes (dentro das eficientes, quais as mais eficientes - aplicação da supereficiência). E numa terceira fase, efetua-se uma análise da eficiência de cada unidade ao longo de um determinado período de tempo de acordo com os processos de fusão em que foi envolvida (aplicação índice de *Malmquist*). No entanto, para cada caso, as relações analisadas para a amostra definida em cada ano, são sempre entre o custo total anual e a atividade assistencial realizada no mesmo ano, em termos do:

- a) Número de doentes saídos do internamento;
- b) Número total de consultas externas realizadas;
- c) Número total de episódios de urgência;
- d) Número total de cirurgias;
- e) Número total de sessões de hospital de dia observadas.

Depois de obtidos os *scores* de eficiência para as unidades hospitalares, através da análise documental e de entrevistas aos agentes envolvidos neste processo, pretendeu-se verificar a influência das novas medidas resultantes da empresarialização, que estiveram na base deste diferencial de eficiência.

---

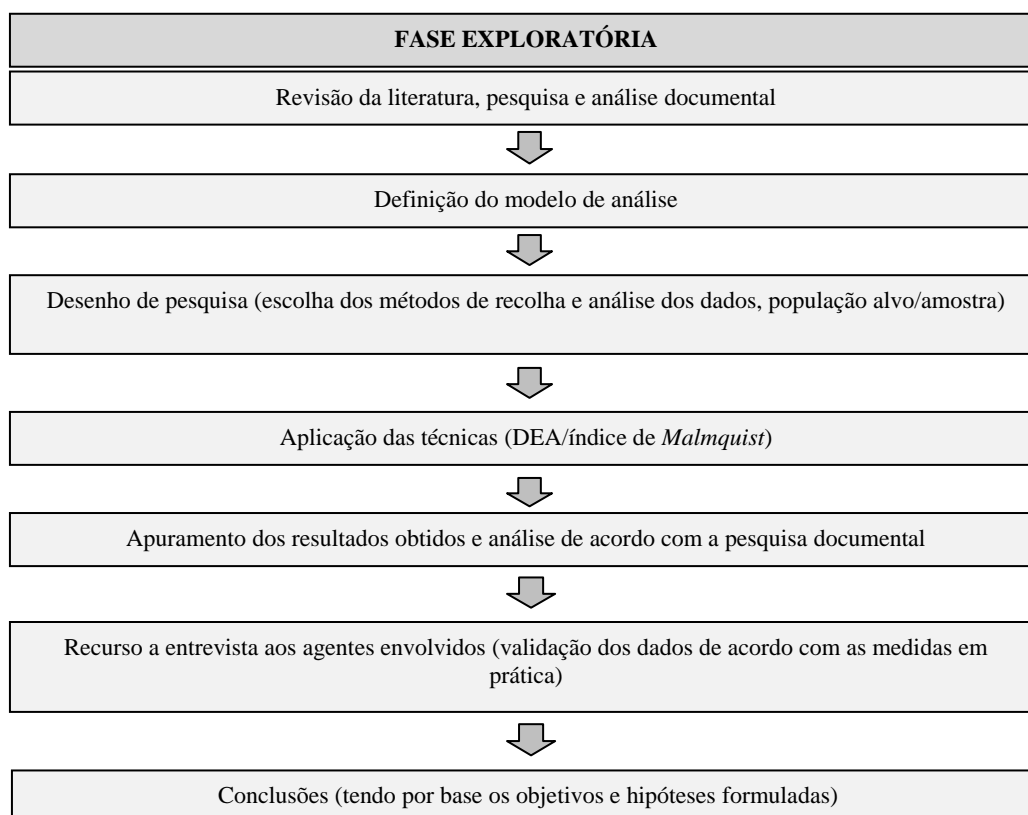
<sup>168</sup> Para a realização deste estudo foi usado o *software* *DEA-solver* (v.7.0).

A análise da entrevista foi efetuada com base na análise de conteúdo, de acordo com o seguinte procedimento:

1. As respostas às questões foram sujeitas a várias leituras;
2. Perante os objetivos enunciados identificaram-se as respostas relativas a cada categoria;
3. Selecionaram-se fragmentos do texto – as unidades de contexto e dentro destas as unidades de registo;
4. Efetuou-se a codificação – correspondência das subcategorias a cada unidade de registo;
5. Organizou-se em formato de tabela em função das categorias (objetivo da análise) de acordo com as questões enunciados no guião (subcategorias), com a codificação através do texto (unidades de registo) e com os exemplos textuais (unidades de contexto) (Anexo IX).

Na figura seguinte resumem-se os passos da fase exploratória deste estudo.

Figura 8.2 - Passos da fase exploratória



Fonte: Elaboração própria



## 9. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo reporta a doze anos de atividade hospitalar em Portugal (2002 a 2013). A apresentação e discussão dos resultados realiza-se, neste capítulo através do teste de cada uma das hipóteses consideradas para responder aos objetivos definidos, confrontando os dados obtidos pela aplicação da metodologia DEA com os resultados das entrevistas realizadas.

O modelo de análise definido assentou na formulação das seguintes hipóteses:

- Hipótese de investigação 1 – "Os novos processos resultantes da empresarialização dos hospitais melhoraram o desempenho relativamente às unidades que permaneceram no Setor Público Administrativo";
- Hipótese de investigação 2 – "A produtividade aumenta nas unidades sujeitas a processos de concentração/fusão ao longo dos anos em estudo";
- Hipótese de investigação 3 – "Existe um diferencial de eficiência maior nos anos 2012 e 2013 devido ao programa de ajustamento financeiro".

Nos pontos seguintes efetua-se o teste a estas hipóteses.

### 9.1. Hipótese de investigação 1

"Os novos processos resultantes da empresarialização dos hospitais melhoraram o desempenho relativamente às unidades que permaneceram no Setor Público Administrativo".

#### 9.1.1. Introdução

O objetivo desta hipótese de investigação prende-se com a avaliação dos níveis de desempenho, em termos da eficiência relativa, das unidades hospitalares sujeitas a alteração do seu estatuto jurídico e das regras de gestão, iniciados com a política de empresarialização dos hospitais públicos em Portugal no ano de 2002.

Pretende-se saber, em concreto, quais os efeitos da empresarialização em termos do rácio de eficiência e quais as medidas implementadas que estiveram na base desse diferencial.

### 9.1.2. Variáveis

Foram consideradas como variáveis:

- *Input* :  
Os custos totais com a atividade hospitalar;
- *Output*:  
Número total de doentes saídos do internamento;  
Número total de sessões em hospital de dia;  
Número total de consultas realizadas;  
Número total de episódios de urgência;  
Número total de cirurgias.

### 9.1.3. Modelos

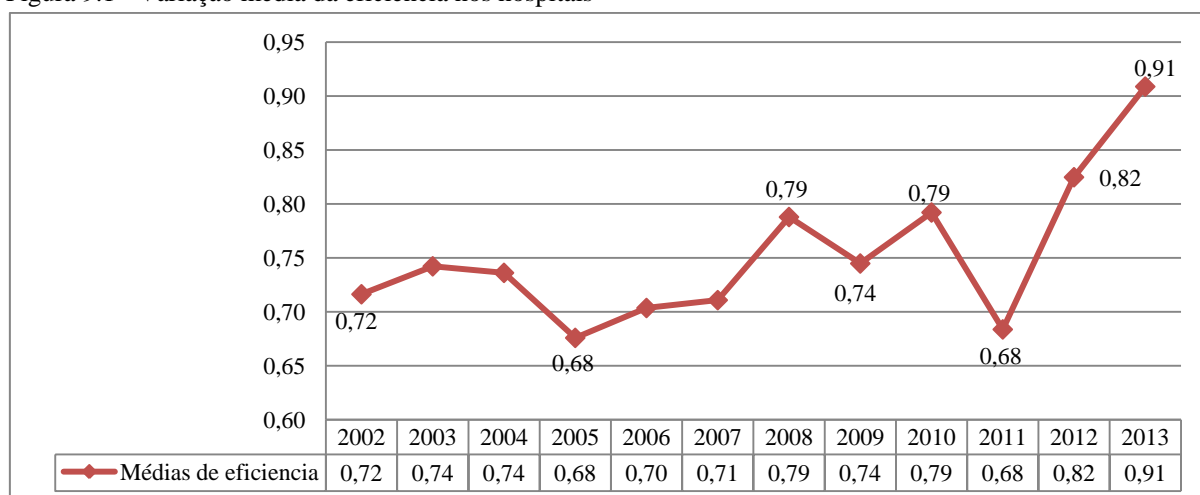
Neste estudo, como foi referido anteriormente, a avaliação da eficiência foi realizada com recurso à metodologia *Data Envelopment Analysis* (DEA). O modelo selecionado foi o modelo de “Super-eficiência SBM não orientado VRS”, cujos pressupostos para a sua seleção deste modelo foram desenvolvidos no ponto 7.3).

Para analisar os efeitos que estiveram na base dos diferenciais de eficiência, foram analisadas quatro questões das entrevistas realizadas

### 9.1.4. Resultados obtidos pela DEA

De acordo com a avaliação efetuada sobre a eficiência das unidades hospitalares (*vide* anexo XI), considerou-se uma avaliação global em termos da variação média da eficiência, registada em cada ano, ao longo do período em estudo (Figura 1).

Figura 9.1 - Variação média da eficiência nos hospitais



Fonte: Elaboração própria

Pela observação da evolução das médias de eficiência, destaca-se um crescimento de 20,88%, quando comparado o ano de 2013 com o ano de 2002. Porém, este crescimento não foi uniforme, registando-se dois períodos distintos: um primeiro, definido entre os anos 2002 e 2004, que diz respeito ao processo de empresarialização e que culminou com a mudança do estatuto jurídico (do Setor Público Administrativo para a forma de Sociedade Anónima) e um segundo período, iniciado em 2005, com a transição das unidades para o regime jurídico de E.P.E., que foi progressivamente evoluindo. Dentro deste último período definido, registam-se nos anos 2009 e 2011 duas novas quebras. A primeira coincide com o ano eleitoral e a segunda com a crise que atingiu Portugal e levou à intervenção externa.

Na mesma perspetiva, quando avaliados na amostra considerada, os totais de unidades analisadas e a proporção de unidades eficientes, destaca-se um aumento progressivo destas últimas que coincide com as duas opções políticas para a gestão hospitalar:

Quadro 9.1 - Comportamento evolutivo da eficiência das unidades hospitalares por opção política

		Total de Unidades	Unidades eficientes	% Unidades eficientes	% Unidades ineficientes
Primeira Opção Política (2002/2004)	2002	49	18	-	-
	2003	49	17	34,69	65,31
	2004	49	20	40,82	59,18
Segunda Opção Política (2005/2009)	2005	49	14	28,57	71,43
	2006	48	16	33,33	66,67
	2007	42	15	35,71	64,29

	2008	39	18	46,15	53,85
	2009	35	12	34,29	65,71
Continuidade da política anterior	2010	35	14	40,00	60,00
	2011	30	12	40,00	60,00
	2012	28	12	42,86	57,14
	2013	19	11	57,89	42,11

Fonte: Elaboração própria

De modo a avaliar o comportamento da eficiência, foi construída o quadro 9.2, que descreve o número de unidades eficientes (rácio  $\geq 1$ ), distribuídas pelo respetivo estatuto jurídico.

Quadro 9.2 - Número de unidades eficientes ao longo dos anos em estudo, por estatuto jurídico

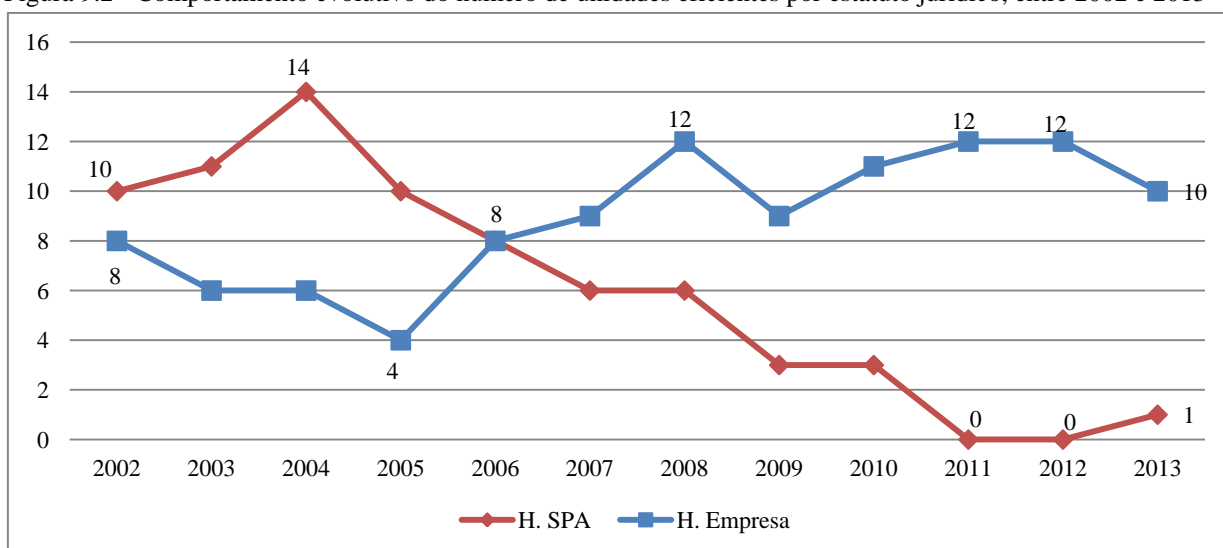
	Unidades eficientes	Hospitais SPA	Hospitais Empresa
2002	18	10	8
2003	17	11	6
2004	20	14	6
2005	14	10	4
2006	16	8	8
2007	15	6	9
2008	18	6	12
2009	12	3	9
2010	14	3	11
2011	12	0	12
2012	12	0	12
2013	11	1	10

Fonte: Elaboração própria

Para visualizar o comportamento das unidades eficientes, ao longo do tempo e por estatuto jurídico, foi construída a figura seguinte.



Figura 9.2 - Comportamento evolutivo do número de unidades eficientes por estatuto jurídico, entre 2002 e 2013



Fonte: Elaboração própria

A análise dos dados observados pela DEA leva às seguintes conclusões:

- A eficiência relativa aumenta ao longo do período de tempo considerado no estudo;
- A proporção de unidades eficientes cresceu significativamente no período considerado, com exceções pontuais coincidentes com anos eleitorais (2005 e 2009) e com a implementação do programa de ajustamento financeiro em 2011;
- Os hospitais S.A. (criados entre os anos 2002 e 2004/5) não se demonstraram mais eficientes relativamente às unidades do Setor Público Administrativo;
- A transição dos hospitais para o Setor Empresarial do Estado, entre 2005 e 2013, melhorou o desempenho relativamente às unidades que permaneceram no Setor Público Administrativo.

#### 9.1.5. Efeitos que estiveram na base do diferencial de eficiência

Para analisar os efeitos que estiveram na base do diferencial de eficiência foram realizadas entrevistas aos gestores/administradores hospitalares (como referido no capítulo 8).

Nas entrevistas realizadas foram tidas em consideração duas situações distintas, resultantes da análise DEA. Por um lado pretendeu-se, juntos dos responsáveis pelas unidades hospitalares, avaliar as principais características dos hospitais SPA vs. S.A./E.P.E., de modo a valorizar os aspetos que podem ter conduzido, a médio prazo, a melhores resultados de eficiência. Por outro lado, pretendeu-se saber quais os fatores (com base na revisão da literatura) que originaram a

existência de diferenciais de eficiência elevados entre unidades similares, uma vez que os hospitais empresa dispõem do mesmo modelo de gestão,

#### 9.1.5.1. Diferencial de eficiência das unidades empresarializadas relativamente às unidades SPA

De forma a obter resposta que permita avaliar os efeitos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades pertencentes ao Setor Público Administrativo e as empresarializadas, foram colocadas três questões aos gestores hospitalares. As duas primeiras questões pretendiam apurar as características de cada um dos modelos e a terceira relacionar quais as características que estiveram na base do diferencial.

Nas respostas a estas questões foram encontradas diferentes conceitualizações. A informação obtida foi organizada em unidades de registo.

- Questão 1

“Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?”

Para esta questão foram definidas 9 unidades de registo, de entre as 200 verbalizações apuradas. O quadro seguinte apresenta o número de verbalizações.

Quadro 9.3- Frequência das conceitualizações relativas às características dos hospitais do Setor Público Administrativo

Unidade de registo	Total		Formação				Por cargo			
	n	%	Admin.		Gestores		Presidentes		Vogais	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ineficiência de gestão	36	18,00	16	8,00	20	10,00	12	6,00	24	12,00
Aumento de custos	37	18,50	12	6,00	25	12,50	11	5,50	26	13,00
Falta de recursos	11	5,50	3	1,50	8	4,00	4	2,00	7	3,50
Risco de garantia de acesso e cobertura	25	12,50	12	6,00	13	6,50	8	4,00	17	8,50
Défice de qualidade	16	8,00	8	4,00	8	4,00	5	2,50	11	5,50
Baixa produtividade	11	5,50	6	3,00	5	2,50	5	2,50	6	3,00
Estrutura orgânica centralizada	37	18,50	12	6,00	25	12,50	16	8,00	21	10,50
Forte hierarquia/regulamentação	27	13,50	17	8,50	10	5,00	10	5,00	17	8,50
	200	100	86	43	114	57	71	35,5	129	64,5

Fonte: Elaboração própria

Em termos do total de entrevistas realizadas, na opinião dos entrevistados a gestão dos hospitais afeta ao Setor Público Administrativo é sobretudo caracterizada como: centralizada (n=37 - 18,5%) (exs. "hierarquia centralizada" (E1,p1); "falta de agilização da gestão das unidades" (E44, p.1); "excesso de controlo"(E79, p.1)); despesista (n=37 - 18,5%) (exs. "altos custos de manutenção e de gestão" (E8, p.1); "hospitais do SPA eram despesistas" (E29, p.1); "descalabro nas contas das unidades" (E66, p.1)); ineficiente (n=36 - 18%) (exs. "modelo era ineficiente" (E4,p.1); "ausência de gestão, enquanto forma de gerir e promover a eficiência" (E6,p.1); "ineficiente e sem objetivos"(E74, p.1)); hierarquizada (n=27 - 13,5%) (exs. "forte regulamentação" (E1, p1); "hierarquia dos gestores e responsáveis intermédios" (E13, p.1); "rigor normativo dos profissionais" (E14, p.1)); comprometedora do acesso aos cuidados (n= 25 - 12,5%) (exs. "hospital (...) impotente perante as novas e crescentes necessidades dos doentes" (E26, p.1); "desajustamento da oferta de cuidados" (E64, p.1); "risco de não ser garantida a equidade e universalidade no acesso aos utilizadores" (E72, p.1)); comprometedora da qualidade (n= 16 - 8%) (exs. "a qualidade dos cuidados era baixa" (E14, p.1); "falhas na qualidade" (E15, p.1); "falta de controlo de qualidade" (E73, p.1)); pouco produtiva (exs. "baixa produção do movimento assistencial" (E16, p.1); "uma baixa produtividade" (E36, p.1); "défice de capacidade de trabalho" (E45, p.1)) e incapaz de promover os recursos necessários (exs. "recursos insuficientes" (E1, p1); "ausência de verbas" (E59, p.1); "limitações de materiais e outros meios" (E89, p.1)) (ambas com n= 11 - 5,5%).

Há a destacar no âmbito geral das respostas obtidas, que a estrutura centralizada e a forte hierarquia/regulamentação são consideradas, por alguns entrevistados, como aspetos positivos do modelo (exs. "poder da gestão na organização era vasto e forte"(E31, p.1); "forte regulamentação associada à conduta e comportamento dos profissionais"(E33, p.1); "cadeia de comando funcional e coordenada"(E28, p.1)).

- Questão 2

“Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares?”. Para esta questão foram registadas 225 opiniões dos entrevistados (quadro 9.4).

Quadro 9.4 - Frequência das conceptualizações relativas às características dos hospitais empresa

	Total		Formação				Por cargo			
			Admin.		Gestores		Presidentes		Vogais	
Unidade de registo	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gestão eficiente de recursos	32	12,55	18	7,06	14	5,49	7	2,75	25	9,80
Procura da eficiência e eficácia	20	7,84	10	3,92	10	3,92	9	3,53	11	4,31
Redução de custos	23	9,02	11	4,31	12	4,71	5	1,96	18	7,06
Produtividade	11	4,31	8	3,14	3	1,18	4	1,57	7	2,75
Nova cultura organizacional	12	4,71	6	2,35	6	2,35	5	1,96	7	2,75
Desintervenção do Estado	21	8,24	8	3,14	13	5,10	8	3,14	13	5,10
Maior autonomia de gestão	36	14,12	12	4,71	24	9,41	8	3,14	28	10,98
Novo modelo de financiamento	10	3,92	4	1,57	6	2,35	6	2,35	4	1,57
Relação contratual com SNS	16	6,27	7	2,75	9	3,53	7	2,75	9	3,53
Responsabilização da gestão	12	4,71	5	1,96	7	2,75	3	1,18	9	3,53
Melhoria na qualidade	28	10,98	11	4,31	17	6,67	6	2,35	22	8,63
Melhoria no acesso	21	8,24	15	5,88	6	2,35	6	2,35	15	5,88
Satisfação dos profissionais	5	1,96	3	1,18	2	0,78	1	0,39	4	1,57
Fraca poder hierárquico	1	0,39	1	0,39	0	0,00	0	0,00	1	0,39
Fraca regulamentação	1	0,39	1	0,39	0	0,00	1	0,39	0	0,00
Descentralização do poder	2	0,78	0	0,00	2	0,78	2	0,78	0	0,00
Falta de incentivos aos profissionais	4	1,57	2	0,78	2	0,78	2	0,78	2	0,78
	255	100,00	122	47,84	133	52,16	80	31,37	175	68,63

Fonte: Elaboração própria

Após a codificação, resultaram 17 unidades de registo, sendo 13 destas tidas como aspetos positivos e 4 como pontos críticos do modelo empresarial.

De acordo com a análise realizada verifica-se uma maior concentração de opiniões dos entrevistados em caracterizar o modelo empresarial preferencialmente como: promotor de uma maior autonomia de gestão (n=36 - 14,2%) (exs. "gestão mais autónoma" (E34, p.1); "decisão cabe aos gestores e não aos departamentos centrais da saúde" (E37, p.1); "incremento de autonomia para os gestores" (E62, p.1)); incentivador de uma eficiente gestão de recursos (n=32 - 12,55%) (exs. "optimização de recursos" (E2, p.1); "promovendo a adequada utilização de meios" (E27, p.1); "utilizar melhor os meios e recursos até aqui desperdiçados" (E62, p.1)); incrementador de qualidade (n=28 - 10,98%) (exs. "preocupação pela qualidade dos cuidados" (E6, p.1); "promove acima de tudo a qualidade do atendimento" (E20, p.1); "foco de qualidade" (E22, p.1);). Com uma menor proporção (entre 5 a 10% das verbalizações) definiram o modelo empresarial como: redutor de custos (n=23 - 9,02%) (exs. "promover uma otimização de recursos públicos" (E25, p.1); "contenção de custos" (E58, p.1); "mecanismos de controlo de custos" (E66, p.1)); menos dependente do poder central (n=21 - 8,24%) (exs.

"substituição do poder centralizador" (E4, p.1); "menor intervenção do Estado" (E4, p.1); "corte umbilical com o Estado" (E65, p.1); incentivador da acessibilidade (n=21 - 8,24%) (exs. "maior oferta de serviços para o utente" (E13, p.1); "primazia pelo acesso" (E15, p.1); "maior disponibilidade" (E18, p.1)); promotor de maior eficiência/eficácia (n=20 - 7,84%) (exs. "maior eficiência" (E18, p.1); "Modelo inovador, integral, capaz e potencialmente produtor de (...) eficiência" (E20, p.1); "excelentes resultados de eficiência e eficácia" (E52, p.1)); motor da relação contratual com o Estado (n=16 - 6,27%) (exs. "contratualização e pagamento dos serviços" (E3, p.1); "quadro contratual com o Estado" (E33, p.1); "introdução do contrato-programa" (E39, p.1)). Com uma significância inferior a 5% das verbalizações, encontram-se as referências à nova cultura organizacional (n=12 - 4,71%) (exs. "participação do cidadão como elemento central" (E8, p.1); "cidadão no centro de atenção" (E15, p.1); "cultura organizacional remodelada" (E60, p.1)); a responsabilização da gestão (n=12 - 4,71%) (exs. "política de responsabilização" (E7, p.1); "responsabilização na prestação de contas" (E24, p.1); "maior cuidado e precaução pelas atitudes tomadas, pois poderiam haver consequências pelas práticas de má gestão" (E79, p.1)); o aumento de produtividade (n=11 - 4,31%) (exs. "ganhos em resultados" (E5, p.1); "agilização dos processos produtivos" (E38, p.1); "mecanismos de (...) produção eficientes" (E66, p.1)) e o novo modelo de financiamento (n=10 - 3,92%) (exs. "financiamento passou de uma base histórica para uma base prospetiva" (E41, p.1); "financiamento passou a ser realizado de acordo com a produção realizada" (E50, p.1); "novas formas de financiamento" (E74, p.1)) e por fim, a satisfação dos profissionais aparece apenas com cinco verbalizações (1,96%) (exs. "maior satisfação" (E32, p.1); "promoção da satisfação dos profissionais" (E2, p.1); "uma maior liberdade (...) da atuação dos profissionais" (E64, p.1))

Relativamente às verbalizações correspondentes aos aspetos críticos do modelo foram constituídas quatro unidades de registo. Apesar de serem pouco prevalentes na amostra é importante referir estes aspetos criticados. Assim, foram encontradas como desvantagens deste modelo: falta de incentivos aos profissionais (n=4 - 1,57%) (exs. "ficaram de fora os profissionais que viram os incentivos prometidos ficarem esquecidos" (E17, p.1)); a descentralização do poder (n=2 - 0,78%) (exs. "falta algum controlo a nível central para evitar os deslizes" (E39, p.1)); o fraco poder hierárquico (exs. "Dever-se-iam ter mantido alguns aspetos, como a relação hierárquica" (E41, p.1)) e a fraca regulamentação (exs. "faltou a manutenção de uma regulamentação mais forte" (E41, p.1)) que tiveram apenas 1 verbalização.

• Questão 3

“A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E.”.

Considera-se nesta questão, no âmbito das caracterizações anteriores, quais os fatores que poderão estar na base do diferencial de eficiência. Para este efeito, foram apuradas 8 unidades de registo. O quadro seguinte apresenta o número de verbalizações registadas.

Quadro 9.5 - Frequência das concetualizações relativas aos diferenciais de eficiência entre hospitais SPA e S.A./E.P.E.

Unidade de registo	Total		Formação				Por cargo			
			Admin.		Gestores		Presidentes		Vogais	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Contratualização	66	15,75	24	5,73	42	10,02	26	6,21	40	9,55
Modelo de financiamento	63	15,04	26	6,21	37	8,83	26	6,21	37	8,83
Responsabilização da gestão	51	12,17	20	4,77	31	7,40	19	4,53	32	7,64
Prestação de contas	46	10,98	16	3,82	30	7,16	12	2,86	34	8,11
Autonomia de gestão	70	16,71	30	7,16	40	9,55	22	5,25	48	11,46
Gestão eficiente de recursos	39	9,31	15	3,58	24	5,73	13	3,10	26	6,21
Experiência dos profissionais	32	7,64	13	3,10	19	4,53	8	1,91	24	5,73
Preocupação com a qualidade	52	12,41	25	5,97	27	6,44	14	3,34	38	9,07
	419	100,00	169	40,33	250	59,67	140	33,41	279	66,59

Fonte: Elaboração própria

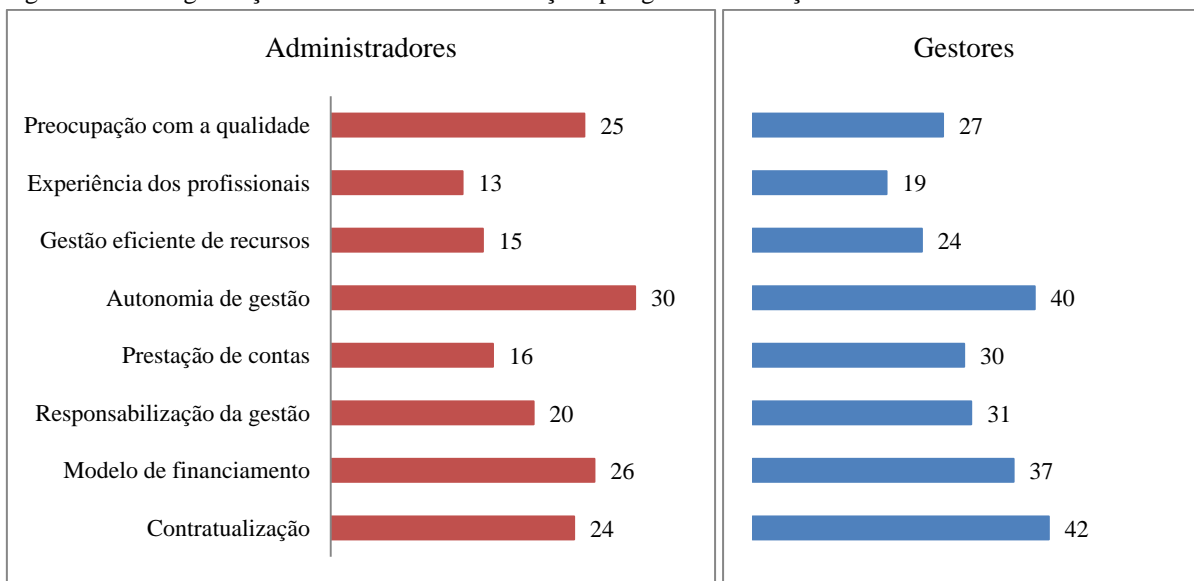
Em resposta à hipótese em estudo sobre o diferencial de eficiência entre os dois modelos, verificou-se, em termos globais, que os entrevistados privilegiam como aspetos diferenciadores:

- A maior autonomia de gestão atribuída aos gestores (n=70 - 16,71%) (exs. "Maior liberdade para os gestores" (E6; p.1); "Maior destreza para a gestão" (E19, p.2); "Maior flexibilidade na tomada de decisão" (E21, p.2)).
- A implementação da contratualização (n=66 - 15,75%) (exs. "procedimentos contratuais com o Estado" (E4, p.2); "contratualização dos serviços e atividades" (E8, p.2); "processo contratual anualmente definido" (E42, p.2)).

- Novo modelo de financiamento (n=63 - 15,04%) (exs. *"Financiamento em função da atividade"* (E3, p.1); *"Financiamento pelos serviços prestados"* (E6; P.1); *"Mudança de um sistema retrospectivo para um prospetivo"* (E19, p.2)).
- Incremento de qualidade (n=52 - 12,41%) (exs. *"Promoção da qualidade"* (E4, p.2); *"Promoção da qualidade da assistência"* (E15, p.2); *"Satisfação do utente em primeiro lugar"* (E16, p.1)).
- Maior responsabilização dos atos de gestão (n=51 - 12,17%) (exs. *"Actos de gestão sujeitos a ação disciplinar"* (E7, p.2); *"Dever de gerir com integridade"* (E18, p.2); *"Mais responsabilidade para os dirigentes"* (E74, p.2)).
- Prestação de contas (n=46 - 10,98%) (exs. *"Publicação de resultados"* (E5, p.2); *"Elaboração de relatórios de gestão"* (E44, p.2); *"Demonstração financeiras regulares e públicas"* (E70, p.2)).
- Gestão eficiente de recursos (n=39 - 9,31%) (exs. *"Gestão adequada de recursos"* (E12, p.2); *"Promoção do uso eficiente de recursos"* (E48, p.2); *"Otimizar recursos"* (E84, p.2)).
- Maior experiência dos profissionais (n= 32 - 7,64%) (exs. *"Maior experiência nos recursos humanos"* (E8, p.2); *"Promoção da formação em serviço para os profissionais de saúde"* (E43, p.2); *"Incremento na formação em serviço (profissionais)"* (E80, p.2)).

Contudo, a ordem de prioridade atribuída a estas respostas variam consoante o grau de formação dos entrevistados ou do cargo ocupado.

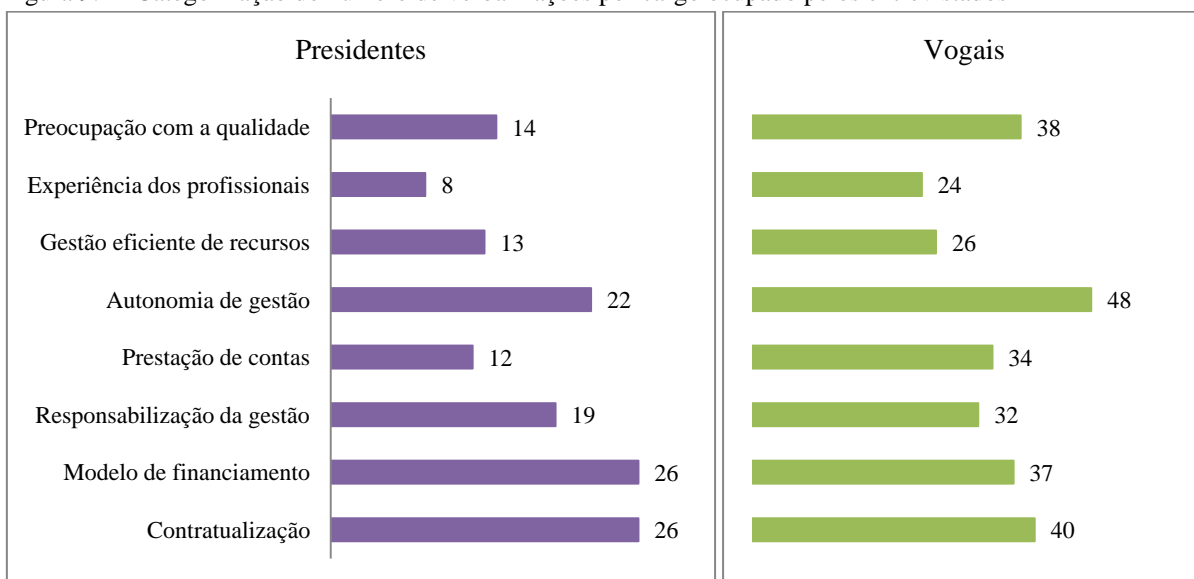
Figura 9.3 - Categorização do número de verbalizações por grau de formação dos entrevistados



Fonte: Elaboração própria

Quando analisadas as respostas por grau de formação, verifica-se que de acordo com a opinião dos administradores, a base diferencial entre os modelos justifica-se primordialmente pela maior autonomia de gestão pelo novo modelo de financiamento, pelo incremento de qualidade e pela responsabilidade da gestão. Enquanto que para os gestores, prevalece a nova metodologia de contratualização, a maior autonomia de gestão, o novo modelo de financiamento, a maior responsabilização e a prestação de contas.

Figura 9.4 - Categorização do número de verbalizações por cargo ocupado pelos entrevistados



Fonte: Elaboração própria



Tendo em consideração o cargo ocupado pelos entrevistados, os presidentes do CA consideraram como aspetos principais nas diferenças de eficiência entre os modelos SPA e Empresa (S.A./E.P.E.): a implementação da contratualização; o novo modelo de financiamento e a maior autonomia de gestão. Ao passo que os entrevistados que ocuparam o cargo de vogal do CA, justificam para o diferencial de eficiência a autonomia de gestão, a implementação do processo contratual, o foco na qualidade e o novo modelo de financiamento.

#### 9.1.5.2. Diferencial de eficiência entre unidades E.P.E.

De modo a avaliar os fatores que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre os hospitais com o mesmo estatuto jurídico (empresa), ao longo do tempo, foi colocada a seguinte questão aos gestores/administradores entrevistados:

“Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:

- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
- b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
- c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
- d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo que para isso, as unidades são tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*);
- e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
- f) Outras opções”.

A informação colhida foi tratada com recursos à análise de conteúdo e organizada em cinco unidades de registo. O quadro seguinte apresenta o número de verbalizações apuradas.

Quadro 9.6 - Frequência das conceptualizações relativas aos diferenciais de eficiência entre unidades E.P.E.

Unidade de registo	Total		Formação				Por cargo			
	n	%	Admin.		Gestores		Presidentes		Vogais	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Diferentes modelos de Custeio	26	8,31	12	3,83	14	4,47	10	3,19	16	5,11
Dividas a fornecedores	74	23,64	30	9,58	44	14,06	26	8,31	48	15,34
Maior número de doentes crónicos	59	18,85	29	9,27	30	9,58	14	4,47	45	14,38
Seleção adversa de doentes	77	24,60	32	10,22	45	14,38	27	8,63	50	15,97
Subprestação de cuidados	78	24,92	34	10,86	44	14,06	26	8,31	52	16,61
	313	100	137	43,77	177	56,55	103	32,91	211	67,41

Fonte: Elaboração própria

Para esta questão foram obtidas 313 verbalizações. De acordo com a opinião dos entrevistados, os principais efeitos que estiveram na base de eficiência entre unidades com o mesmo estatuto jurídico foram: a realização de uma subprestação de cuidados de saúde (n=78 - 24,92%); a seleção adversa de doentes (n=77 - 24,6%); as dívidas a fornecedores (n=74 - 23,64%); o maior número de doentes crónicos (n=59 - 18,85%) e os diferentes modelos de custeio (n=26 - 8,31%).

Destes fatores são externos à gestão ou ação dos profissionais de saúde, não podendo ser controlado: o aumento do número de doentes crónicos. Outros dois relacionam-se com a prestação de cuidados: a seleção adversa de doentes e a subprestação. Um quarto fator relacionado com a gestão do hospital (dívidas a fornecedores) e um outro relacionado com a tutela, dizendo respeito às experiências do modelo de financiamento (POCMS /Sistema ABC). Quando analisados os resultados, não se registam heterogeneidade, entre a opinião da amostra com diferentes cargos ou níveis distintos de formação. Todos consideram como fatores de maior impacto os que estão relacionados com a prestação, seguindo-se a questão das dívidas aos fornecedores.

#### 9.1.6. Conclusões

O objetivo desta hipótese de investigação é testar se a constituição de hospitais empresa contribuiu para um aumento da eficiência das unidades hospitalares ao longo dos anos.

De acordo com a análise realizada nos pontos anteriores, é possível concluir:

- Os hospitais S.A. (criados entre os anos 2002 e 2004/5) não se demonstraram mais eficientes relativamente às unidades do Setor Público Administrativo;
- A transição dos hospitais para o setor empresarial do Estado, entre 2005 e 2013, melhorou o desempenho relativamente às unidades que permaneceram no Setor Público Administrativo;
- O crescimento em termos de eficiência dos Hospitais E.P.E., comparativamente aos hospitais SPA, deveu-se, de acordo com as entrevistas realizadas: à maior autonomia de gestão atribuída aos gestores; à implementação da contratualização; ao novo modelo de financiamento; ao incremento de qualidade; à maior responsabilização dos atos de gestão; à implementação de um sistema de prestação de contas; à gestão eficiente de recursos e à maior experiência dos profissionais;
- O diferencial de eficiência registado entre as unidades E.P.E., de acordo com as entrevistas realizadas foi devido, às dívidas a fornecedores, à subprestação de cuidados e à seleção adversa de doentes.

Face ao exposto, a hipótese formulada não pode ser rejeitada. Contudo, os efeitos positivos não foram imediatos. A diminuição do número de unidades SPA dificultou a comparação entre as unidades, em termos médios, da variação dos respetivos scores de eficiência.

## 9.2. Hipótese de investigação 2

"A produtividade aumenta nas unidades sujeitas a processos de concentração/fusão ao longo dos anos em estudo".

### 9.2.1. Introdução

Com esta hipótese de investigação pretendeu-se avaliar se a produtividade das unidades hospitalares, sujeitas a processos de fusão, aumentou entre os anos 2002 e 2013.

### 9.2.2. Variáveis

Foram consideradas como variáveis.

- *Input:*  
Os custos totais com a atividade hospitalar;
- *Output:*  
Número total de doentes saídos do internamento;  
Número total de sessões em hospital de dia;  
Número total de consultas realizadas;  
Número total de episódios de urgência;  
Número total de cirurgias.

### 9.2.3. Modelos

Para a medição da produtividade recorreu-se ao índice de *Malmquist*. De modo a avaliar a variação da produtividade de uma unidade ao longo de um determinado período de tempo, este índice considera em simultâneo a variação da eficiência e a variação da tecnologia (fronteira ou melhores práticas) (capítulo 7).

Para calcular as componentes do índice foi utilizado o modelo de "Supereficiência SBM não orientado VRS", cujos pressupostos para a sua seleção deste modelo foram desenvolvidos no capítulo 7).

### 9.2.4. Dados

De forma a apurar a produtividade das unidades, antes do período de fusão, foram considerados os somatórios dos *inputs* e *outputs* dos hospitais que vieram a constituir os CH em análise. Apenas desta forma seria possível comparar os efeitos da política de concentração de unidades de saúde através deste índice (*vide* anexo VI).

Foram assim selecionados 20 centros hospitalares. Estes CH envolveram cerca de 44 unidades hospitalares, tendo sido ainda contemplados 5 outros hospitais, não sujeitos a esta política de concentração, para estabelecer uma comparação com os restantes. Os hospitais selecionados foram: o Hospital Garcia da Horta; o Hospital Distrital de Santarém; o Hospital Distrital Santa Maria Maior, o Hospital Distrital da Figueira da Foz e o Hospital do Espírito Santo.

Para avaliarmos os efeitos que estiveram na base dos diferenciais de eficiência entre as unidades sujeitas ao processo de fusão e as que não foram alvo desta política, foi analisada a questão 4 das entrevistas realizadas

#### 9.2.5. Resultados obtidos pela aplicação do índice de *Malmquist*

A análise dos resultados obtidos fez-se em duas etapas. Numa primeira fase analisou-se, através de uma perspetiva global, a evolução da produtividade para as unidades sujeitas a esta política. Numa segunda parte estabeleceu-se uma comparação com a evolução da produtividade nas unidades não sujeitas a esta política.

##### 9.2.5.1. Evolução da produtividade das unidades sujeitas à política de empresarialização

Os quadros seguintes apresentam a evolução da produtividade dos centros hospitalares e das suas componentes, no período 2002-2012.

Quadro 9.7 - Evolução da produtividade dos centros hospitalares, no período 2002-2005

CH	2003/2			2004/3			2005/4		
	Δ Efic.	Δ Tecn.	I.Malm	Δ Efic.	Δ Tecn.	I.Malm	Δ Efic.	Δ Tecn.	I.Malm
CH de São João	0,988	0,976	0,964	0,945	1,026	0,969	0,841	1,020	0,858
CH Alto Ave	1,000	1,005	1,006	1,012	1,005	1,017	0,979	1,258	1,231
CH Médio Ave	1,591	0,785	1,249	0,968	1,016	0,984	1,019	0,990	1,009
CH entre Douro e Vouga	0,995	1,024	1,019	1,016	0,974	0,990	0,973	0,985	0,958
CH Tamega e Sousa	1,021	1,105	1,128	0,901	1,191	1,073	1,063	0,939	0,998
CH Trás-os-Montes e Alto Douro	0,788	1,253	0,988	0,948	1,005	0,953	0,942	1,054	0,994
CH do Nordeste	1,280	0,785	1,004	0,885	1,035	0,916	1,000	0,971	0,971
CH do Porto	1,041	0,983	1,023	0,976	1,000	0,976	0,982	1,004	0,986
CH V.N.Gaia/Espinho	0,922	1,005	0,927	0,704	1,118	0,787	1,169	0,829	0,969
CH Leiria-Pombal	0,976	1,075	1,050	0,943	1,299	1,226	0,748	1,235	0,923
CH Tondela-Viseu	1,016	1,033	1,050	1,541	0,629	0,970	1,100	0,907	0,998
CH do Baixo Vouga	1,112	1,003	1,115	1,335	0,715	0,955	1,046	0,846	0,884
CH Universitário de Coimbra	0,978	1,059	1,035	0,959	0,985	0,944	1,128	0,977	1,101
CH Barreiro - Montijo	1,000	1,002	1,003	0,972	1,015	0,987	0,663	1,260	0,836
CH Setubal	1,084	0,858	0,930	0,804	1,008	0,811	0,848	1,097	0,930
CH do Oeste	1,040	1,006	1,047	0,943	1,318	1,243	0,941	1,034	0,973
CH de Lisboa Ocidental	0,966	0,953	0,921	0,817	0,986	0,806	0,998	1,091	1,089
CH de Lisboa Central	1,105	0,894	0,987	0,963	1,008	0,971	1,024	0,948	0,970

CH Lisboa Norte	1,108	0,765	0,847	0,894	0,800	0,715	0,960	1,387	1,332
CH do Baixo Alentejo	0,396	2,738	1,084	1,240	0,837	1,038	0,701	1,377	0,965
Média CH	0,994	1,022	1,015	0,974	0,984	0,958	0,946	1,049	0,993

Fonte: Elaboração própria

Quadro 9.8 - Evolução da produtividade dos centros hospitalares, no período 2006-2008

CH	2006/5			2007/6			2008/7		
	ΔEfic.	ΔTec.	I.Malm	ΔEfic.	ΔTec.	I.Malm	ΔEfic.	ΔTec.	I.Malm
CH de São João	1,225	0,900	1,102	0,983	0,994	0,977	1,028	0,934	0,960
CH Alto Ave	0,998	1,234	1,231	1,004	1,111	1,116	1,008	1,000	1,007
CH Médio Ave	0,991	1,025	1,016	0,953	1,055	1,005	1,011	0,989	1,000
CH entre Douro e Vouga	0,958	0,981	0,940	0,939	1,024	0,962	0,964	1,044	1,006
CH Tamega e Sousa	1,088	0,879	0,956	1,157	0,906	1,048	1,047	1,049	1,099
CH Trás-os-Montes e Alto Douro	1,053	0,941	0,991	1,013	1,183	1,198	1,332	0,870	1,159
CH do Nordeste	0,937	1,085	1,016	0,930	1,017	0,946	1,065	1,013	1,079
CH do Porto	1,027	0,986	1,013	0,976	0,999	0,976	0,992	0,831	0,824
CH V.N.Gaia/Espinho	0,931	1,044	0,971	1,326	0,660	0,874	1,045	0,989	1,034
CH Leiria-Pombal	2,250	0,677	1,523	1,020	0,998	1,018	1,011	1,009	1,021
CH Tondela-Viseu	0,986	1,009	0,995	1,001	0,992	0,992	0,996	1,007	1,003
CH do Baixo Vouga	0,791	1,352	1,069	0,828	1,122	0,929	1,145	0,988	1,131
CH Universitário de Coimbra	0,924	1,063	0,983	1,077	0,933	1,005	1,036	0,948	0,982
CH Barreiro - Montijo	0,891	1,115	0,993	1,063	0,925	0,984	1,054	0,989	1,042
CH Setubal	1,104	0,901	0,995	1,024	0,975	0,999	1,047	1,001	1,049
CH do Oeste	1,794	0,984	1,765	1,000	1,330	1,330	1,002	0,997	0,998
CH de Lisboa Ocidental	1,282	0,837	1,073	1,116	0,818	0,913	0,961	0,965	0,928
CH de Lisboa Central	1,049	1,033	1,084	0,847	0,987	0,836	0,933	1,009	0,941
CH Lisboa Norte	1,499	0,793	1,188	1,011	0,968	0,979	0,997	0,787	0,785
CH do Baixo Alentejo	1,107	0,982	1,088	0,873	1,056	0,922	-	-	-
Média CH	1,107	0,980	1,085	1,002	0,994	0,995	1,032	0,967	0,998

Fonte: Elaboração própria

Quadro 9.9 - Evolução da produtividade dos centros hospitalares, no período 2009-2011

CH	2009/8			2010/9			2011/10		
	ΔEfic.	ΔTecn.	I.Malm	ΔEfic.	ΔTecn.	I.Malm	ΔEfic.	ΔTecn.	I.Malm
CH de São João	1,052	0,967	1,018	1,009	0,993	1,002	0,962	0,993	0,955
CH Alto Ave	0,629	1,262	0,794	1,583	0,815	1,291	0,411	1,254	0,515
CH Médio Ave	1,002	1,002	1,004	0,730	0,946	0,691	1,363	0,672	0,916
CH entre Douro e Vouga	1,096	0,918	1,006	0,905	1,105	1,000	0,908	0,948	0,861
CH Tamega e Sousa	0,957	1,013	0,969	0,972	1,007	0,979	1,063	0,954	1,013
CH Trás-os-Montes e Alto Douro	0,716	1,111	0,795	1,391	1,020	1,419	0,537	1,059	0,569
CH do Nordeste	0,927	1,077	0,998	2,044	0,490	1,003	-	-	-
CH do Porto	0,996	0,838	0,834	1,020	0,979	0,999	1,073	0,935	1,003
CH V.N.Gaia/Espinho	1,151	0,843	0,971	0,813	1,161	0,944	0,662	0,851	0,563

Reformas na Gestão Hospitalar: Análise dos efeitos da empresarialização

CH Leiria-Pombal	0,973	1,316	1,281	1,033	0,988	1,021	0,963	0,948	0,912
CH Tondela-Viseu	0,975	1,011	0,985	0,987	1,001	0,988	0,940	1,009	0,948
CH do Baixo Vouga	1,522	0,640	0,974	0,451	2,076	0,936	2,178	0,319	0,696
CH Universitário de Coimbra	0,954	1,025	0,978	0,985	1,014	0,998	0,690	1,175	0,811
CH Barreiro - Montijo	1,036	0,911	0,944	0,872	1,226	1,069	0,641	0,886	0,568
CH Setubal	1,016	0,926	0,940	0,898	1,067	0,958	0,765	0,928	0,710
CH do Oeste	1,023	1,168	1,195	1,010	0,981	0,991	0,990	1,017	1,006
CH de Lisboa Ocidental	0,840	1,069	0,898	1,038	0,996	1,034	0,604	1,052	0,635
CH de Lisboa Central	0,997	0,995	0,992	1,004	0,996	1,000	1,197	0,851	1,019
CH Lisboa Norte	0,977	1,016	0,993	0,993	1,085	1,077	0,696	1,016	0,708
CH do Baixo Alentejo	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Média CH	0,977	0,994	0,971	0,994	1,018	1,012	0,860	0,907	0,780

Fonte: Elaboração própria

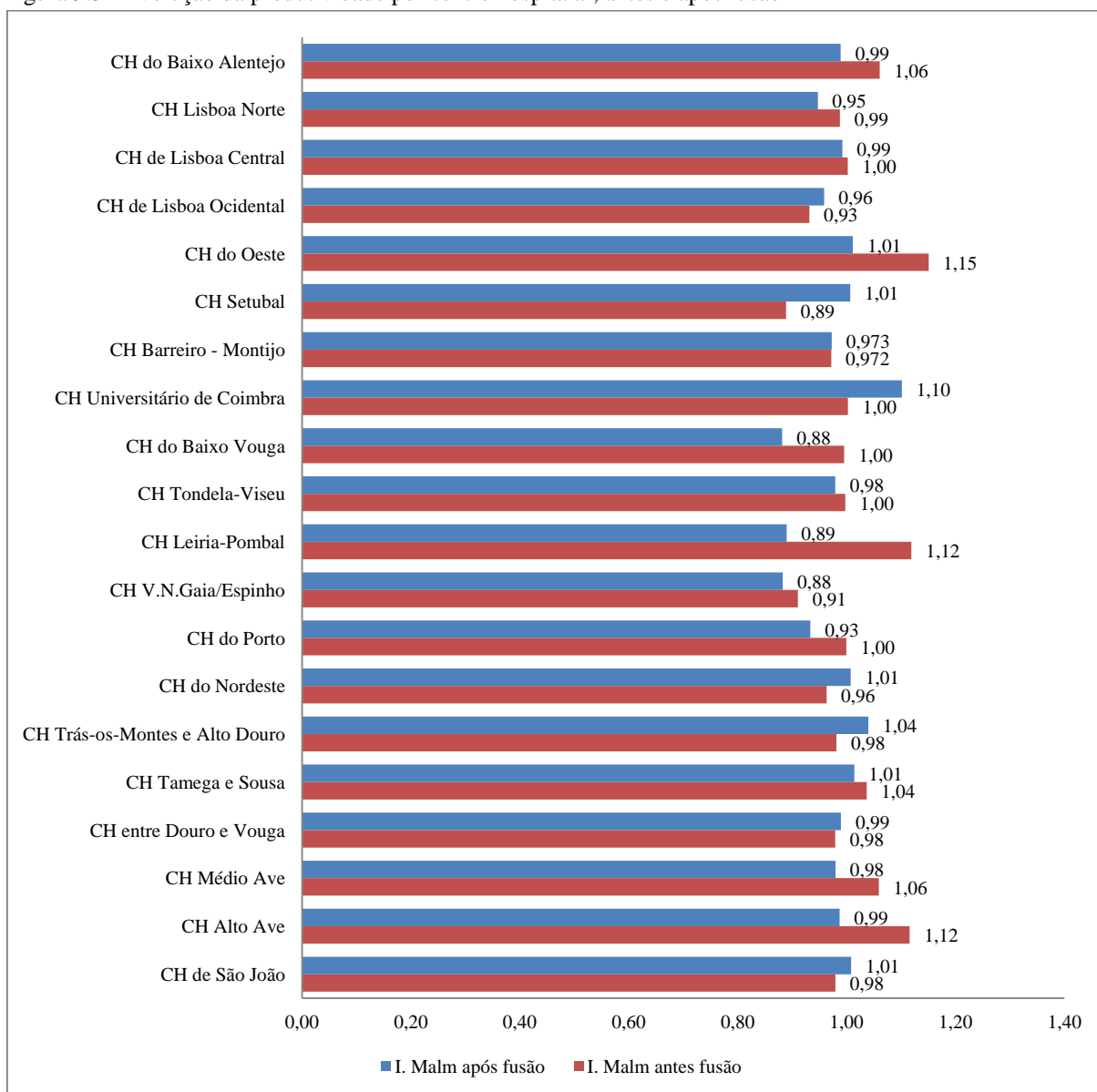
Quadro 9.10 - Evolução da produtividade dos centros hospitalares no ano 2012

CH	2012/11			Média 2012/02		
	ΔEfic.	ΔTecn.	I.Malm	I. Malm antes fusão	I. Malm após fusão	Δ I.Malm
CH de São João	1,056	1,008	1,064	0,979	1,008	2,90%
CH Alto Ave	1,968	0,792	1,559	1,116	0,987	-12,86%
CH Médio Ave	0,987	1,401	1,384	1,059	0,979	-7,97%
CH entre Douro e Vouga	1,171	0,945	1,107	0,979	0,990	1,05%
CH Tamega e Sousa	0,972	1,011	0,982	1,037	1,014	-2,27%
CH Trás-os-Montes e Alto Douro	1,293	1,098	1,421	0,981	1,040	5,87%
CH do Nordeste	-	-	-	0,963	1,007	4,43%
CH do Porto	0,991	0,992	0,983	0,999	0,933	-6,60%
CH V.N.Gaia/Espinho	1,482	0,974	1,443	0,911	0,883	-2,80%
CH Leiria-Pombal	0,602	2,363	1,423	1,119	0,890	-22,89%
CH Tondela-Viseu	1,000	1,011	1,011	0,997	0,979	-1,83%
CH do Baixo Vouga	1,000	1,117	1,117	0,995	0,882	-11,38%
CH Universitário de Coimbra	1,401	1,068	1,497	1,002	1,101	9,89%
CH Barreiro - Montijo	1,685	0,926	1,560	0,972	0,973	0,07%
CH Setubal	1,431	1,100	1,574	0,889	1,007	11,79%
CH do Oeste	0,992	1,019	1,011	1,151	1,011	-13,92%
CH de Lisboa Ocidental	1,878	0,739	1,388	0,932	0,959	2,70%
CH de Lisboa Central	0,798	1,502	1,199	1,002	0,992	-0,99%
CH Lisboa Norte	0,956	1,342	1,283	0,988	0,947	-4,05%
CH do Baixo Alentejo	-	-	-	1,061	0,989	-7,16%
Média CH	1,152	1,094	1,260	1,004	0,977	-2,73%

Fonte: Elaboração própria

Tendo em consideração que as concentrações de unidades de saúde não ocorreram todas em simultâneo<sup>169</sup>, não é possível fazer uma avaliação linear do comportamento da variação do índice de *Malmquist* ao longo de todo período de tempo considerado. Por este motivo, fez-se uma análise da evolução da produtividade, antes e após a fusão, para cada unidade (figura 9.5). De acordo com a literatura, "São poucos os estudos retrospectivos que analisam a diferença de custos antes e após a fusão dos hospitais que foram fundidos" (Azevedo & Mateus, 2013) e a maioria deles ocorreram nos Estados Unidos da América.

Figura 9.5 - Evolução da produtividade por centro hospitalar, antes e após fusão



Fonte: Elaboração própria

<sup>169</sup> Foram distribuídas pelos anos 2006/2007/2008/2009 e 2011.



Ao analisar os dados, pode-se concluir:

- As unidades hospitalares antes do processo de fusão apresentaram um crescimento positivo de 0,4%;
- A produtividade dos centros hospitalares caiu com uma taxa média de crescimento anual de -2,3% (quando comparado com o período anterior às fusões a redução foi de -2,73%);
- Considerando os períodos pós fusão, dos 20 centros hospitalares considerados, 12 (60%) apresentaram uma baixa de produtividade após fusão;
- O período em que se registou um maior crescimento foi o de 2012/11 com 26,0%. Este período foi influenciado pelos crescimentos consideráveis de algumas unidades: CH Setúbal (57,4%); CH Barreiro-Montijo (56%); CH Alto Ave (55,9%); CH Universitário de Coimbra (49,7%); CH V.N.Gaia/Espinho (44,3%); CH Leiria-Pombal (42,3%); CH Trás-os-Montes e Alto Douro (42,1%); CH de Lisboa Ocidental (38,8%); CH Médio Ave (38,4%) e CH Lisboa Norte (28,3%);
- O período em que se registou um decréscimo significativo de produtividade foi o de 2011/10 que registou um decréscimo de 22%. Neste período apenas se registou crescimento positivo para 4 unidades: o CH Tâmega e Sousa (13%); o CH de Lisboa Central (1,9%); o CH do Oeste (0,6%) e o CH do Porto (0,3%);
- Quando analisada a produtividade, por unidade, antes e após período de fusão, regista-se que 8 unidades (40%) houve crescimento positivo com esta medida. Estas unidades foram: o CH Setúbal (+11,79%); o CH Universitário de Coimbra (+9,89%); o CH Trás-os-Montes e Alto Douro (+5,87%); o CH do Nordeste (+4,43%); o CH de São João (+2,90%); o CH de Lisboa Ocidental (+2,70%); o CH entre Douro e Vouga (+1,05%) e o CH Barreiro - Montijo (+0,07%);
- Quando analisada a produtividade, por unidade, antes e após período de fusão, regista-se que 60% da amostra (12 unidades) obteve produtividades médias decrescentes: CH Leiria-Pombal (-22,89 %); CH do Oeste (-13,92%); CH Alto Ave (-12,86%); CH Setúbal (-11,79%); CH do Baixo Vouga (-11,38%); o CH Médio Ave (-7,97%); o CH do Baixo Alentejo (-7,16%), o CH do Porto (- 6,60%); o CH Lisboa Norte (-4,05%); o CH V.N.Gaia/Espinho (- 2,80%); o CH Tâmega e Sousa (- 2,27%) e o CH Tondela-Viseu (- 1,83%);

9.2.5.2. Evolução da produtividade das unidades não sujeitas a processos de fusão/concentração

Quadro 9.11 - Evolução da produtividade dos hospitais não sujeitos a fusões, de 2002 a 2012

Hospital	2003/2			2004/3			2005/4		
	Δ Efic.	Δ Tecn.	I.Malm	Δ Efic.	Δ Tecn.	I.Malm	Δ Efic.	Δ Tecn.	I.Malm
Hospital Distrital da Figueira da Foz	1,020	1,006	1,026	0,762	1,225	0,933	0,937	1,171	1,097
Hospital Distrital de Santarém	1,039	1,039	1,080	1,065	0,941	1,002	0,947	1,060	1,004
Hospital Distrital Santa Maria Maior	0,750	1,316	0,987	1,170	1,032	1,207	1,013	1,057	1,071
Hospital do Espírito Santo	1,307	0,869	1,136	0,756	1,241	0,939	0,989	1,015	1,004
Hospital Garcia da Orta	0,848	0,980	0,831	0,658	1,133	0,746	0,741	1,220	0,905
Média Hospitais	0,975	1,032	1,007	0,861	1,108	0,954	0,920	1,102	1,014
Hospital	2006/5			2007/6			2008/7		
	Δ Efic.	Δ Tecn.	I.Malm	Δ Efic.	Δ Tecn.	I.Malm	Δ Efic.	Δ Tecn.	I.Malm
Hospital Distrital da Figueira da Foz	1,314	1,005	1,321	1,016	0,972	0,988	1,005	0,881	0,885
Hospital Distrital de Santarém	0,999	1,020	1,019	0,953	1,008	0,961	1,097	0,960	1,053
Hospital Distrital Santa Maria Maior	0,992	1,118	1,109	0,970	0,995	0,965	0,951	1,016	0,966
Hospital do Espírito Santo	1,016	1,013	1,029	1,067	0,923	0,985	1,073	0,971	1,042
Hospital Garcia da Orta	1,140	0,861	0,981	0,914	1,078	0,986	1,051	1,529	1,607
Média Hospitais	1,086	1,000	1,086	0,983	0,994	0,977	1,034	1,050	1,086
Hospital	2009/8			2010/9			2011/10		
	Δ Efic.	Δ Tecn.	I.Malm	Δ Efic.	Δ Tecn.	I.Malm	Δ Efic.	Δ Tecn.	I.Malm
Hospital Distrital da Figueira da Foz	0,975	1,022	0,997	0,807	0,919	0,742	0,746	0,951	0,710
Hospital Distrital de Santarém	0,908	1,058	0,960	0,983	0,924	0,909	0,683	0,829	0,566
Hospital Distrital Santa Maria Maior	0,996	1,102	1,098	0,977	0,961	0,939	1,080	0,895	0,966
Hospital do Espírito Santo	1,029	0,952	0,979	1,130	0,857	0,969	1,109	0,661	0,733
Hospital Garcia da Orta	0,767	1,225	0,940	1,355	0,799	1,083	0,648	0,896	0,581
Média Hospitais	0,930	1,068	0,993	1,035	0,890	0,921	0,831	0,840	0,698
Hospital	2012/11			Média (2012/02)					
	Δ Efic.	Δ Tecn.	I.Malm	I.Malm					
Hospital Distrital da Figueira da Foz	1,653	1,0273	1,698	1,008					
Hospital Distrital de Santarém	1,663	0,9985	1,661	0,991					
Hospital Distrital Santa Maria Maior	1,091	0,9275	1,012	1,029					
Hospital do Espírito Santo	1,088	0,805	0,876	0,964					
Hospital Garcia da Orta	1,643	0,946	1,554	0,978					
Média Hospitais	1,399	0,9376	1,312	0,994					

Fonte: Elaboração própria

Ao analisar os dados, pode concluir-se que:

- A produtividade dos Hospitais não sujeitos a fusões com outras unidades caiu 0,6% entre os anos 2002 e 2012;

- No período considerados apenas duas unidades hospitalares tiveram produtividades médias positivas: o Hospital Distrital da Figueira da Foz (+0,8%) e o Hospital Distrital Santa Maria Maior (+2,9%);
- O período em que se registou um maior crescimento foi o de 2012/2011 com 31,2%. Este período foi influenciado pelos crescimentos consideráveis do Hospital Distrital da Figueira da Foz (69,8%); do Hospital Distrital de Santarém (66,1%); do Hospital Garcia da Orta (55,4%);
- O período com uma menor produtividade foi o de 2011/10 com -30,2%. Este período foi influenciado pela queda considerável do Hospital Distrital de Santarém (-43,4%); do Hospital Garcia da Orta (-41,9%); do Hospital Distrital da Figueira da Foz (-29,0%) e do Hospital do Espírito Santo (-26,7%).

#### 9.2.6. Perceção dos gestores hospitalares sobre as vantagens/desvantagens da fusão/concentração de unidades de saúde

Para avaliar os efeitos da concentração de unidades de saúde, foi colocada uma questão aos entrevistados: “No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão”.

A informação foi organizada com recursos à análise de conteúdo em 8 unidades de registo. O quadro seguinte apresenta o número de verbalizações apuradas.

Quadro 9.12 - Frequência das concetualizações relativas aos diferenciais de produtividade entre hospitais e centros hospitalares

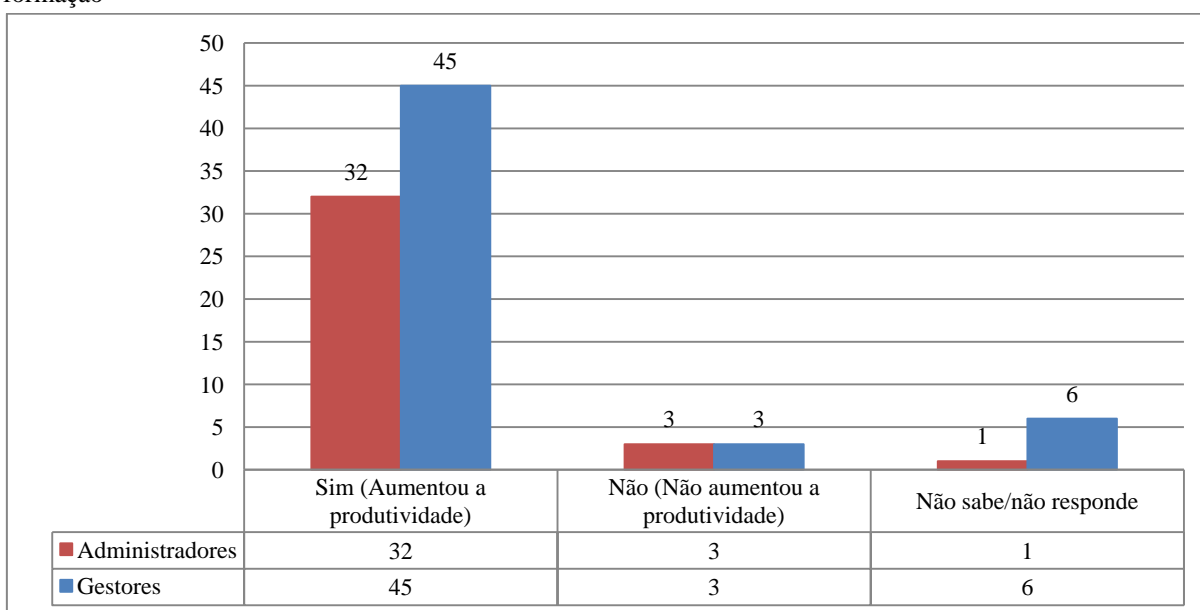
Respostas	Total		Formação				Por cargo			
	n	%	Admin		Gestores		Presidentes		Vogais	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim (Aumentou a produtividade)	77	85,56	32	35,56	45	50,00	28	31,11	49	54,44
Não (Não aumentou a produtividade)	6	6,67	3	3,33	3	3,33	0	0,00	6	6,67
Não sabe/não responde	7	7,78	1	1,11	6	6,67	2	2,22	5	5,56
Total	90	100	36	40,00	54	60,00	30	33,33	60	66,67
Unidade de registo	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Otimização de recursos	50	30,49	18	10,98	32	19,51	21	12,80	29	17,68
Redução de custos	18	10,98	5	3,05	13	7,93	6	3,66	12	7,32
Centralização de meios	20	12,20	11	6,71	9	5,49	9	5,49	11	6,71

Melhoria da capacidade negocial	18	10,98	5	3,05	13	7,93	6	3,66	12	7,32
Organização de serviços	23	14,02	10	6,10	13	7,93	9	5,49	14	8,54
Promoção do acesso	24	14,63	10	6,10	14	8,54	9	5,49	15	9,15
Desmotivação profissional/perda da organização dos serviços	11	6,71	7	4,27	4	2,44	2	1,22	9	5,49
Total	164	100	66	40,24	98	59,76	62	37,80	102	62,20

Fonte: Elaboração própria

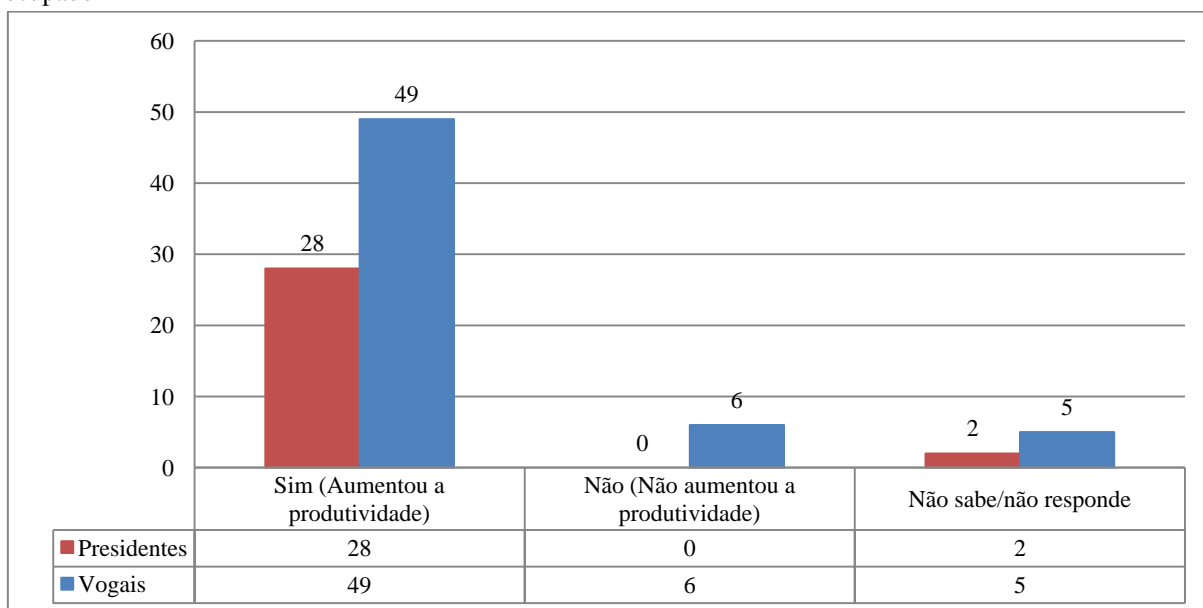
Quando questionados se a concentração de unidades gerou ganhos de produtividade, obtiveram-se 77 respostas positivas (correspondentes a 85,56% da amostra). Apenas 6,67% dos entrevistados referiram o contrário, sendo que e 7,78% se abstiveram na resposta. Os gráficos seguintes distribuem a opinião dos entrevistados relativamente ao aumento/diminuição da produtividade discriminando por um lado o grau de formação e por outro o cargo ocupado quando exerceram funções.

Figura 9.6 - Considerações sobre a evolução da produtividade com a criação dos centros hospitalares, por grau de formação



Fonte: Elaboração própria

Figura 9.7 - Considerações sobre a evolução da produtividade com a criação dos centros hospitalares, por cargo ocupado



Fonte: Elaboração própria

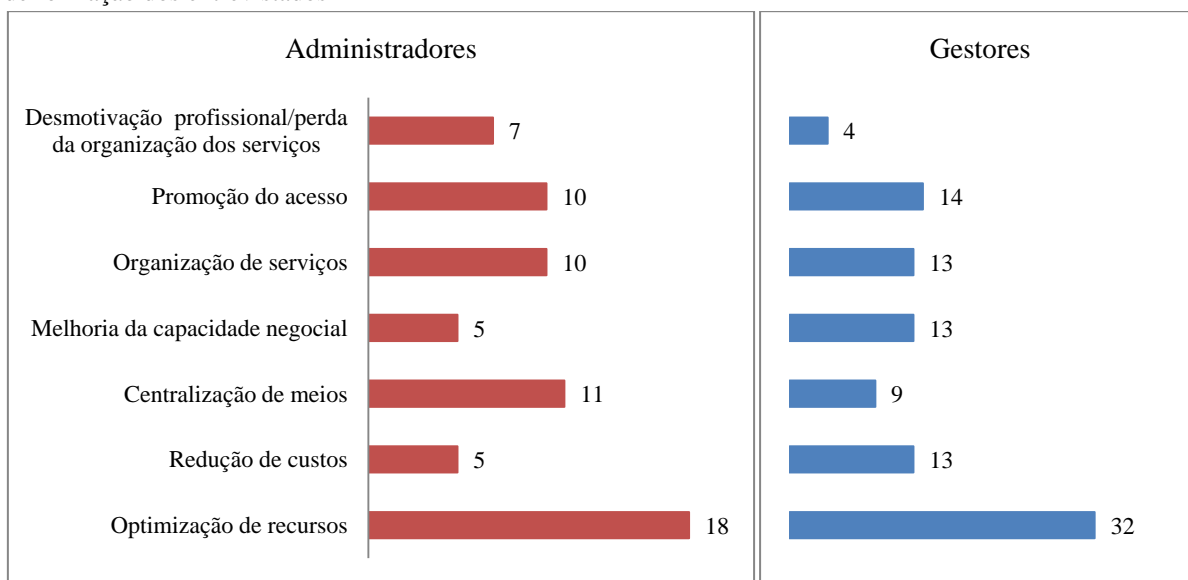
Constata-se que nenhum dos entrevistados que ocupou o cargo de Presidente referiu que a produtividade tenha aumentado com a medida.

De forma global foram apuradas 164 verbalizações. Com recurso à análise de conteúdo, esta informação foi categorizada num total de 8 unidades de registo, sendo 7 destas justificativas da melhoria dos resultados e uma outra contra. Com 50 verbalizações (30,49%) surge a optimização de recursos (*exs.* "melhor gestão dos equipamentos" (E11, p.2); "promover a melhor utilização de recursos subutilizados nas unidades" (E39, p.2); "aproveitar a capacidade instalada em cada unidade"(E37, p.2)), seguida da promoção do acesso (n=24 - 14,63%)(*exs.* "melhorou o acesso aos cidadãos" (E15, p.2); "melhor capacidade de gestão da oferta"(E39, p.2); "aumentou a capacidade de oferta e coordenação entre as várias atividades"(E68, p.2)) e da melhor organização dos serviços (n=23 - 14,02%) (*exs.* "nova organização das atividades" (E50, p.2); "maior centralização de serviços" (E49, p.2);); "maior centralização de serviços numa mesma gestão" (E88, p.2)). Com uma menor prevalência surgem aspetos como: a centralização de meios (n=20 - 12,20%) (*exs.* "concentração de conhecimentos técnicos num mesmo local" (E4, p.2); "gestão integral de equipamentos, recursos e meios humanos" (E5, p.2);"evitou a duplicação de serviços" (E30, p.2)) ; a melhoria da capacidade negocial (n=18 - 10,98%) (*exs.* "maior capacidade em contratar" (E9, p.2);"maior poder aos gestores para negociar com fornecedores" (E19, p.2); "capacidade do

CA negociar a uma só voz com os fornecedores de serviços" (E58, p.2)) e com a mesma ponderação a redução de custos (exs. "evitaram-se desperdícios" (E16, p.2); "gerou melhores resultados (...) desde a prestação aos custos" (E12, p.2); "contenção de custos" (E78, p.2)). O único argumento que contraria a maioria dos entrevistados centra-se na desmotivação profissional criada junto da perda de organização de serviços, que aparece com apenas 11 verbalizações (6,71%) (exs. "ambiente laboral foi prejudicado pela falta de motivação dos funcionários" (E18, p.2); "pedido um esforço acrescido aos técnicos e profissionais de saúde" (E13, p.2); "perde-se a orgânica dos serviços" (E13, p.2)).

Contudo, mais uma vez, também aqui, a ordem de prioridade atribuída a estas respostas variaram consoante o grau de formação dos entrevistados ou com o cargo ocupado.

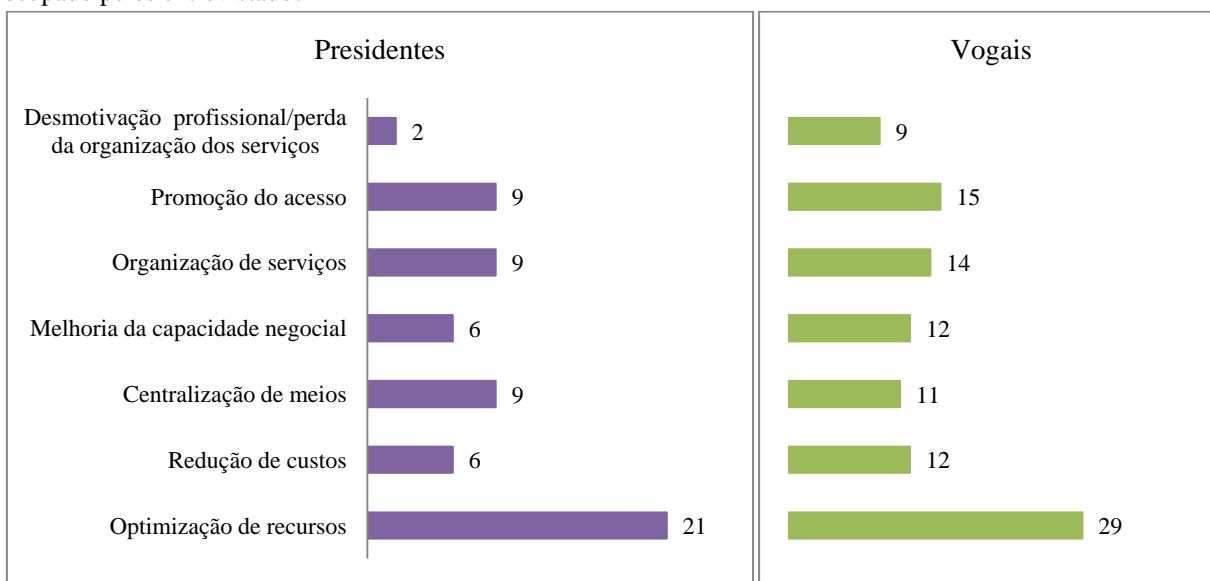
Figura 9.8 - Categorização do número de verbalizações referentes à concentração de unidades de saúde, por grau de formação dos entrevistados



Fonte: Elaboração própria

Os administradores elegem como principais motivos a otimização de recursos (n=18); a centralização dos meios (n=11) e a organização de serviços e promoção do acesso (ambas com n=10). Os gestores, como opção mais referida mantêm a otimização de recursos (n=32). No entanto, premeiam em seguida a promoção do acesso (n=14), a organização dos serviços, a melhoria da capacidade negocial e contrariamente à opinião dos administradores, destacam com a mesma proporção a redução de custos (ambas com n=13).

Figura 9.9 - Categorização do número de verbalizações referentes à concentração de unidades de saúde, por cargo ocupado pelos entrevistados



Fonte: Elaboração própria

Os entrevistados que exercem ou exerceram o cargo de Presidentes do CA, numa perspetiva muito similar à dos administradores, elegem a otimização dos recursos (n=21), a centralização de meios, a organização de serviços e a promoção do acesso (todas com n=9). Por outro lado, os inquiridos que foram ou são vogais dos CA apresentaram uma distribuição mais homogénea nas respostas dadas. Porém, tal como em todos os outros grupos, elegeram a otimização de recursos num primeiro plano (n=29), seguindo-se a promoção do acesso (n=15), a organização de serviços (n=14) e a melhoria da capacidade negocial, a par com a redução de custos (n=12).

### 9.2.7. Conclusões

O objetivo desta hipótese de investigação é testar se a produtividade aumenta nas unidades sujeitas a processos de concentração/fusão.

De acordo com a análise realizada nos pontos 9.2.5.1. e 9.2.5.2 e com as entrevistas realizadas, é possível concluir:

- De uma forma geral, o grupo de unidades após processos de fusão apresentou uma taxa de crescimento negativa em 2,3% (cerca de menos 2,7% relativamente ao período anterior às fusões);

- Os hospitais não sujeitos a processos de fusão apresentaram uma quebra em termos médios de produtividade em -0,6%;
- O crescimento em termos de produtividade de alguns centros hospitalares, deveu-se de acordo com as entrevistas realizadas à optimização de recursos, à promoção do acesso, à organização de serviços e à centralização de meios.

Face ao exposto, a hipótese formulada não foi verificada. A produtividade das unidades hospitalares não aumentou com as fusões/concentrações operadas. Porém, o período temporal do último ano em análise pode influenciar a avaliação dos resultados, dado que as a título de exemplo as reformas de 2009 são aqui analisadas a curto prazo e as de 2011 num sentido imediato (no ano seguinte).

Estas conclusões, obtidas pela DEA, vão ao encontro dos resultados de um estudo de Mateus e Azevedo (2013). Esta pesquisa foi motivada pelo facto do setor hospitalar português ter sido submetido a um contínuo processo de fusões de unidades hospitalares muito abrangentes, por decisão política que tinha por convicção que os hospitais concentrados levariam a menores custos de exploração. Perante a análise realizada, os resultados indicaram que alguns CH tornaram-se demasiado grandes para explorar economias de escala, pelo que adveio uma dificuldade de alcançar a eficiência preconizada pela combinação de operações e de serviços (Azevedo & Mateus, 2013). Os autores referem mesmo que a nível internacional "São poucos os estudos que avaliam os ganhos através das fusões, comparando o antes e o depois da fusão" (p. 114).

### 9.3. Hipótese de Investigação 3

"Existe um diferencial de eficiência maior nos anos 2012 e 2013 devido ao programa de ajustamento financeiro".

#### 9.3.1. Introdução

O objetivo desta hipótese de investigação prende-se com a análise dos efeitos do programa de ajustamento financeiro do FMI/CE/BCE, nos níveis de eficiência relativa das unidades hospitalares.



Pretende-se saber, em concreto, através das entrevistas, quais as implicações desta intervenção externa de acordo com as opiniões dos entrevistados.

### 9.3.2. Variáveis

Foram consideradas como variáveis.

- *Input:*  
Os custos totais com a atividade hospitalar;
- *Output:*  
Número total de doentes saídos do internamento;  
Número total de sessões em hospital de dia;  
Número total de consultas realizadas;  
Número total de episódios de urgência;  
Número total de cirurgias.

### 9.3.3. Modelos

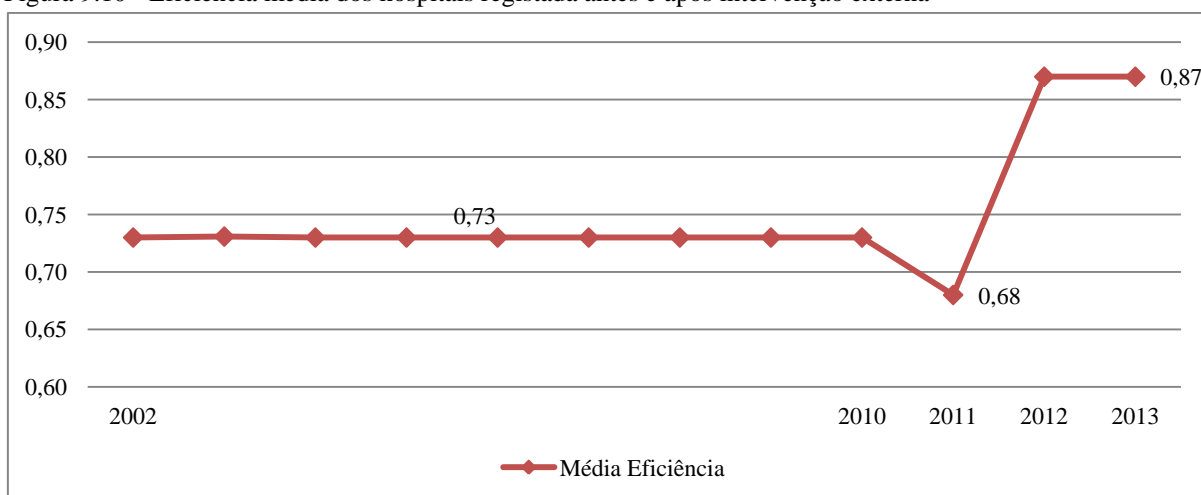
Neste estudo, como foi referido, a avaliação da eficiência realizou-se com recurso à metodologia *Data Envelopment Analysis* (DEA). O modelo selecionado foi o modelo de “Supereficiência SBM não orientado VRS”.

Para analisar quais as implicações desta intervenção externa, foi também colocada uma questão aos entrevistados.

### 9.3.4. Resultados obtidos pela DEA

Na avaliação da eficiência das unidades hospitalares (*vide* anexo XI) considerou-se uma avaliação global, por anos, em termos da variação da eficiência. No entanto, para a análise da influência da intervenção externa em termos de eficiência, foi considerado o ano de implementação (ano 2011) como ano de convergência. Assim analisou-se a eficiência, em termos médios, no período decorrente entre os anos 2002 e 2010 e posteriormente para 2012 e 2013 (figura 9.8).

Figura 9.10 - Eficiência média dos hospitais registada antes e após intervenção externa



Fonte: Elaboração própria

Pela observação, regista-se desde 2002 a 2010 uma eficiência relativa média de 0,73. No ano 2011, provavelmente influenciada por elevadas dívidas dos hospitais, pela instabilidade política e consequente intervenção do programa de ajustamento financeiro, e pelas dúvidas que subsistiam quanto ao futuro do país, a eficiência relativa caiu 6,9%. No período que se seguiu voltou a subir (+27,9%), alcançando uma eficiência relativa média de 0,87.

Apesar destes aumentos, os hospitais continuaram a ser ineficientes em todo o período analisado. Porém, nas conclusões é necessário ter em consideração que a medição da eficiência, com recurso à DEA, permite classificar e avaliar os hospitais através da comparação entre hospitais similares. Esta medida baseia-se na constituição de uma unidade eficiente virtual, construída como uma média ponderada das unidades eficientes em análise para cada ano, e que é utilizada como uma unidade de comparação para as outras unidades de produção em avaliação. Assim, recorde-se que nas orientações do Memorando de Entendimento estava preconizada a redução das verbas das unidades hospitalares, o que em termos práticos induz para a redução de um *input* considerado no estudo, o que influencia os resultados em termos tendenciais no que respeita à variação da eficiência.

#### 9.3.5. Implicações que estiveram na base do aumento da eficiência

Perante a limitação relacionada com a redução do *input* por medida governamental imposta pela política de austeridade, a eficiência relativa, como foi analisado no ponto anterior, aumentou. De modo a validar o impacto da implementação do programa de ajustamento

financeiro ao subsector hospitalar, pretendeu-se saber, na opinião dos administradores/gestores, se as medidas de austeridade geraram aumento da eficiência e também quais as implicações na prestação de cuidados aos cidadãos portugueses. Para este fim, foi colocada a seguinte questão: “A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?”.

A informação foi organizada com recursos à análise de conteúdo, em 7 unidades de registo. O quadro seguinte apresenta o número de verbalizações apuradas.

Quadro 9.13 - Frequência das concetualizações relativas aos efeitos da aplicação do programa de ajustamento financeiro.

Respostas	Total		Formação				Por cargo			
	n	%	Admin.		Gestores		Presidentes		Vogais	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim (Efeito positivo na eficiência)	79	87,78	32	35,56	47	52,22	29	32,22	50	55,56
Não (Efeito negativo na eficiência)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Não sabe/não responde	11	12,22	4	4,44	7	7,78	1	1,11	10	11,11
	90	100,00	36	40,00	54	60,00	30	33,33	60	66,67
Unidade de registo	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sem implicações	24	13,26	9	4,97	15	8,29	6	3,31	18	9,94
Subprestação de cuidados	21	11,60	9	4,97	12	6,63	9	4,97	12	6,63
Défices de qualidade na prestação	50	27,62	20	11,05	30	16,57	20	11,05	30	16,57
Condicionamento do acesso	33	18,23	10	5,52	23	12,71	12	6,63	21	11,60
Diminuição dos equipamentos/materiais	7	3,87	5	2,76	2	1,10	2	1,10	5	2,76
Desinvestimento tecnológico nos meios	18	9,94	7	3,87	11	6,08	5	2,76	13	7,18
Desmotivação profissional	28	15,47	10	5,52	18	9,94	11	6,08	17	9,39
	181	100,00	70	38,67	111	61,33	65	35,91	116	64,09

Fonte: Elaboração própria

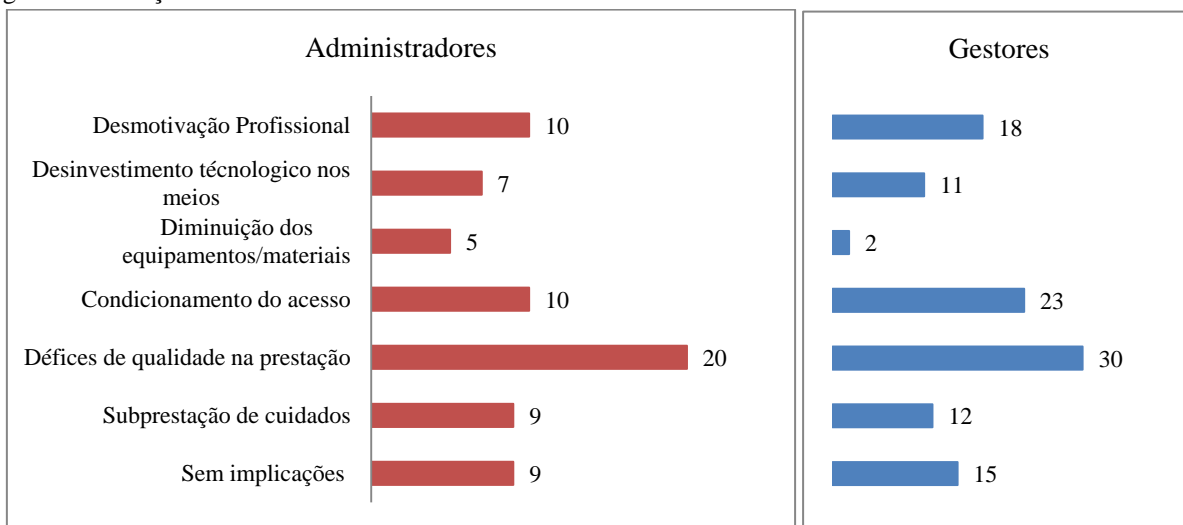
Quando questionado o efeito, em termos de eficiência, do programa de intervenção externa, foi consensual nas respostas dadas, o cariz positivo que este teve (87,78%). Os entrevistados salientaram, de uma forma global, que houve a obrigatoriedade de reduzir drasticamente os custos pelo subfinanciamento ocasionado (*exs. "devido à redução de 200 milhões da troika" (E2, p.2); "Foram eficientes pois reduziram os custos" (E65, p.2); "Os resultados poderão ter sido economicamente melhores, a austeridade assim obrigou com o subfinanciamento" (E90, p.2)*).

Quando questionados sobre as implicações que a aplicação das medidas de austeridade tiveram na prestação direta de cuidados colheram-se 181 opiniões, sendo que 157 (86,74%) indicam claros problemas associados às medidas e apenas 24 (13,26%) referem não ter havido qualquer consequência (exs. *"Não há limitações. Há mitos"* (E17, p.2); *"Nunca observei, na minha experiência, nestes 3 anos qualquer consequência"* (E13, p.2); *"Nunca ficou ninguém por atender, pois não?"* (E79, p.2))

Agruparam-se as verbalizações apontadas para as implicações referidas em 6 unidades de registo. A primeira, com 27,62% (n=50), retrata défices de qualidade (exs. *"Deficiente qualidade na prestação"* (E8, p.2); *"materiais de consumo com menor qualidade"* (E3, p.2); *"Menor qualidade dos recursos"* (E70, p.2)); uma segunda, com 18,23% (n=33), reflete o condicionamento do acesso (exs. *"falta de meios humanos"* (E4, p.2); *"Maior tempo de espera"* (E39, p.2); *"Menor oferta de serviços"* (E49, p.2)); uma terceira (15,47% - n=28), que destaca a desmotivação profissional (exs. *desmotivação dos funcionários"* (E2, p.2)); *"Profissionais desgastados"* (E84, p.2); *"Desmotivação dos funcionários"* (E10, p.2)), a subprestação de cuidados (11,60% - n=21) (exs. *"Prestação de cuidados aquém do esperado"* (E7, p.2); *"Subprestação domina o atendimento urgente"* (E14, p.2); *"utente não se encontra no centro do sistema, há deslizes"* (E78, p.2)), o desinvestimento em meios tecnológicos (9,94% -n=18) (exs. *"pouco investimento em adquirir mais e melhor tecnologia"* (E1, p.2); *"baixo investimento em meios tecnológicos"* (E9, p.2); *"Atraso tecnológico"* (E49, p.2)) e por fim com uma menor significância a diminuição de equipamentos/materiais (3,87% - n=7) (exs. *"Défices de recursos humanos"* (E59, p.2)).

A ordem de referenciação das implicações varia consoante o grau de formação dos entrevistados ou com o cargo ocupado. As figuras seguintes apresentam graficamente essas expressões.

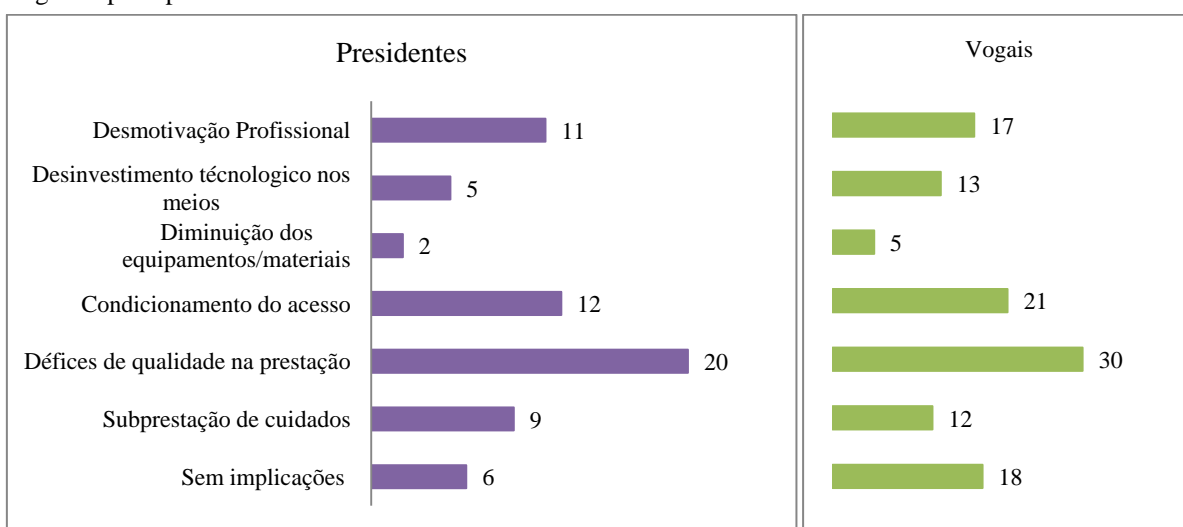
Figura 9.11 - Categorização do número de verbalizações referentes à implicação das medidas de austeridade, por grau de formação dos entrevistados



Fonte: Elaboração própria

Como se pode observar, os administradores e gestores concordam que a implicação que mais se notou foi a diminuição da qualidade. Porém, as respostas já não são unânimes nas restantes consequências. Os administradores apresentam respostas mais homogêneas, apontando de seguida a desmotivação profissional e o condicionamento do acesso. No entanto, os gestores discriminam mais as implicações apresentando uma distribuição mais heterogênea das opiniões, diferenciando o condicionamento do acesso e a desmotivação profissional.

Figura 9.12 - Categorização do número de verbalizações referentes à implicação das medidas de austeridade, por cargo ocupado pelos entrevistados



Fonte: Elaboração própria

A priorização das verbalizações dos entrevistados de acordo com a posição que ocupam no CA, diferiu entre os elementos que ocuparam o cargo de presidente e os que ocuparam cargo de vogal. No entanto, ambos privilegiam como principais implicações os défices de qualidade, o condicionamento do aceso e a desmotivação profissional. Como fator menos imperativo referiram a diminuição dos equipamentos/materiais. Há ainda a referir que nos vogais se registou uma grande proporção de respostas que referem a ausência de implicações

#### 9.3.6. Conclusões

O objetivo desta hipótese de investigação foi testar se as unidades hospitalares apresentaram resultados globais de incremento de eficiência, após a implementação do programa de ajustamento financeiro. Também se pretendeu observar os fatores que poderiam estar na base deste diferencial.

De acordo com a análise realizada nos pontos 9.3.4 e 9.3.5., é possível concluir que:

- A eficiência relativa das unidades hospitalares aumentou para os anos 2012 e 2013 (após intervenção do programa de ajustamento);
  - Na base deste aumento esteve uma redução no financiamento das unidades;
- A intervenção externa teve implicações (com os ditos "cortes" - subfinanciamento) em algumas unidades hospitalares;
  - Na opinião dos entrevistados, estas implicações surgiram ao nível da qualidade assistencial, do condicionamento do acesso, da motivação dos profissionais, da subprestação e do desinvestimento tecnológico.

Perante as conclusões observadas, a hipótese formulada não pode ser rejeitada quando analisados os números. Porém, não se deverá confundir este aumento de eficiência com um funcionamento pleno e ideal para a continuidade do subsetor hospitalar, idealizando-se a necessidade de uma reforma hospitalar para colmatar as falhas apontadas, de acordo com a perceção de quem gere estas unidades.

## 10. CONCLUSÕES

### 10.1. Considerações finais

Após um período de crescimento enquadrado num modelo burocrático, no qual o Estado era chamado a intervir, passou-se para uma fase em que a Administração Pública viveu uma nova fase com o NPM e a introdução de modelos de gestão caraterísticos do setor empresarial.

O setor da saúde não esteve alheio ao paradigma do NPM. Por um lado, verificou-se que o Estado abandonou o seu papel exclusivo de financiador/prestador de serviços, passando a um papel ativo de regulação, promovendo a contratualização com as unidades de saúde. Por outro lado, o NPM trouxe uma nova perspetiva de governação, que centra a sua ação no cidadão e tem forte influência no processo que deu origem à empresarialização hospitalar (marcada por uma cultura de racionalização de recursos e centrada na inovação). Houve assim um corte com o modelo da Administração Pública Tradicional, sendo implementadas medidas ao nível da gestão hospitalar, com o objetivo de melhorar a eficiência sob um ponto de vista económico-financeiro, através de uma racionalização de recursos, o que conduziu a uma nova cultura no setor da saúde, sem pôr em causa a prestação de cuidados.

Com o objetivo de obter ganhos em saúde, eficiência, maior produtividade e desempenho no setor, sem descorar a qualidade e a equidade de acesso, foram realizadas experiências ao nível da gestão hospitalar, com a implementação de uma gestão empresarial e da concessão a entidades privadas, através do estabelecimento de parcerias público-privadas. Estas iniciativas experimentais iniciaram-se em 1995, no Hospital Fernando da Fonseca, que foi o primeiro hospital público com gestão concessionada por uma entidade privada. Posteriormente, em 1998 (Hospital de São Sebastião) e com as mesmas caraterísticas de 2001 (Hospital do Barlavento Algarvio), foi implementada outra experiência inovadora de gestão num âmbito de gestão pública (sem concessão), mas com um modelo de gestão empresarial. Neste tipo de gestão verifica-se um afastamento das normas do direito administrativo, recorrendo-se ao direito privado, designadamente ao nível dos recursos humanos e da aquisição de bens e serviços. No ano de 1999 (Unidade Local de Saúde de Matosinhos), verificou-se também uma nova experiência de gestão com caraterísticas similares ao modelo referido nos hospitais de São Sebastião e do Barlavento Algarvio, mas que incorpora os centros de saúde da área envolvente

No ano 2002 foi aplicada a primeira reforma na gestão hospitalar, que consistiu na empresarialização de 34 hospitais do Setor Público Administrativo, em 31 unidades Sociedade Anónima de capitais exclusivamente públicos. Neste modelo, o Estado deixa o seu papel de financiador e de prestador de cuidados de saúde, centrando a sua ação na supervisão e regulação do sistema, com um nível de exigência e de desempenho da gestão, de modo a aumentar a eficiência na rede hospitalar. Sucessivamente, os governos deram azo a estas políticas de empresarialização e em 2005, o XVII Governo Constitucional promoveu uma nova alteração do estatuto das unidades hospitalares, passando a integrar o Setor Empresarial do Estado. O estatuto E.P.E. tornou as unidades hospitalares mais próximas do sistema público (não permitiam a participação de outras entidades e não estava prevista a falência).

Em simultâneo com estas transformações do estatuto jurídico surgiram duas outras políticas para a reforma da gestão hospitalar: a primeira com a de fusão/concentração de unidades hospitalares, constituindo-se assim os centros hospitalares e uma segunda que aliava a integração dos cuidados hospitalares com os cuidados de saúde primários, dando origem a unidades locais de saúde.

As políticas de transformação de unidades SPA em E.P.E. e de constituição de centros hospitalares foram transversais, numa perspetiva de continuidade, aos sucessivos governos entre os anos 2002 e 2013. Este estudo teve como objetivo analisar estas reformas na gestão hospitalar, de modo a verificar de que forma contribuíram para o aumento do desempenho (em termos de eficiência) das unidades empresariais, relativamente às do Setor Público Administrativo e das unidades sujeitas a processo de fusão, relativamente às que ficaram de fora desta política de concentração.

No período de tempo em análise, mais precisamente no ano de 2011, foi implementado em Portugal um programa de ajustamento financeiro (BCE/FMI/CE), que teve medidas específicas para o subsetor hospitalar na procura de uma maior eficiência para o mesmo. Assim, procurou-se também avaliar os efeitos desta intervenção externa para os anos 2012 e 2013 na eficiência da gestão dos hospitais, comparativamente aos anos anteriores em estudo.

Recorrendo à metodologia DEA, propôs-se a seguinte abordagem:



- Analisar a eficiência, considerando que as unidades de produção (hospitais/centros hospitalares) podem reduzir o valor dos seus *inputs* e, em simultâneo, aumentar o do *output*;
- Analisar a produtividade dos hospitais e centros hospitalares (com recurso ao cálculo do índice de *Malmquist*), considerando que as unidades podem reduzir/aumentar o seu índice de produtividade, quando comparados os anos "t" e "t+k";
- Introduzir o conceito de supereficiência, possibilitando assim uma maior discriminação das instituições de saúde em estudo (recorde-se que a metodologia da DEA considera as unidades quando eficientes com rácio =1) e permitindo ultrapassar as regras empíricas relacionadas com o número de variáveis vs número de unidades de produção;
- Analisar a evolução das eficiências para cada unidade de produção, tendo como referência o histórico registado nos anos em análise.

Através da aplicação desta metodologia, obtiveram-se os dados relativos à eficiência de cada unidade hospitalar (em cada ano em estudo) e à evolução da produtividade para os centros hospitalares, antes e após a fusão. Com a aplicação da metodologia DEA foram observados diferenciais de eficiência entre unidades SPA - S.A./E.P.E. e unidades com o mesmo modelo de gestão (E.P.E.). Para avaliar os efeitos que estariam na base destas divergências, foram realizadas entrevistas aos gestores e administradores hospitalares que exerceram atividades na liderança das unidades constituintes da amostra. As respostas foram relacionadas com os resultados obtidos pela aplicação da DEA.

Para atingir os objetivos propostos, o estudo desenvolveu-se em torno de três hipóteses de investigação:

Hipótese de investigação 1 – "Os novos processos resultantes da empresarialização dos hospitais melhoraram o desempenho relativamente às unidades que permaneceram no Setor Público Administrativo";

Hipótese de investigação 2 – "A produtividade aumenta nas unidades sujeitas a processos de concentração/fusão ao longo dos anos em estudo";

Hipótese de investigação 3 – "Existe um diferencial de eficiência maior nos anos 2012 e 2013 devido ao programa de ajustamento financeiro".

Perante a análise efetuada no capítulo 9, as principais considerações/conclusões a retirar são:

a) Para a primeira hipótese:

- A comparação direta dos rácios de eficiência, em cada unidade, nos anos em que integravam o SPA, relativamente aos anos pós-empresarialização, só seria possível se as unidades se mantivessem ao longo do tempo sem fusões/concentrações;
- A análise centrou-se: na evolução das médias anuais dos rácios de eficiência apuradas em cada ano; na proporção de hospitais SPA-S.A./E.P.E. existentes no total de unidades eficientes (rácio $\geq$ 1) para cada ano e na avaliação dos principais efeitos/fatores que poderiam estar na base dos diferenciais de eficiência registados entre as unidades SPA-S.A./E.P.E. e entre as unidades com o mesmo estatuto jurídico (E.P.E.). Nestas circunstâncias, verificou-se que:
  - A eficiência relativa aumenta ao longo do período considerado no estudo;
  - Os hospitais empresa apenas demonstraram melhores resultados, em termos de eficiência, a partir do ano 2005, com a transformação em Entidades Públicas Empresariais;
  - Os principais efeitos que estão na base do diferencial entre os hospitais SPA-S.A./E.P.E. relacionam-se com a maior autonomia e responsabilização da gestão, com o novo modelo de relação com o Estado (contratualização e financiamento prospetivo), com a maior preocupação com a qualidade, com a obrigatoriedade da demonstração de contas e com uma melhor gestão de recursos pelos profissionais que se demonstram mais experientes.
  - De acordo com as entrevistas, pode referir-se que o diferencial de eficiência registado entre as unidades E.P.E. foi essencialmente devido às dívidas a fornecedores, à subprestação de cuidados e à seleção adversa de doentes.

b) Para a segunda hipótese:

- Por falta de informação limitou-se a análise ao período decorrente entre os anos 2002 e 2012;
- A fim de apurar o comportamento da produtividade, foi aplicado à análise da DEA, o índice de *Malmquist*. Os índices de produtividade obtidos foram analisados, em termos médios, para os centros hospitalares (de forma global) e para cada unidade, considerando-se os períodos antes e após fusão. Neste quadro:

- Em termos médios a produtividade, após processos de fusão, apresentou uma taxa de crescimento negativa em 2,3% (cerca de menos 2,7% relativamente ao período anterior às fusões). A produtividade dos hospitais não sujeitos a esta política caiu 0,6%;

- Quando analisados individualmente, registou-se que apenas 40% dos centros hospitalares (8 unidades) apresentaram produtividades médias crescentes após fusão. Nas restantes 12 unidades a produtividade caiu.

• Pela realização de entrevistas pode-se inferir, contrariamente ao resultado obtido pela aplicação da DEA/índice de *Malmquist*, que o aumento de produtividade com a política de fusão/concentração de unidades se deveu à optimização de recursos, à promoção do acesso, à organização de serviços e à centralização de meios.

c) Para a terceira hipótese:

• Constatou-se que, em termos médios, após a implementação das medidas do programa de financiamento externo para os hospitais, a eficiência relativa aumentou. Porém, de acordo com as entrevistas realizadas:

- Os melhores resultados de eficiência são associados a uma diminuição no financiamento das unidades, prevista no memorando, e não a melhores resultados na produção. Neste quadro, os entrevistados referem a existência: de défices na qualidade assistencial, de condicionamento no acesso, de desmotivação dos profissionais, de uma deficiente prestação (subprestação) e de um fraco investimento tecnológico.

## 10.2. Limitações da investigação

Seguidamente, irão ser enumeradas algumas limitações verificadas na realização deste estudo:

1. Acesso dificultado aos dados:

- Nem todas as unidades hospitalares publicam os seus relatórios de gestão e contas no *website* institucional;

- A maioria dos relatórios de gestão e contas para os anos 2011/2012 e 2013 não se encontram publicados pela ACSS na sua página oficial.

2. Fraca colaboração das instituições hospitalares:

- Os dados para os anos em falta foram solicitados às respetivas unidades por correio eletrónico. No entanto, apenas se obtiveram três respostas.

3. Condicionamento da informação disponível:

- Em relação aos hospitais integrados em unidades locais de saúde, os relatórios disponíveis não diferenciam os custos/movimento assistenciais da unidade hospitalar e dos centros de saúde;
- Os dados dos custos com a prestação, no período de tempo considerado, dizem respeito ao total da despesa efetiva. Não existe uma discriminação por linha de produção, o que impossibilita avaliar quais as atividades que são mais ineficientes.

10.3. Sugestões para investigação futura

As experiências recentes demonstram várias tentativas de modernização e reforma da gestão dos hospitais públicos. Independentemente da contestação verificada em cada experiência, os modelos implementados traduziram resultados positivos, nesta análise, ainda que discretos no período 2002/2013.

Esta investigação que agora se apresenta, sugere como sugestões para investigações futuras:

1. Ao nível do modelo utilizado:

- Uma análise das unidades públicas, recorrendo à mesma metodologia, para um período temporal mais alargado.

2. Ao nível dos diferentes regimes jurídicos:

- Estabelecer uma comparação entre a eficiência das unidades públicas vs. privadas;
- Estabelecer uma comparação entre a produtividade dos hospitais SPA, E.P.E., PPP e das unidades dos principais grupos privados.

3. Ao nível do modelo/tipo de organização:

- Comparar a variação da eficiência dos hospitais singulares, dos hospitais integrados em ULS e dos centros hospitalares.

4. Ao nível das áreas de produção

- Analisar a produtividade das unidades hospitalares por linha de atividade.

Os estudos futuros sobre esta temática poderão ser uma mais-valia ou uma base de sustentação para uma nova reforma hospitalar à luz da evolução das políticas de saúde, de modo a dar continuidade à obtenção de ganhos em saúde para os cidadãos, com elevado desempenho,

eficiência e produtividade, sem perder ou colocar em risco a equidade no acesso e a qualidade dos cuidados.



## 11.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, P. (2011). *A empresarialização dos hospitais públicos em Portugal: análise comparativa da eficiência dos hospitais S.A. transformados em E.P.E.* Lisboa: Chiado editora.
- ACSS (2008a) - Administração Central do Sistema de Saúde, IP. *Relatório e contas SNS 2006.* Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde.
- ACSS (2008b) - Administração Central do Sistema de Saúde, IP. *Adendas ao contrato-programa do Hospital do Barlavento Algarvio.* Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde.
- ACSS (2008c) - Administração Central do Sistema de Saúde, IP. *Adendas ao contrato-programa do Centro Hospitalar do Baixo Alentejo.* Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde.
- ACSS (2008d) - Administração Central do Sistema de Saúde, IP. *Adendas ao contrato-programa do Hospital Infante D. Pedro.* Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde.
- ACSS (2010) - Administração Central do Sistema de Saúde, IP. *Metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos. Contrato Programa (2010-2012) para as Unidades Locais de Saúde.* Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, IP.
- ACSS (2012) - Administração Central do Sistema de Saúde, IP (2012). *Contrato-Programa 2012: Metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos.* Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, IP.
- Adamu, A. (2010). The practicability of activity based costing system in hospitality industry. *Journal of Accounting*, 20(14), 36-49.
- Adler, N., Friedman, L., & Sinuany-Stern, Z. (2002). Review of ranking methods in the data envelopment analysis context. *European Journal of Operational Research*, 140(2), 249-65.
- Afonso, A., & Fernandes, S. (2006). Measuring local government spending efficiency: Evidence for the Lisbon Region. *Regional Studies*, 40(1), 39-53.
- Afonso, A., & St. Aubyn, A. (2005). Non-parametric approaches to education and health efficiency in OECD countries. *Journal of Applied Economics*, 8(2), 227-246.
- Aigner, D., Lovell, C., & Schmidt, P. (1977). Formulation and estimation of stochastic frontier production functions models. *Journal of Econometrics*, 6(1), 21-37.
- Almeida, A., & Figue, J. (2011). Evaluating hospital efficiency for quality indicators: an application to Portuguese NHS hospitals. Working Paper n.º435. Porto: Faculdade de Economia - Universidade do Porto.
- Almeida, F. (2011). Liberdade de escolha na saúde. In Fernandes, A. (coord). *Liberdade de escolha em saúde. Utopia ou realidade?* (pp. 41-47). Loures: Diário de Bordo.
- Al-shammari, M. (1999). A multi-criteria data envelopment analysis model for measuring the productive efficiency of hospitals. *International Journal Operation and Production Management*, 19, 879-891.
- 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.

- Amado, C., Santos, S., & Marques, P. (2012). Integrating the data envelopment analysis and the balanced scorecard approaches for enhanced performance assessment. *Omega*, 40(3), 390–403.
- Andersen, P., & Petersen, N. (1993). A procedure for ranking efficient units in data envelopment analyses. *Management Science*, 39(10), 1261–1264.
- Antunes, E., Gonçalves, J., Santos, M., Alexandre, M., & Godinho, P. (2011). Contratualização em saúde - efectividade do sistema de incentivos. *8º Congresso Nacional de Administração Pública*, 191 - 217.
- Antunes, M. (2000). *A doença da saúde. SNS: Ineficiência e desperdícios*. Lisboa: Quetzal editores.
- APES – Associação Portuguesa de Economia da Saúde (1996). *Financiamento da saúde em Portugal*. Documento de trabalho n.º 4/97. Lisboa: APES.
- Araújo, J. (2000a). Hierarquia e Mercado: A Experiência Recente da Administração Gestionária. In Acta Geral do 2º Encontro INA: *Moderna Gestão Pública* (pp. 149-161) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Araújo, J. (2000b). Tendências recentes de abordagem à reforma administrativa. *Revista Portuguesa de Administração e Políticas Públicas*, 1, 38-47.
- Araújo, J. (2002). NPM and the change in Portuguese central government. *International Public Management Journal*, 5(3), 223-236.
- Araújo, J. (2005). *A reforma do SNS: o novo contexto de gestão pública*. Braga: Universidade do Minho.
- Araújo, J. (2013). Da nova gestão pública à nova governação pública: pressões emergentes da fragmentação das estruturas da administração pública. In Araújo, J. & Silvestre, H. (orgs). *Compendio em Administração Pública* (cap.3). Lisboa: Escolar Editora.
- Araújo, J., & Rodrigues, M. (2005). *Nova gestão pública na governação local*. Braga: Universidade do Minho. Consultado a 28 de maio de 2014, disponível em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4545/1/INA2005.pdf>.
- Aroso, A. (2000). Depoimento. In Presidência da República (Org.). *Problemas e Propostas para o Sistema de Saúde* (pp.19-24). Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda.
- Atarrodona, D., & Puig-Junoy, J. (1998). Market Structure and Hospital Efficiency: Evaluating Potential Effects of Deregulation in a National Health Service. *Review of Industrial Organization*, 13(4), 447-466.
- Athanassopoulos, A., Gounaris, C., & Sissouras, A. (1999). A descriptive assessment of the production and cost efficiency of general hospitals in Greece. *Health Care Management Science*, 2(2). 97-106.
- Athanassopoulos, A., & Gounaris, C. (2001). Assessing the technical and allocative efficiency of hospital operations in Greece and its resource allocation implications. *European Journal of Operational Research*, 133(2), p. 416-431.
- Azevedo, H., & Mateus, C. (2013). Cost effects of hospital megers in Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(1), 106-117



- Bach, S., & Kessler, I. (2007). Human Resource Management and the New Public Management. In Boxall, P.; Purcell, J. & Wright, P. (orgs.). *The Oxford Handbook of Human Resource Management* (pp. 469-488). Oxford: Oxford University Press.
- Bago D'uva, 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
- Bakar, A., Hakim, I., Chong, S., & Lin, B. (2010), Measuring supply chain performance among public hospital laboratories. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 59(1), 75-97.
- Baker, J. (1998). *Activity-based costing and activity-based management for health care*. Nova Iorque: Aspen Publishers.
- Banker, R., Charnes, A., & Cooper, W. (1984). Some models for estimating technical and scale inefficiencies in data envelopment analysis. *Management Science*, 30(9), 1078-1092.
- Banker, R., Charnes, A., Cooper, W., Swarts, J. & Thomas, D. (1989). An introduction to data envelopment analysis with some models and their uses. *Research in Governmental and Non-Profit Accounting*, 5, 125-163.
- Bannick, R., & Ozcan, Y. (1994). Trends in department of defense hospital efficiency. *Health Services Management Research*, 18(2), 69–83.
- Bannick, R., & Ozcan, Y. (1995). Efficiency analysis of federally funded hospitals: comparison of DOD and VA hospitals using data envelopment analysis. *Health Services Management Research*, 8(2), 73-85
- Barbetta, G., Turati, G., & Zago, A. (2001). *On the impact of ownership structure and hospital efficiency*. Itália: Università Cattolica di Milano, Istituto di Economia e Finanza.
- Barbetta, G., Turati, G., & Zago, A. (2007). Behavioral differences between public and private not for profit hospitals in the Italian National Health Service. *Health economics*, 16(1), 75-96.
- Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barnum, H., & Kutzin, J. (1993). *Public hospitals in developing countries*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Barnum, H., Kutzin, J., & Saxenian, H. (1995). Incentives and Provider Payment Methods. *International Journal of Health Planning and Management*, 10, 23-45.
- Barreiro, S. (2005). Referênciação e comunicação entre cuidados de saúde primários e secundários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21, 545-553.
- Barros, P. (1997). *Eficiência e modos de pagamento aos hospitais*. Documento de trabalho n.º 3/97. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde.
- Barros, P. (1999a). Eficiência e modos de pagamento aos hospitais. In Barros, P., & Simões, J. (orgs.). *Livro de Homenagem a Augusto Mantas*. Cascais: Príncipeia.
- Barros, P. (1999b). As políticas de saúde em Portugal nos últimos 25 anos. In 6.º Encontro Nacional de Economia da Saúde. *As desigualdades perante a saúde* (pp.1-19). Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde.
- Barros, P. (2000). *Cream-skimming, incentives for efficiency and risk adjustment*. Universidade Nova de Lisboa: Faculdade de Economia.

- Barros, P. (2003a). *Análise de eficiência de hospitais portugueses - apresentado no 8º encontro nacional de economia da saúde*. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde.
- Barros, P. (2003b). Cream-skimming incentives for efficiency and payment system. *Journal of Health Economics*, 22, 419-443.
- Barros, P. (2004). O mixed bang das reformas do sector da saúde pós-2002. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, 51-56.
- Barros, P. (2010). As parcerias público privadas na saúde em Portugal. In Simões, J. (Coord.). *30 Anos de Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado* (pp. 519-560). Coimbra: Almedina
- Barros, P. (2012). Um ano de Troika e a política de saúde. In Fernandes & Barros. *Um ano depois da Troika na política de saúde* (pp.73-116). Cascais: Príncipia Editora.
- Barros, P. (2013a). *Economia da saúde - conceitos e comportamentos (3ª edição)*. Coimbra: Almedina
- Barros, P. (2013b). *Pela sua saúde*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa: Relógio d'água editores.
- Barros, P., & Gomes, J. (2002). *Os sistemas nacionais de saúde da União Europeia, principais modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema hospitalar português*. Lisboa: Gabinete de Apoio aos Novos Empresários do Comércio, Faculdade de Economia, Universidade Nova de Lisboa.
- Barros, P., Machado, M. & Simões, J. (2011). Portugal: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 3(4), 1-156. OCDE.
- Barros, P., Pereira, J., & Simões, J. (2007). *A sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa: Ministério da saúde.
- Barros, P., & Simões, J. (2007). Portugal health system review. In Allin, S., & Mossialos, E. (Eds) *Health Systems in Transition* (pp.1-163). Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Barzeley, M. (2001). *The new public management*. New York: Russel Sage Foundation.
- Battese, G., & Coelli, T. (1995). A model for technical efficiency effects in a stochastic frontier production function for panel data. *Empirical Economics*, 20, 325-332.
- Behn, R. (1999). The New Public Management Paradigm and the Search of Demo-cratic Accountability. *International Public Management Journal*, 1(2), 131-265.
- Bentes, M. (1998). *O financiamento dos hospitais*. Lisboa: IGIF
- Bentes, M., & Berardo, A. (2003). Financiamento dos cuidados de saúde diferenciados. Lisboa: 8º Encontro nacional de economia de saúde.
- Bentes, M., Gonçalves, M., Pina, E., & Santos, M. (1996). A Utilidade da Informação de Rotina na Avaliação de Qualidade: o Controlo dos GDHs. In APES (Org.). *As reformas dos sistemas de saúde* (pp. 267-290). Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde.
- Bentes, M., Gonçalves, M., Tranquada, S. & Urbano, J. (1996). A utilização dos GDH como instrumento de financiamento hospitalar. *Gestão Hospitalar*, 33, 33-42

- Bentes, M., Urbano, J., Carvalho, C., & Tranquada, S. (1993). Using DRG's to found hospitals in Portugal: An evolution of the experience. In Casas, M. & Wiley, M. *Diagnosis related groups in Europe: uses and perspectives (part.3)*. Berlin: Springer-Verlag
- Berg, S., Forsund, F., & Jansen, E. (1992). Malmquist indices of productivity growth during the deregulation of Norwegian banking, 1980-89. *Scandinavian Journal of Economics*, 94, 211-228.
- Bertot, J., Jaeger, P., & Grimes, J. (2012). Promoting transparency and accountability through ICTs, social media, and collaborative e-government. *Transforming Government. People, Process and Policy*, 6(1), 78-91
- Berwick, D., Nolan, T., Whittington, J. (2008). The triple aim: Care, health, and cost. *Health Affairs*, 27(3), 759-769.
- Bevil, M. (2009). *Key Concepts in Governance*. Los Angeles: Sage.
- Biarn E., Hagen, T., Iversen, T., & Magnussen, J. (2003). The Effect of Activity-Based Financing on Hospital Efficiency: A Panel Data Analysis of DEA Efficiency Scores 1992-2000. *Health Care Management Science*, 6(4), 271-283.
- Bilhim, J. (2000a). Gerir a Administração Pública como uma empresa. In Bilhim, J. (Coord.). *Reforma do Estado e Administração Pública Gestionária* (pp. 75-84). Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Bilhim, J. (2000b). Reduzir o insustentável peso do Estado para aumentar a leveza da Administração. *Revista Portuguesa de Administração e Políticas Públicas*, 1, 18-37.
- Bilhim, J. (2008). *Teoria Organizacional: Estruturas e pessoas* (6.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Bilhim, J. (2013). *Ciência da administração*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Bingham, L., Nabatchi, T. & O'Leary, R. (2005). The new governance: practices and processes for stakeholder and citizen participation in the work of government. *Public Administration Review*, 65(5), 547-58.
- Bogason, P., & Brans, M. (2008). Training and teaching. Making public administration: teaching and theory relevant. *European Consortium for Political Research*, 7, 84-97.
- Borges, A. (2013). *Catastrophic health care expenditures in Portugal between 2000-2010: assessing impoverishment determinants and policy implications*. Master in Economics. Lisboa: Nova School of Business and Economics.
- Borges, C., Ramalho, R., Bajanca, M., Oliveira, T, Major, M., Diz, P. & Rofrigues, V. (2009). Implementação de um sistema de custeio por actividades nos hospitais do SNS. *Revista portuguesa de saúde pública*, 9, 141-160.
- Botelho, A., & Capelas, H. (2011). Liberdade de escolha na saúde, até que ponto?. In Fernandes, A. (coord). *Liberdade de escolha em saúde. Utopia ou realidade?* (pp. 15-20). Loures: Diário de Bordo.
- Bovaird, T., & Löffler, E. (2003). Evaluation the quality of public governance: indicators, Models and methodologies. *International Review of Administrative Sciences*, 69(3), 313-328
- Bovaird, T., & Löffler, E. (2005). Public governance: balancing stakeholder power in a network society. *International Review of Administrative Sciences*, 71(2), 217-228.

- Bovaird, T., & Löffler, E. (2009). *Public management and governance 2nd edition*. Nova Iorque: Routledge
- Bowlin, W. (1998). Measuring performance: an introduction to data envelopment analysis (DEA). *Journal of Cost Analysis*, Fall, 3-27.
- Boyne, G. (2002). Public and private management: What's the difference? *Journal of Management Studies*, 39 (1), 97-122.
- Boyne, G. (2003). Sources of public service improvement: A critical review and research agenda. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 13, 367-394.
- Boyte, H. (2005). Refraining democracy: governance, civic agency, and politics. *Public Administration Review*, 65(5), 536-46.
- Braithaug, A. (2006). Measurement of health output experiences from the norwegian national accounts, *OECD /ONS/Government of Norway workshop on measurement of nonmarket output in education and health*. London: OCDE
- Brodkin, E. (2007). Bureaucracy Redux: Management Reformism and the Welfare State. *Journal of Public Administration Research Theory*, 17(1), 1-17.
- Brooks, G., & Jones, V. (1997). Hospital mergers and marker overlap. *Health Services resource*, 31,701-722
- Bumgarner, J. (2009). The Irony of NPM – The inevitable extension of the role of the American state. *American Review of Public Administration*, 39, 189–207.
- Burgess, J., & Wilson, P. (1993). Technical Efficiency in Veterans Administration Hospitals. In Fried, H., Lovell, C. & Schmidt, S. (Eds). *The Measurement of Productive Efficiency* (pp. 335-351). Oxford: Oxford University Press
- Burgess, J., & Wilson, P. (1995). Decomposing Hospital Productivity Changes 1985-1988: A Nonparametric Malmquist Approach. *Journal of Productivity Analysis*, 6(4), 343-363.
- Burgess, S., Propper, C., & Wilson, D. (2006). Extending Choice in English Health Care: The implications of the economic evidence. *Journal of Social Policy*, 35, 537-555.
- Byrnes, P. & Valdmanis, V. (1994). Analyzing Technical and Allocative Efficiency of Hospitals. In Charnes, A., Cooper, W., Lewin, A., & Seiford, L. (Eds). *Data Envelopment Analysis: Theory, Methodology and Application* (pp.129-144). Boston: Kluwer Publishers.
- Cabral, J., & Barriga, N. (1999). *Economia de escala, eficiência e custos nos hospitais distritais. Evidências empíricas*. Documento de trabalho 2/99. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde.
- Cadilhe, M. (2005). *O sobrepeso do Estado em Portugal*. Uma proposta de reforma conceitual e administrativa. Porto: Fubu editores
- CAHSA - Comissão para avaliação dos hospitais sociedade anónima (2006). *Resultados da avaliação dos Hospitais SA.*, Relatório Síntese. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Callahan, K. (2010). Next wave of performance measurement: citizen engagement. In Svara, J., & Denhardt, J. (Eds). *Connected Communities* (pp. 95-101). Phoenix: Alliance for Innovation.
- Calnan, M., Hutten, J., & Tiljak, H. (2006). The challenge of coordination: the role of primary care professionals in promoting care across the interface. In Saltman, R., Rico, A., & Boerma,

- W. (Eds). *Primary Care in the Driver's Seat? Organizational Reform in European Primary Care* (pp. 85–104). Maidenhead: Open University Press.
- Campos, A. (1999). Administração Pública. Bloqueio e desenvolvimento. In Barros, P., & Simões, J. (orgs.). *Livro de Homenagem a Augusto Mantas* (pp. 171-189). Cascais: Princípia.
- Campos, A. (2000a). Novos modelos de gestão de hospitais. In fórum de economia da saúde, 2 de fevereiro de 2000. *Livro de comunicações* (pp. 47-50). Porto: Departamento de Clínica Geral. Instituto Superior de Estudos Empresariais. Universidade do Porto.
- Campos, A. (2000b). Hospitais: panorama escuro com luzes ao longe. In Presidência da República. *Problemas e Propostas para o Sistema de Saúde* (pp. 45-51). Lisboa: Imprensa Nacional - Casa da Moeda.
- Campos, A. (2001). Despesa e défice na saúde: o percurso financeiro de uma política pública. *Análise Social, XXXVI, 161*, 1079-1104.
- 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. (2005). O Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho – a transformação dos hospitais SA em entidades público empresariais (EPE). *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 23(2)*, 113-135.
- Campos, A. (2007). Por um sistema de saúde mais eficiente. *Cadernos de economia, 80*, 9-15.
- Campos, A. (2008). *Reformas da saúde – o fio condutor*. Coimbra: Edições Almedina.
- Campos, A. & Ramos, F. (2005). Contas e ganhos na saúde em Portugal. Dez Anos de Percurso. In *Desafios para Portugal – Seminários da Presidência da República* (157-223). Lisboa: Casa das Letras.
- Campos, A., & Simões, J. (2011). *O percurso da saúde: Portugal na Europa*. Coimbra: Almedina
- Canotilho, J. (2000). *Paradigmas de estado e paradigmas de administração pública. Moderna gestão pública - dos meios aos resultados, acta geral do 2º encontro INA*. Oeiras: INA - Instituto Nacional de Administração.
- Cardoso, L. (1997). *Gestão estratégica das organizações ao encontro do 3º milénio*. Lisboa: Editorial verbo.
- Carmo (2012). A Troika, o memorando e os serviços de saúde. In Carmo (Org). *Serviço Nacional de Saúde em Portugal: as ameaças, a crise e os desafios* (pp. 85-90). Coimbra: Almedina
- Carreira, C. (1999). *Economias de escala e de gama nos hospitais públicos portugueses: uma aplicação da função de custo variável Translog*. Estudos do GEMF, vol.1. Lisboa: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Carvalho, E. (2007). *Políticas de Reforma Administrativa em Portugal*. Lisboa: Centro de Administração e Políticas Públicas, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (ISCSP).

- Carvalho, M. (2009). *Nova Gestão Pública e Reformas da Saúde: O profissionalismo numa encruzilhada*. Lisboa: Sílabo.
- Carvalho, M. (2013). *Gestão em saúde em Portugal - uma década perdida*. Porto: Vida Económica.
- Casella, P. (2009) O hospital enquanto estrutura. In Campos, L., Borges, M., & Portugal, R. (Org.) *Governança dos hospitais* (pp. 289-302). Alfragide: Casa das Letras.
- Catlaw, T., & Rawlings, K. (2010). Promoting participation from the inside out: workplace democracy and public engagement. In Svava, J., & Denhardt, J. (Eds). *Connected communities* (pp. 115-119). Phoenix: Alliance for Innovation.
- Caves, D., Christensen, L., & Diewert, W. (1982). The economic theory of index numbers and the measurement of input, output and productivity. *Econometrica*, (50), 1393-1414.
- Chang, H. (1998). Determinants of Hospital Efficiency: the Case of Central Government-owned Hospitals in Taiwan. *Omega*, 26(2), 307-317.
- Chang, H., & Cheng, M. (2004). Hospital ownership and operating efficiency: Evidence from Taiwan. *European Journal of Operational Research*, 159(2), 513-27.
- Charnes, A., Cooper, W. & Rhodes, E. (1978). Measuring the efficiency of decision making units. *European Journal of Operational Research*, 2, 429-444.
- Charnes, A., Cooper, W., & Thrall, R. (1991). A structure for classifying and characterizing efficiency and inefficiency in data envelopment analysis. *The Journal of Productivity Analysis*, 2, 197-237.
- Charnes, A., & Cooper, W. (1995). *Data Envelopment Analysis: Theory, Methodology and Application*. Boston: Kluwer Publishers.
- Chen, A., Hwang, Y., & Shao, B. (2005). Measurement and sources of overall and input inefficiencies: Evidences and implications in hospital services. *European Journal of Operational Research*, 161(2), 447-468.
- Chern, J., & e Wan, T. (2000). The impact of the prospective payment system on the technical efficiency of hospitals. *Journal of Medical Systems*, 24(3), 159-172.
- Chilingerian, J. & Sherman, H. (2011) Health-care applications: from hospitals to physicians, from productive efficiency to quality frontiers. In Cooper, W., Seiford, L., & Zhu, J. (Eds). *Handbook on Data Envelopment Analysis* (pp. 445-493). Nova Iorque: Springer.
- Chirikos, T., & Sear, A. (2000). Measuring hospital efficiency: a comparison of two approaches. *Health Services Research*, 34(6), 1389-1408.
- Choi, T., & Robertson, P. (2014). Deliberation and decision in collaborative governance: a simulation of approaches to mitigate power imbalance. *Journal of Public Administration Research Theory*, 24(2), 495-518.
- Coelli, T. (2002). A comparison of alternative productivity growth measures: with application to electricity generation. In Fox, K.(ed.). *Efficiency in the Public Sector* (pp. 169-200). Boston: Kluwer Publishers.
- Coelli, T., Rao, P., O'Donnell, J. & Battese, G. (2005). *An introduction to efficiency and productivity analysis (2nd ed.)*. New York: Springer.
- Comissão de Avaliação dos Hospitais SA (2006), *Resultados da avaliação dos hospitais SA, Síntese dos Resultados*, Apresentação de 16 janeiro de 2006. Lisboa: Ministério da Saúde.

- Cook, B. (1996). *Bureaucracy and self-government*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Cook, W., & Seiford, L. (2009). Data envelopment analysis (DEA)-thirty years on. *European Journal of Operational Research*, 192(1), 1-17.
- Cook, W., & Zhu, J. (2005). *Modelling performance measurement: applications and implementation issues in DEA*. Boston: Springer Science & Business Media, Inc.
- Cooper, R., & Kaplan, R. (1992). Activity based systems measuring the cost of resource usage. *Accounting Horizons*, 6(3), 1-13.
- Cooper, W., Seiford, L. and Tone, K. (2007). *Data envelopment analysis: a comprehensive text with models, applications, references and dea-solver software, 2nd Edition*. Reino Unido: Springer.
- Cooper, W., Seiford, L., & Zhu, J. (2004). *Handbook on data envelopment analysis*. New York: Kluwer Academic Publishers.
- Cope, G. (1997). Bureaucratic reform and issues of political responsiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 7(3), 461-71.
- Costa, C., & Lopes, S. (2005). Avaliação do desempenho dos hospitais SA- memorando. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Costa, C., Santana, R., Lopes, S., & Barriga, N. (2008). A importância do apuramento de custos por doente: metodologias de estimação aplicadas ao internamento hospitalar português. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, 131-146
- Costa, C., Santana, R., & Boto, P. (2008). Financiamento por capitação ajustada pelo risco: conceptualização e aplicação. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, 67-101.
- Coyle, B. (2003). *Corporate governance*. London: ICSA publishing ltd.
- CRES - Conselho de Reflexão sobre a Saúde (1998). *Recomendações para uma Reforma Estrutural*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Cunha, S.; Meireles, M., & Queiroz, A.; (2007). *Investigar para compreender*. Loures: Lusociência.
- Dafny, L. (2005). Estimation and identification of merger effects: an application to hospital mergers. Working Paper n.º11673. Cambridge: National bureau of economic research.
- Daniel, A. (2009). *The King of Oil: The Secret Lives of Marc Rich*. Nova Iorque: St. Martin's Press.
- Debreu, G. (1951). The coefficient of resource utilization. *Econometrica*, 19(3), 273-292.
- Denhardt, J., & Denhardt, R. (2011). *The new public service: serving, not steering. (3<sup>rd</sup> edition)*. Armonk, New York: M.E. Sharpe.
- Devers, K., Shortell, S., Gillies, R., Anderson D., Mitchell J., & Morgan K. (1994). Implementing organized delivery systems: an integration scorecard. *Health Care Management Review*, 19(3), 7-20.
- DGS – Direção-Geral de Saúde (1998). *O hospital português*. Lisboa: DGS
- DGS – Direção-Geral de Saúde (2001). *Glossário de Conceitos para Produção de Estatísticas em Saúde*. Lisboa: DGS

- Dismuke, C., & Sena, V. (1999). Has DRG payment influenced the technical efficiency and productivity of diagnostic technologies in portuguese public hospitals? An empirical analysis using parametric and non-parametric methods. *Health Care Management Science*, 2, 107-116.
- Dorgan, S., Layton, D., Bloom, N., Homkes, R., Sadun, R., Reenen, J. (2010). *Management in healthcare: why good practise really matters*. Londres: Mckinsey & Company.
- Doyle, J., & Green, R. (1994). Efficiency and cross-efficiency in DEA: derivations, meanings and uses. *Journal of the Operational Research Society*, 45(5), 567-578.
- Dranove, D. (1998). Economies of scale in non-revenue producing costcenters: Implications for hospital mergers. *Journal of Health Economics*, 17, 69-83
- Dranove, D., & Shanley, M. (1995). Cost reductions or reputationenhancement as motives for mergers: The logic ofmultihospital systems. *Strategy Management Journal*, 16, 55-74.
- Drummond M., O'Brien B., StoddartG., & Torrance G. (1997). *Methods for the economic valuation of health care programmes (2nd ed)*. Oxford: Oxford University Press.
- Dubois, C., & Contandriopoulos, D. (2007). Service provider. In Bevir, M. (Ed.), *Encyclopedia of governance* (pp. 871-872). Thousand Oaks: SAGE Publications
- Dunleavy, P., & Hood, C. (1994). From Old Public Administration to New Public Management. *Public Money and Management*, 14, 9-16.
- Dunleavy, P., Margetts, H., Bastow, S., & Tinkler, J. (2006). New public management is dead - long live digital-era governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 16(3), 467-494.
- Edwards, J., Carrol, S., & Lashbrook, A. (2011). Achieving efficiency: lessons from four top – performing hospitals. *Commonwealth Fund Publications.*, 15, 1-20.
- Ellis, R. (1998). Creaming, skimping and dumping: provider care on the intensive and extensive margins. *Journal of Health Economics*, 17, 537-550.
- Encinosa, W. (2008). *Cost-Efficient adjustments to deter creaming and skimping*. Agency of Healthcare research and quality. Estados Unidos: Department of Health and Human Services.
- ERS – Entidade Reguladora da Saúde (2011). *Estudo sobre a organização e desempenho das unidades locais de saúde – relatório preliminar I*. Lisboa: ERS.
- ERS – Entidade Reguladora da Saúde (2012). *Estudo de avaliação dos centros hospitalares*. Lisboa: ERS.
- Ersoy, K., Kavuncubasi, S., Ozcan, Y., & Harris, J. (1997). Technical Efficiencies of Turkish Hospitals: DEA Approach. *Journal of Medical Systems*, 21(2), p. 67-74.
- Escoval, A. (1999). *Sistemas de Financiamento da Saúde: análise e tendências*. Lisboa: APES
- Escoval, A. (2003). *Evolução da Administração Pública da Saúde: o Papel da Contratualização – Factores Críticos do Contexto Português*. Tese de Doutoramento. Lisboa : Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa - ISCTE.
- Escoval, A. (2010). O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996-2005). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 7-25.
- Escoval, A., & Matos, T. (2009). A Contratualização e regulação nos hospitais. In Campos, L., Borges, M., e Portugal, R. (Eds.). *Governança dos Hospitais* (pp. 149-186). Alfragide: Casa das Letras.



- Escoval, A., Ribeiro, R., Matos, T. (2010). A contratualização em cuidados de saúde primários: o contexto internacional. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 41-57.
- Fare, R., Grosskopf, S., & Lovell, C. (1993). *Production frontiers*. Cambridge University Press
- Fare, R., Grosskopf, S., Lindgren, B., & Roos, P. (1994). Productivity developments in swedish hospitals: a malmquist output index approach. In Charnes, A.; Cooper, W.; Lewin, A. & Seiford, L. (edits). *Data envelopment analysis: theory, methodology, and applications* (pp. 253-272). Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Farrel (1957). The measurement of productive efficiency. *Journal of the Royal Statistical Society*. 120(3), 253-281.
- Farrel, M. & Fieldhouse, M. (1962). Estimating efficient production under increasing returns to scale. *Journal of the royal statcal society*, 125(2), 252-267
- Farrell, M. (1957). The measurement of productive efficiency. *Journal of Statistics and Social Series*, 120, 253-281.
- Ferlie, E., Ashburner, L., Fitzgerald, L., & Pettigrew, A. (1996). *The New public management in action*, Oxford: university press.
- Fernandes, A. (2008). *Assessing hospital efficiency: non-parametric evidence for portugal.school of economics and management*. Department of Economics. Working Paper 07/2008/DE/UECE. Lisboa: Universidade Técnica.
- Fernandes, A.C. (2011). *Liberdade de escolha em saúde: Utopia ou realidade?*. Loures: Diário de Bordo.
- Fernandes, A.C. (2012). Hospitais: um novo modelo de gestão hospitalar. *Revista XXI, Ter Opinião 2011-2012*, 80-85.
- 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, J. (2012). Intervenção da Troika na gestão dos serviços de saúde. In Fernandes & Barros (Eds). *Um ano depois da Troika na política de saúde* (pp.15-72). Cascais: Príncipia Editora.
- Fernandes, M. (2007). *Desenvolvimento de um sistema de avaliação e melhoria de desempenho no sector do retalho*. Tese de doutoramento. Porto: Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto.
- Ferreira, A. (2004a) Regulação em saúde e regulação das utilities: Que diferenças? *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, 3(1), 42-52.
- Ferreira, A. (2004b). De que falamos quando falamos de regulação em saúde. *Análise Social*, XXXIX (171), 313-337
- Ferreira, A. (2013). *O financiamento hospitalar e a (in)sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde*, disponível em [http://pascal.iseg.utl.pt/~ppereira/Dobrar\\_Esquinta/asf\\_sns\\_3.pdf](http://pascal.iseg.utl.pt/~ppereira/Dobrar_Esquinta/asf_sns_3.pdf), consultado a 20 de maio de 2014.
- Ferreira, A., Escoval, A., Lourenço, A., Matos, T., & Ribeiro, R. (2010). A contratualização de cuidados de saúde. In Simões, J. (coord.). *30 anos do serviço nacional de saúde* (pp. 425-460). Coimbra: Almedina.
- Ferreira, A., Harfouche, A., Campos, C. & Ramos, F. (2006). Políticas de controlo dos gastos públicos com a saúde. *O Economista - Anuário da Economia Portuguesa*, 2006, 111-117.

- Ferrer, R. (2007). De Pursing equity, contact with primary care and specialist clinicians by Demographics, Insurance and Health. Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. *Social science and Mechane*, 52, 1149-1163.
- Ferrier, G., & Valdmanis, V. (2004). Do mergers improve hospitalproductivity? *Journal of the Operational Research Society*, 55, 1071-1080.
- Figueras, J., Robinson, R., & Jakubowski, E. (2005). *Purchasing to improve health systems performance*. Maidenhead, Berkshire : Open University Press.
- Foddy, W. (2002). *Como perguntar: teoria e pratica da construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Oeiras: Celta editora.
- Folland, S., Goodman, A., & Stano, M. (2007), *The economics of health and health care*. New Jersey: Prentice hall.
- Fortin, M. (2000). *O processo de investigação: da conceptualização à realização*. Lisboa: Lusodidactica.
- Fournier, G., Mitchell, J. (1992). Hospital costs and competition for services: a multiproduct analysis. *The Review of Economics and Statistics*, 74, 627-634;
- Fox, C.(1996). Reinventing government as postmodern symbolic politics. *Public Administration Review*, 56(3), 256-61.
- Franco, S. (1991). *Finanças e Sector Público. Introdução aos Subsectores Institucionais*. Lisboa: Faculdade de Direito.
- Frank, R.; Lave, J. (1989). A comparison of hospital responses to reimbursement policies for Medicaid psychiatric patients. *The Rand Journal of Economics*. 20(4), 588-600.
- Frederickson, H., Kevin, B., & Smith (2005). *The Public Administration Theory Primer*. Boulder, Colorado (EUA): Westview Press.
- Frederickson, H., Smith, K., Larimer, C., & Licari, M. (2012). *The public administration theory primer*. Boulder, CO: Westview Press
- Gabe, J., Calnan, M., Bury, M. (1991). *The sociology of the health service*. London: Routledge.
- Gannon, B. (2004). Technical Efficiency of Hospitals in Ireland. In *Research Programme on Health Services, Health Inequalities and Health and Social Gain* (pp.1-31) Dublin: University College Dublin and University of Ulster.
- García, J. (2008). A bed too far: the implementation of freedom of choise policy in the NHS. *Health Policy*, 87, 31-38.
- Gawthrop, L. (1998). *Public Service and Democracy*. New Yoork: Chandler.
- Gerdtham, U., Lothgren, M., Tambour, M. & Rehnberg, M. (1999). Internal market and health care efficiency: a multiple-output stochastic frontier analysis, *Health economics* 8(2), 151-164.
- Gerdtham, U., Rehnberg, C., & Tambour, M. (1999). *The impact of internal markets on health care efficiency: Evidence from health care reforms in Sweden*. Working Paper Series in Economics and Finance, n.º 170.
- Gibson, C. (2006). *Citizens at the Center: A new approach to citizen engagement*. WashintonDC: The Case Foundation.
- Gilmore, R., & Jensen, L. (1998). Reinventing Government Accountability: Public functions, privatization and the meaning of state action. *Public Administration review*, 58(3), 247-258.

- Giraldes, M. (2001). Equidade em áreas socioeconómicas com impacto na saúde em países da UE?. *Cadernos de saúde pública*, 17, 553-554.
- Giraldes, M. (2007). Avaliação da eficiência e da qualidade em hospitais: Entidades Públicas Empresariais e Sector Público Administrativo. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 471-490.
- Given R. (1996). Economies of scale and scope as an explanation of merger and output diversification activities in the health maintenance organization industry. *Journal of Health Economics*, 15, 685-713.
- Glaser, M., Samuel, Y., & Parker, L. (2006). Involving Citizens in the decisions of government and community. *Public administration Quarterly*, 30, 177-217
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the cure of health and the cure of disease. Part I: Differentiation. *Healthcare Management Review*, 26(1), 56-84.
- Gok, M. & Sezen, B. (2011). Analyzing the efficiencies of hospitals: an application of data envelopment analysis. *Journal of Global Strategic Management*, 10, 137-146
- Gomes, J. (2001). Perspectivas da moderna gestão pública em Portugal. In Juan Mozzicafreddo, J. & Gomes, J. (orgs.). *Administração e Política. Perspectivas de Reforma da Administração Pública na Europa e nos Estados Unidos*. Oeiras: Celta.
- Gore, A. (1996). *Reinventar a Administração Pública*. Lisboa: Quetzal editores.
- 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..
- Grannemann, T., Brown, R., & Pauly, M. (1986). Estimating hospital costs: A multiple-output analysis. *Journal of Health Economics*, 5, 107-127
- Greene, W. (2008). The Econometric Approach to Efficiency Analysis. In Harold, F., Lovell, C., Schmidt, S. (Eds.). *The measurement of productive efficiency and productivity growth* (pp. 92-251). Oxford: Oxford University Press:
- Gressner, V. (2013). Weberian versus pluralistic legal forces in the global political Economy. *Oñati Socio-Legal Series*, 3(4), 702-718
- Grone, O., Garcia-Barbero, M., (2001). Integrated care: a position paper of the WHO European Office for integrated health care services. *International Journal of Integrated*, 1(1), 1-10.
- Grosskopf, S., Fare, R., & Roos, P. (1998). *Malmquist productivity indexes: A survey of theory and practice*. Boston: Kluwer Academic Publishers.
- GTCSP - Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários (2012). *Os Cuidados de Saúde Primários nas Unidades Locais de Saúde*. Documento de trabalho, versão de 30.09.2012. Lisboa: Ministério da Saúde.
- GTRH - Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar (2011). *Os cidadãos no centro do sistema - os profissionais no centro da mudança. Relatório final*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- GTROIH - Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais (2010). *A organização interna e a governação dos hospitais*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Gudelis, D., & Guogis, A. (2011). Integrating public and business management: A model of interaction between public and private sectors. *International Review on Public and Non – Profit Marketing*, 8(1), 1-9.

- Guerra, I. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentidos e formas de uso*. Cascais: Principia.
- Guimarães, R., & Cabral, J. (2010). *Estatística* (2<sup>a</sup> ed). Lisboa: Dashofer Verlag.
- Gulick, L. (1933). Politics, Administration and the New Deal. *Annals of academy of political and social science*, 169, 545-566.
- Gunasekaran, A. (1999). A framework for the design and audit of an activity-based costing system. *Managerial Auditing Journal*, 14(3), 118 - 127
- Hambleton, R. (2004). *Beyond New Public Management - city leadership, Democratic renewal and the politis change*. Paper presented to the city futures international conference. Chicago: julho 8-19.
- Harding, A., & Preker, A. (2000). *Understanding organizational reform: The corporatization of public hospitals*. Washington: World Bank.
- Harfouche, A. (2008). *Hospitais transformados em empresas. Análise do impacto na eficiência: Um estudo comparativo*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (ISCSP).
- Harfouche, A. (2012). *Opções políticas em saúde. Efeitos sobre a eficiência hospitalar*. Coimbra: Edições Almedina.
- Hoggett, P. (1991). A new management in the public sector. *Policy and Politics*, 19, 243-256.
- Hollingsworth, B. (2003). Non-parametric and parametric applications measuring efficiency in health care. *Health Care Management Science*, 6(4), 203-218.
- Hollingsworth, B. (2008). The measurement of efficiency and productivity of health care delivery. *Health Economics*, 17, 1107-1128.
- Hollingsworth, B., Dawson, P., & Maniadakis, N. (1999). Efficiency measurement of health care: a review of non-parametric methods and applications. *Health care management science*, 2, 161-172.
- Hollingsworth, B., & Peacock, S. (2008). *Efficiency measurement in health and health care*. New York: Routledge.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons?. *Public Administration*, 69, 3-19.
- Hood, C. (1995). Exploring Variations in Public Management Reform of the 1980s: Variation on a Theme. *Accounting, Organizations and Society*. 20, 93-109.
- Hood, C., & Peters, G. (2004). The middle aging of new public management: into the age of paradox? *Journal of Public Administration Research and Theory*, 14(3), 267-282.
- Ichoku, H., Fonta, W., Onwujekew, O., & Kirigia, J. (2011). Evaluating the technical efficiency of hospitals in southeastern Nigeria. *European Journal of Business and Management*, 3(4): 321-345
- IGIF - Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (1999). *Orçamento do SNS para 2000 - proposta final de critérios de distribuição e recursos*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- INA, Instituto Nacional de Administração (1999). *Avaliação comparada do Hospital Fernando da Fonseca e de Garcia de Orta*. Oeiras: INA.

- INA – Instituto Nacional de Administração (2002). *Avaliação comparada dos Hospitais de São Sebastião, Pedro Hispano e Fernando da Fonseca: análise comparada e recomendações*. Oeiras: INA
- INE (2013). INE- BP. INE, PORDATA. Disponível em <http://www.pordata.pt>, acessado a 30 de novembro.
- INE (2014). Conta Satélite da Saúde (2000-2012).
- INE (2015). Serviço de metainformação. Disponível em <http://smi.ine.pt/Conceito>. Consultado em 15 de novembro de 2014.
- Innes, J., & Mitchell, F. (1998). *A practical guide to activity based costing: implementation and operational issues*. Londres: CIMA Financial Skills
- Ismet, S., & Ozcan, Y. (2000). Public sector hospital efficiency for provincial markets in Turkey, *Journal of Medical Systems* 24(6), 307-320.
- Jacobs, R., Smith, P., & Street, A (2006) *Measuring Efficiency in Health Care: Analytic*. Cambridge: University Press.
- Jones, L. (2004). New public management has been completely discredited, thank God! *International Public Management Journal*, 5(2), 148-172.
- Kaplan, R. (1984). The Evolution of Management Accounting. *The Accounting Review*, 59(3), 390-418
- Kaplan, R., & Anderson, S. (2004). Time-driven activity based costing. *Harvard Business Review*, 82(11), 8-131.
- Kelley, T. , & Johnston, E. (2012). Discovering the appropriate role of serious games in the design of open governance platforms. *Public Administration Quarterly*, 36(4), 504-554.
- Kengil, B., GÖkmen, N., & Tozan, H. (2010). Efficiency measures in the health services with DEA - an overview. *Journal of Naval Science and Engineering*, 6(1), 1-14.
- Kettl, D. (2005). *The Global Public Management Revolution* 2ª edição. Washington DC: Brookings institution
- Khaleghian, P., & Gupta, M. (2005). Public Management and the essencial public health functions. *World Development*, 33, 1083-1099.
- Khoshroo, A., R. Mulwa, Emrouznejad, A. & Arabi, B. (2013). A Non-Parametric Data Enveloped Analysis Approach for Improving Energy Efficiency of Grape Production. *Energy*, 63,189-194.
- Kickert, W. (1997). *Public management and administrative reform in western Europe*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Kirigia, J. Emrouznejad, A., & Samboo, L. (2002). Measurement of technical efficiency of public hospitals in Kenya: using Data Envelopment Analysis. *Journal of Medical Systems*, 26(1),39-46.
- Kjerstad, E. (2003). Prospective Funding of general hospitals in Norway: Incentives for higher production? *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 3, 231-251.
- Koliba, C., Meek, J. & Zia, A. (2011). *Governance Networks in Public Administration and Public Policy*. Boca Raton: Press Taylor & Francis.

- Koopmans, T. (1951). Analysis of production as an efficient combination of activities. In Koopmans, T. (Ed). *Activity analysis of production and allocation, cowles commission for research in economics monograph* (pp.33–97). Nova Iorque: John Wiley & Sons.
- Kucha, T. (2007). Activity based costing and customer profitability. *Journal of Cost Management*, 23(4), 28-35.
- Kumar, S. (2010). Specialty hospitals emulating focused factories. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 23(1), 94-109.
- Lehtonen, T. (2007). DRG-based prospective pricing and case-mix accounting: exploring the mechanisms of successful implementation. *Management Accounting Research*, 18(3), 367-395.
- Levy, R. (2010). New public management: end of an era? *Public Policy and Administration*, 25(2), 234-240
- Lima, E., & Whynes, D. (2003). *Finance and performance of portuguese hospitals*. Braga: Núcleo de Investigação em Microeconomia Aplicada da Universidade do Minho.
- Linna, M., Hakkinen, U., & Magnussen, J. (2006). Comparing hospital cost efficiency between Nor-way and Finland. *Health Policy*, 77, 268-78.
- Lodge, M., & Gil, D. (2011). Toward a new era of administrative reform? the myth of post-NPM in New Zealand. *Governance*, 24(1), 141-166.
- Lopes, A., & Reto, L. (1990). *Identidade da empresa e gestão pela cultura*. Lisboa: Silabo.
- Lovell C. (2000). Measuring efficiency in the public sector. In Blank, J. (ed.). *Public Provision and Performance* (pp.23-53). Amesterdão: Elsevier
- Lovell, C. (2006). Malmquist Productivity Index – Government funded education services. In Avkiran, N. (ed.). *Productivity Analysis in the Service Sector with Data Envelopment Analysis, third edition* (pp.149-161). Australia: Universidade de Queensland.
- Lovell, C., & Rouse, A. (2003). Equivalent standard DES models to provide super-efficiency scores. *Journal of the Operational Research Society*, 54, 101-108.
- Lucena, D., Gouveia, M., & Barros, P. (1998). *Financiamento do sistema de saúde em Portugal. Documento de trabalho*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Luke, B., Kearins, K., & Martie-Louise Verreyne. (2011). The risks and returns of new public management: Political business. *The International Journal of Public Sector Management*, 24(4), 325-355
- Lupia, A., & McCubbins, M. (2000). Representation or abdication? How citizens use institutions to help delegation succeed. *European Journal of Political Research*, 37, 291-307.
- Lynk, W. (1995). The creation of economic efficiencies in hospital mergers. *Journal of Health Economics*, 14, 507-530
- Lynn, L. Heinrich, C. & Hill, C. (2000). Studying governance and public management: Why? How?. In Lynn, L., Heinrich, C. & Hill, C. (Eds). *Governance and Performance: New Perspectives* (pp. 1-33). Washington, D.C.: Georgetown University Press.
- Lynn, L., Heinrich, C. & Hill, C. (2001). *Improving Governance: A new logic for empirical research*. Washington, D.C.: Georgetown University Press.
- Lynn, L., & Laurence E. (2003). Public Management. In Peters, B., & Pierre, J. *Handbook of Public Administration* (pp.95-116). California: Sage Publicações.

- MacArthur, J. (1992). ABC: How many cost drivers do you want? *Journal of Cost Management*, 6(3), 37-41.
- Magnussen, J. (1996). Efficiency measurement and the operationalisation of hospital production. *Health Services Research*, 31(1), 21-37.
- Majone, G. (1997). From the positive to the regulatory state: Causes and consequences of change in the mode of governance. *Journal of Public Policy*, 17, 139-167.
- Major, M. (2007). Activity-based costing and management: a critical perspective. In hopper, T., Scapens, R., & Northcott, D. (Eds). *Issues in management accounting. 3ª Edição* (pp. 155-174). Londres : Prentice Hall.
- Major, M., & Vieira, R. (2008). Activity-based costing and management. In Major, M. & Vieira, R. (Eds). *Contabilidade e controlo de gestão: teoria, metodologia e prática* (pp. 245-278). Lisboa: Escolar Editora.
- Marques, M., & Moreira, V. (1999). Desintervenção do Estado, privatização e regulação de serviços públicos. *Economia & Prospectiva*, 2(3/4), 133-158.
- Marques, R., & Simões, P. (2011). Performance and congestion analysis of the portuguese hospital services. *Central European Journal of Operation Research*, 19(1), 39-63
- Martins, G. (2011). O sistema nacional de saúde e a liberdade de escolha. In Fernandes, A. (coord). *Liberdade de escolha em saúde. Utopia ou realidade?* (pp. 77-81). Loures: Diário de Bordo.
- Mascaranhas, R. (1993). Building in enterprise culture in the public sector: reform of the public sector in Australia, Britain, and new zeland. *Public Administration review*, 4, 319-327.
- Mateus, C. (2010). Sistemas de Classificação de doentes como instrumentos de gestão. In Simões, J. (Coord.). *30 Anos de Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado* (pp. 391-408). Coimbra: Almedina
- Matos, T., Ferreira, A., Lourenço, A., & Escoval, A. (2010). Contratualização interna vs. contratualização externa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 9, 161- 180
- Meeusen, W., & Broeck, J. (1977). Efficiency estimation from Cobb-Douglas production functions with composed error. *International Economic Review*, 18(2), 435-444.
- Mendes, P. (2011). Liberdade de escolha em saúde. In Fernandes, A. (coord). *Liberdade de escolha em saúde. Utopia ou realidade?* (pp. 117-120). Loures: Diário de Bordo.
- Metcalf, L., & Richards, S. (1993). *Improving public management*. London: Sage edition.
- Ministério da Saúde (1997). *Relatório Final - Grupo de Trabalho sobre o Estatuto Jurídico do Hospital*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (1999). *Saúde: um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2007). *Plano de contabilidade analítica dos hospitais*. Ministério da Saúde, IGIF (atual ACSS), 3.º Edição, janeiro de 2007.
- Minott, J. (2008). *Reducing hospital readmissions*. Washington: AcademyHealth.
- Morales, F., Wittek, R., & Heyse, L. (2012). After the reform: change in dutch public and private organizations. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 23, 735-754.

- Moreira, M., & Azevedo, A. (2009). Gestão Pública: entre a visão clássica da administração pública e o novo paradigma da governação pública. *Revista Enfoques*, VI(11), 11-36
- Moreira, S. (2008). Análise da eficiência dos hospitais-empresa: uma aplicação da data envelopment analysis. *Boletim Económico - Banco de Portugal*, (Primavera), 127-150
- Moshiri, H., Aljunid, S., & Amin, R. (2010). Hospital efficiency: concept, measurement techniques and review of hospital efficiency studies. *Malaysian Journal of Public Health Medicine*, 10(2), 35-43
- Mozzicafreddo, J. (2000). Estado-providência e cidadania em Portugal (2ª. Edição). Lisboa: Celta Editora.
- Mozzicafreddo, J. (2001). Modernização da Administração Pública e Poder Político. In Mozzicafreddo, J., & Gomes, J. (org.). *Administração e política: Perspectivas de reforma da administração pública na Europa e nos Estados Unidos* (pp.1-33). Oeiras: Celta Editora.
- Mozzicafreddo, J. (2002). Responsabilidade e cidadania na administração pública. *Sociologia Problemas e Práticas*, 40, 1-24.
- Mozzicafreddo, J. (2008). Interesse público, Estado e reorganização das funções da administração. In Pinto, J., & Pereira, V. (Eds). *Desigualdades, desregulação e riscos nas sociedades contemporâneas* (pp. 51-68). Porto: Edições Afrontamento.
- Mozzicafreddo, J. (2010). O papel do Estado na sociedade. In Telo, A., Cruz, A., & Vitorino, A. (Eds). *Pilares da Estratégia Nacional* (pp. 75-94). Lisboa: Edições Prefácio.
- Mulgan, R. (2007). Truth in Government and the Politicization of Public Service Advice. *Public Administration*, 85(3), 569-86
- Nunamaker, T. (1985). Using data envelopment analysis to measure the efficiency of non-profit organizations: a critical evaluation. *Managerial and decision Economics*, 1, 50-58.
- Nunes, A. (2013). A gestão empresarial hospitalar na perspetiva dos gestores. Dissertação de Mestrado. Lisboa: ISCSP
- Nunes, R. (2009). *Regulação da saúde*. 2ª Edição. Porto: Vida Económica.
- Nunes, R., & Rego, G. (2010). *Gestão da saúde*. Lisboa: Prata e Rodrigues.
- OCDE (1993). *Public management developments survey*. Paris: OCDE.
- OCDE (1998). *Economic Surveys*. Paris: OCDE.
- OCDE (2002). *Government of the future, puma policy*. Paris: OCDE.
- Oliveira, M. (2002). Will hospital management reform in Portugal work? *Newsletter of the European Observatory on Health Care Systems*, 4, 3-4.
- Oliveira, M. and Pinto, C. (2005). Health care reform in Portugal: an evaluation of the NHS experience. *Health Economics*, 14, 203-220
- O'Neill, L., Raunerb, M., Heidenbergerb, K., & Krausc, M. (2008). A cross-national comparison and taxonomy of DEA-based hospital efficiency studies. *Socio-Economic Planning Sciences*, 42(3), 158-189.
- OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2001). *Conhecer os caminhos da saúde – Relatório Primavera*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2003). *Saúde - que rupturas? Relatório Primavera*. Lisboa: OPSS.



- OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2005). *Novo serviço público de saúde. Novos desafios. Relatório Primavera*. Lisboa: OPSS.
- OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2006). *Um ano de governação em saúde: sentidos e significados. Relatório Primavera*. Lisboa: OPSS.
- OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2008). *Sistema de saúde português: riscos e incertezas. Relatório Primavera*. Lisboa: OPSS
- OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2009). *10 anos de OPSS, 30 anos de SNS: razões para continuar. Relatório Primavera*. Lisboa: OPSS.
- OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2012). *Crise & Saúde: um país em sofrimento. Relatório Primavera*. Lisboa: OPSS
- Osborne, S. (2010). *The new public governance? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance*. London: Routledge.
- Osborne, D. & Gaebler, T. (1993). *Reinventing government: How the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*. Nova Iorque: Addison-Wesley.
- Osborne, S., Radnor, Z., & Nasi, G. (2013). A new theory for public service management? toward a (public) service-dominant approach. *The American Review of Public Administration*, 43(2), 135-158
- Ouellette, P., & Vierstraete, V. (2005). Technological change and efficiency in the presence of quasi-fixed inputs: A DEA application to the hospital sector. *European Journal of Operational Research*, 154(3), 755-764.
- Ozcan, Y. (2005). *Quantitative methods in health care management: techniques and applications*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Ozcan, Y. (2008). *Health care benchmarking and performance evaluation: an assessment using data envelopment analysis (DEA)*. New York: Springer.
- Palfrey, C. (2000): *Key concepts in health care policy and planning*. London: Macmillan Press.
- Palmer, S., & Torgerson, D. (1999). Definitions of efficiency. *British Medical Journal*, 3(18), 1136-1136.
- Pareto, V. (1906). *Manuale di Economia Politica*. Milão: Società Editrice LibreriaMilan.
- Pauly, M. (1984). Is cream-skimming a problem for the competitive insurance market?, *Journal of Health Economics*, 3(1), 87-95.
- Pawlas, A. (2015). Did Calvin Have a Better Understanding of Modern Economics as Luther? Max Weber's Ideas to the Test. *Research in World Economy*, 6(1), 36-57.
- PEC - Programa de estabilidade e crescimento (2001). *Atualização para o período 2002-2005*. Governo de Portugal. Dezembro de 2001.
- PEC - Programa de estabilidade e crescimento (2005). *Atualização para o período 2005-2009*. Governo de Portugal. Dezembro de 2005
- Pedraja, C., & Salinas, J. (2005). *Assessing public sector efficiency: Issues and methodologies*. Paper apresentado na 7<sup>o</sup> *Workshop de Finanças Públicas*. Banco de Itália. Perugia: Mimeo.
- Pereira, J. (2004). *Economia da saúde: glossário de termos e conceitos (4<sup>a</sup> ed.)*. Lisboa: APES.
- Pereira, L. (2005). *A reforma estrutural da saúde e a visão estratégica para o futuro*. Lisboa: Gradiva.

- Pereira, P., Afonso, A., Arcanjo, M., & Santos, J. (2009). *Economia e Finanças Públicas*, 3' ed. Lisboa, Escolar Editora.
- Perelman J., & Closon, M. (2007). Hospital response to prospective financing of in-patient days: the Belgian case. *Health Policy*, 84, (2-3), 200-2099.
- Peters, B. (1982). *American public policy: process and performance*. UK: F. Watts.
- Peters, B. (1987). Politicians and bureaucrats in the politics of policy making. In Lane, J. (Ed.). *Bureaucracy and Public Choice* (pp. 256-282). London: Sage Publications
- Peters, B. (2001). *The Future of Governing* (2<sup>a</sup> ed.). Kansas: University Press of Kansas.
- Peters, B. (2010). Meta-governance and public management. In Osborne, S. *The New Public Governance?* (pp.36-51). London: Routledge.
- Peters, B., & Pierre, J. (1998). Governance without government? Rethinking public administration. *Journal of Public Administration Research and Theory* 8, 223-244.
- Peters, P., & Pierre, J. (2000). *Governance, politics and the state*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Pitschas, R. (2001). As administrações públicas europeia e americana na atualidade e o modelo alemão. In Mozzicafreddo, J., & Gomes, J. (Org.). *Administração e Política – Perspetivas de reforma da Administração Pública na Europa e nos Estados Unidos* (pp.77-102). Oeiras: Celta Editora.
- Pitschas, R. (2006). *Trusted governance due to public value management*. Frankfurt: Peter Lang.
- Pollitt, C. (1990). *Managerialism and the Public Services: the Anglo-American experience*. Oxford: Blackwell, Ltd.
- Pollitt, C., & Boucakaert, G. (2004). *Public management reform: A comparative analysis* (2<sup>a</sup> Edição). Oxford: University Press.
- Pollit, C., Talbot, C., Caulfield, J. & Smullen, A. (2004). *Agencies: how governments do things through semi-autonomous organizations*, Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Portugal (2011). *Memorando de entendimento sobre as condicionalidades de política económica. Programa de assistência financeira UE/FMI/BCE*. Request for a Three-Year Arrangement Under the Extended Fund Facility, IMF Country Report No. 11/127, June 2011. Council Implementing Decision on Granting Financial Assistance to Portugal, 17 May 2011.
- Preyra, C., & Pink, G. (2006). Scale and scope efficiencies through hospital consolidations. *Journal of Health Economics*, 25, 1049-68.
- Puig-Junoy, J. (2000). Participation input cost efficiency into its allocative and technical components: an empirical DEA application to hospitals. *Socio-Economic Planning Sciences*, 34(1), 199-218.
- Raab, J., Mannak, R., & Cambré, B. (2015). Combining Structure, Governance, and Context: A configurational Approach to Network Effectiveness. *Journal of Public Administration Research Theory*, 25(2), 479-511.
- Ramanathan, R. (2003). *An introduction to Data Envelopment Analysis: a tool for performance measurement*. Nova Delhi: Sage Publications

- Ramanathan, R. (2005). Operations assessment of hospitals in the Sultanate of Oman. *International Journal of Operations & Production Management*, 25(1), 39-54.
- Ramos, F. (2002). A gestão hospitalar : uma oportunidade de traçar novos caminhos: editorial. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 20,(2), p.3-4
- Ray, S. (2004). *Data envelopment analysis: theory and techniques for economics and operation research*. Cambridge: University Press.
- Rebba, V., & Rizzi, D. (2007). Measuring hospital efficiency through data envelopment when policy-makers' preferences matter. An Application to a sample of Italian NHS hospital. *Politica economica*, 3, 233-258.
- Rego, G. (2011). *Gestão empresarial dos serviços públicos. Uma aplicação ao sector da saúde*. Porto: Vida Económica.
- 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. (1999). O Sistema de Saúde Português: donde vimos, para onde vamos. In Barros, P., & Simões, J. (orgs.). *Livro de Homenagem a Augusto Mantas* (261-297.). Lisboa: Principia Lisboa,
- Reis, V. (2005). Hospital público português: o cinzento progresso do caranguejo? *In revista Associação Portuguesa de Administração Hospitalar*, 1, 12-17.
- Reis, V. (2007). *Gestão em Saúde: um espaço de diferença*. Lisboa: Companhia de Ideias.
- Reis, V., & Falcão, E. (2003). Hospital público português: da crise à renovação? *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21(2), 5-14
- Ribeiro, J. (2004), Reforma do sector público hospitalar: programa de empresarialização de 34 hospitais portugueses. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, 65-77.
- Ribeiro, J. (2011). Um novo contrato social para a saúde: o cidadão primeiro. In Fernandes, A.C. (coord). *Liberdade de escolha em saúde. Utopia ou realidade?* (pp. 93-104). Loures: Diário de Bordo.
- Rocha, J. (2000). Modelos de gestão pública. *Revista Portuguesa de Administração e Políticas Públicas*. Braga, 1, 6-16.
- Rocha, J. (2002). Papel do Estado e Administração Pública. In Instituto Nacional de Administração (Ed). *A reinvenção da função pública* (pp. 145-147). Lisboa: INA.
- Rocha, J. (2011). *Gestão pública: Teorias, modelos e prática*. Lisboa: Escolar Editora.
- Rocha, O. (1991). *Princípios da gestão pública*. Lisboa: Presença.
- Rosa, E. (2004). *Como funcionam os hospitais SA: a mercantilização e privatização da saúde é ali inevitável*, [http://resistir.info/portugal/hospitais\\_mercantilizacao.html](http://resistir.info/portugal/hospitais_mercantilizacao.html), acessado no dia 20 de novembro de 2014.
- Rosanvallon, P. (1995). *La crisis del estado providencia*. Madrid: Civitas.
- Rosko, M. (1999). Impact of internal and external environmental pressures on hospital inefficiency. *Health Care Management Science*, 2(2), 63-74.
- Sakellarides, C. (2006). *De Alma a Harry*. Coimbra: Almedina
- Sampieri, R.; Collado, C., & Lúcio, P. (2006). *Metodologia de pesquisa*. 3ª Edição. São Paulo: McGraw-Hill.

- Santana, R. (2005). O financiamento hospitalar e a definição de preços. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 5, 93-118.
- Santana, R. & Costa, C. (2008). A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, 29-56
- Schachter, H. (1997). *Reinventing government or reinventing ourselves*. Albany: State university of new york press
- Schick, A. (2002). *Redemocratizing the budget*. Madrid: Spain
- Seiford, L. M. (1996). Data envelopment analysis: the evolution of the state of the art (1978-1995). *The Journal of Productivity Analysis*, 7, 99-137.
- Shamsul, H. (2007). Revisiting the NPM. *Public administration review*, 67(1), 19-182
- Silvestre, H. (2010). *Gestão pública: Modelos de prestação no serviço público*. Lisboa; Escolar Editora
- 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.
- Simões, J. (2004c), A avaliação do desempenho de hospitais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, 91-120.
- Simões, J., & Dias, A. (2010). Políticas e Governação em Saúde. In Simões, J. (Coord.). *30 Anos de Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado* (pp. 175-193). Coimbra: Almedina
- Sinay, U. (1998). Pre-and post-merger investigation of hospital mergers. *Eastern Economic Journal*, 24, 83-97.
- Skelcher, C. (2005). Public-Private Partnerships and Hybridity. In Ferle, E., Lynn, L., & Pollit, C. *Oxford Handbook of Public Management*. New York: Oxford University Press.
- Socha, K., & Zweifel (2014). *Creaming and Dumping: Who on Whom*. COHERE - Centre of Health Economics Research. Discussion Papers, n.º 2014: 4 ISSN: 2246-3097, Department of Business and Economics.
- Sola, M. e Prior, D. (2000). Technical efficiency and economies of diversification in health. *Health Care Management Science*, 3(4), 299-307.
- Sousa, G. (2011). A livre escolha e o serviço nacional de saúde. In Fernandes, A.C. (coord). *Liberdade de escolha em saúde. Utopia ou realidade?* (pp. 85-89). Loures: Diário de Bordo.
- St. Aubyn, A., & Venes, N. (2011). *Análise de dados. Aplicações às ciências económicas e empresariais*. Lisboa: Dashofer Verlag
- Staat, M. (2006). Efficiency of hospitals in Germany: a DEA-bootstrap approach. *Applied Economics*, 38, 2255-2263.
- Staley, K (2001). *Voices, values and health. Involving the public in moral decision*. Londres: King's Fund Publishing
- Steinmann, L.; Dittrich, G.; Karmann, A. & Zweifel, P. (2004), Measuring and comparing the (in)efficiency of German and Swiss hospitals. *European Journal of Health Economics*, 5, 216-26

- Strøm, K. (2000). Delegation and accountability in parliamentary democracies. *European Journal of Political Research* 37, 261-289.
- Surtz, E., & Hexter, J. (1965). *The yale edition of the complete works of St. Thomas More*. Yale: University edition.
- Tenn, S. (2011). The price effects of hospital mergers: a case study of the sutter–summit transaction. *International Journal of the Economics of Business*, 18(1), 65-82.
- Thiel, S. (2001). *Quangos: trends, causes and consequences*. Brookfield: Aldershot Ashgate Publishing.
- Thompson, F., & Jones, L. (2008). Reaping the advantages of information and modern technology: moving from bureaucracy to hyperarchy and netcentricity. *International Public Management Review*, 9, 148-193.
- Thrall, R. (2000). Measures in DEA with application to the malmquist index. *Journal of productivity Analysis*, 13, 125-137.
- Tiemmann, O., & Schreyongg, J. (2009). Effects of Ownership on Hospital Efficiency in Germany. *Official Open Access Journal of VHB Verband der Hochschullehrer für Betriebswirtschaft*, 2(2), 115-145
- Tittenbrun, J. (2013). Economy and society in the theory of Max Weber. *Czech Journal of Social Sciences, Business and Economics*, 2(3), 80-97
- Tone, K. (2001). A slacks-based measure of efficiency in data envelopment analysis. *European Journal of Operational Research*, 130(3), 498-506.
- Tone, K. (2002). A slacks-based measure of super-efficiency in data envelopment analysis. *European Journal of Operational Research*, 143, 32-41.
- Tribunal de Contas (2003). *Auditoria de Gestão HDS – HNSR – HSS*. Relatório n.º 47/03. Processo n.º 03/02. Auditoria.
- Tribunal de Contas (2006). *Relatório global de avaliação do modelo de gestão dos hospitais do SEE. Período 2001-2004*. Relatório n.º 20/2006.
- Tribunal de Contas (2008a). *Auditoria à Intervenção das Agências/Departamentos de Contratualização, no Âmbito dos Contratos-Programa*. Relatório n.º 16/09 - 2ª S Processo n.º 23/08 - Audit Volume I
- Tribunal de contas (2008b). *Auditoria operacional ou de resultados à execução do contrato de gestão do HFF*. Relatório de Auditoria n.º 46/2008.
- Tribunal de Contas (2009a). *Auditoria ao Programa de Parcerias Público Privadas da Saude - Primeira vaga de hospitais. Período 2001-2004*. Relatório n.º 15/2009.
- Tribunal de Contas (2009b). *Auditoria orientada à situação económico financeira do SNS. Relatório de Auditoria n.º 54/09-2ª secção*. Processo n.º 32/09, volume I.
- Tribunal de Contas (2011). *Auditoria ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde*. Processo n.º 42/2010 - Audit Relatório n.º 30/2011 – 2ª Secção Volume I
- Tribunal de Contas (2013). *Encargos do estado com as PPP na saúde*. Relatório n.º 18/2013, processo 15/11.

- Tuckman, B. (2000). *Manual de investigação em educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Turney, P., & Stratton, A. (1992). Using ABC to support Continuous improvement. *Management Accounting*, 74(3), 46-50.
- Udpa, S. (1996). Activity-based costing for hospitals. *Health Care Management Review*, 21(3), 83-96.
- ULS - Unidade Local de Saúde de Matosinhos (2000). *Plano de atividades para o ano 2001*. Matosinhos: Unidade Local de Saúde
- UMHSA - Unidade de Missão dos Hospitais S.A. (2003). *Identificar o potencial de melhoria dos hospitais com base num benchmarking das 31 unidades SA*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- UMHSA - Unidade de Missão dos Hospitais S.A. (2004a). *Relatório Global: Programa Conforto*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- UMHSA - Unidade de Missão dos Hospitais SA (2004b), *Projecto ComuniCare: Sistema de Avaliação da Qualidade Apercebida e Satisfação do Utente nos Hospitais S.A.*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- UMHSA - Unidade de Missão dos hospitais S.A. (2005a). *Acompanhamento e Avaliação dos Hospitais SA em 2003/2004*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- UMHSA - Unidade de Missão Hospitais SA (2005b). *Empresarialização dos Hospitais S.A.*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Valdmanis, V., Kumanarayake, L. & Lertiendumrong, J. (2004). Capacity in Thai Public Hospitals and the Production of Care for Poor and Nonpoor Patients. *Health Services Research*, 39(6), 2117-2134.
- Valdmanis, V., Rosko, M., & Mutter, L. (2008). Hospital quality, efficiency, and inpslack differentials. *Health Services Research*, 43(5), Part II.
- Valente, M. (2010). Contratualização em contexto hospitalar. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 25 - 39.
- Varanda, J. (2004), Hospitais: a longa marcha da empresarialização. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, 57-63.
- Vasquez, C. (2012). *Eficiência e produtividade no ensino superior público*. Tese para obtenção de grau de Doutor em Ciências Sociais na Especialidade de Administração Pública. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Vaz, A. (2010). Hospitais públicos portugueses. In Simões, J. (Coord.). *30 Anos de Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado* (pp. 297-353). Coimbra: Almedina
- Vidigal, L. (2013). *A Reforma da Administração Pública à luz dos Sistemas de Informação*. Working Paper apresentado na 13ª conferência da Associação Portuguesa de Sistemas de Informação. Lisboa: 4 e 5 de outubro.
- Vieira, R. (1993). *ABC custeio baseado nas actividades: uma abordagem à gestão estratégica de custos*. Lisboa : Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa - ISCTE. Tese de Mestrado em Ciências Empresariais, especialização em Gestão, Estratégia e Desenvolvimento Empresarial.
- Waldo, D. (1948). *The administrative state*. New york: Ronald press

- Waldo, D. (1952). The development of a theory of democratic administration. *American Political Science Review*, 46, 81-103
- Walsh, K. (1995). *Public services and the market mechanisms: competition. Contracting and the new public management*. London: MacMillan.
- Waters, K., & Hussey, P. (2004). Pricing health services for purchasers: a review of methods and experiences. *Health Policies*, 70, 175-184.
- Weber, F. (2001). *Max Weber. Les textes essentiels*. Paris: Hachette
- Weber, M. (2005). *Três tipos de poder e outros escritos*. Tradução de Artur Morão - título original "Die drei reinem typen der legitimen Herrschaft (1922)". Lisboa: Tribuna da História.
- Wilson, D. (1999). Public and private health-care systems: what the literature says. *Canadian Public Administration*, 44, 204-231.
- Winson, W. (1887). *The study of public administration*. Political science quarterly (2) (junho). Reprinted in *Classics of public administration*, 2nd ed. Shafritz, J. & Hyde, A.(pp. 10-25). Chicago; Dorsey press (1997).
- Wise, L. & Szucs, S. (1996). The public/private cleavage in a welfare state: attitudes toward public management reform. *Governance*, 9, 44-70.
- Woods, N. (2015). Regulatory democracy reconsidered: The Policy Impact of Public Participation Requirements. *Journal of Public Administration Research Theory*, 25(2), 571-596.
- 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.
- Worthington, A. (2004). Frontier efficiency measurement in health care: a review of empirical techniques and selected applications. *Medical Care Research and Review*, 61, 135-170.
- Yackee, S. (2015). Participant Voice in the Bureaucratic Policymaking Process. *Journal of Public Administration Research Theory*, 25(2), 427-449
- Zhu J (2001). Super-Efficiency and DEA Sensitivity Analysis. *European Journal of Operational Research*, 129(2), 443-455.

### 11.1.Referências legais

- Decreto-Lei n.º 41825/1958. Diário do Governo n.º 177, I Série, 13 de agosto, p. 890.
- Decreto-Lei n.º 43853/1961. Diário do Governo n.º 185, I Série, 10 de agosto, p. 995.
- Decreto-Lei n.º 48357/1968. Diário do Governo n.º 101, I Série, 27 de abril, p.597
- Decreto-Lei n.º 584/73. Diário do Governo n.º 259, suplemento, I Série, 6 de novembro, p.2120.
- Decreto-Lei n.º 203/74, de 15 de maio. Diário do Governo n.º 113, I Série, 15 de maio, p.623.
- Decreto-Lei n.º 704/74. Diário do Governo n.º 285, suplemento, I Série, 7 de dezembro, p.1534
- Decreto-lei n.º 618/75. Diário do Governo n.º 261, I Série, 11 de novembro de 1975, p.1788.

- Decreto-Lei n.º 129/77. Diário da República n.º 201, I Série, 2 de abril, p.683.
- Decreto-Lei n.º 211/79. Diário da República n.º 201, I Série, 12 de julho, p. 1489.
- Decreto-Lei n.º 262/86. Diário da República n.º 201, I Série, 2 de setembro, p.2293.
- Decreto-Lei n.º 19/88. Diário da República n.º 17, I Série - 3º suplemento, 21 de janeiro, p. 248.
- Decreto-Lei n.º 382/91. Diário da República n.º 232, I Série - 3º suplemento, 9 de outubro, p. 5232.
- Decreto-Lei n.º 10/93. Diário da República n.º 12, I Série A, de 15 de janeiro, p.126.
- Decreto-Lei n.º 11/93. Diário da República n.º 12, I Série A, de 15 de janeiro, p.129.
- Decreto-Lei n.º 12/93. Diário da República n.º 12, I Série A, 15 de janeiro, p.134.
- Decreto-Lei n.º 135/96 Diário da República n.º 187, I Série A, 13 de agosto, p. 2503.
- Decreto-Lei n.º 218/96. Diário da República n.º 269. I Série A, 20 de novembro, p. 4190.
- Decreto-Lei n.º 215/97. Diário da República n.º 269. I Série A, 18 de agosto, p. 4264.
- Decreto-Lei n.º 151/98. Diário da República n.º 130, I Série A, 5 de junho, p.1998.
- Decreto-Lei n.º 370/98. Diário da República n.º 130, I Série A, 23 de novembro, p.6361.
- Decreto-Lei n.º 156/99. Diário da República n.º 108, I Série A, 10 de maio, p.2421
- Decreto-Lei n.º 426/99. Diário da República n.º 108, I Série A, 21 de outubro, p.7052.
- Decreto-Lei n.º 558/99. Diário da República n.º 292, I Série A, 17 de dezembro, p. 9012.
- Decreto-Lei n.º 207/99. Diário da República n.º 133, I Série A, 9 de junho, p. 3290.
- Decreto-Lei n.º 284/99. Diário da República n.º 172, I Série A, de 26 de julho, p.4683
- Decreto-lei n.º 374/99. Diário da República n.º 219, I Série A, 18 de setembro, p.6489.
- Decreto-Lei n.º 76/2001. Diário da República n.º 49, I Série A, 27 de fevereiro DE, p. 1089.
- Decreto-lei n.º 39/2002. Diário da República n.º 48, I Série A, 26 de fevereiro, p.1623.
- Decreto-Lei n.º 185/2002. Diário da República n.º 191, I Série A, 20 de agosto, p. 5852.
- Decreto-Lei n.º: 272/2002. Diário da República n.º 284, I Série A, 9 de dezembro, p. 7570.
- Decreto-Lei n.º 273/2002. Diário da República n.º 284, I Série A, 9 de dezembro, p. 7577.
- Decreto-Lei n.º 274/2002. Diário da República n.º 284, I Série A, 9 de dezembro, p. 7585.
- Decreto-Lei n.º 275/2002. Diário da República n.º 284, I Série A, 9 de dezembro, p. 7592.
- Decreto-Lei n.º 276/2002. Diário da República n.º 284, I Série A, 9 de dezembro, p. 7600.
- Decreto-Lei n.º 277/2002. Diário da República n.º 284, I Série A, 9 de dezembro, p. 7607.
- Decreto-Lei n.º 278/2002. Diário da República n.º 284, I Série A, 9 de dezembro, p. 7615.
- Decreto-Lei n.º 279/2002. Diário da República n.º 284, I Série A, 9 de dezembro, p. 7623.
- Decreto-Lei n.º 280/2002. Diário da República n.º 284, I Série A, 9 de dezembro, p. 7630.
- Decreto-Lei n.º 281/2002. Diário da República n.º 284, I Série A, 9 de dezembro, p. 7638.
- Decreto-Lei n.º 282/2002. Diário da República n.º 285, I Série A, 10 de dezembro, p. 7648.
- Decreto-Lei n.º 283/2002. Diário da República n.º 285, I Série A, 10 de dezembro, p. 7655.



- Decreto-Lei n.º 284/2002. Diário da República n.º 285, I Série A, 10 de dezembro, p. 7663.
- Decreto-Lei n.º 285/2002. Diário da República n.º 285, I Série A, 10 de dezembro, p. 7670.
- Decreto-Lei n.º 286/2002. Diário da República n.º 285, I Série A, 10 de dezembro, p. 7678.
- Decreto-Lei n.º 287/2002. Diário da República n.º 285, I Série A, 10 de dezembro, p. 7685.
- Decreto-Lei n.º 288/2002. Diário da República n.º 285, I Série A, 10 de dezembro, p. 7693.
- Decreto-Lei n.º 289/2002. Diário da República n.º 285, I Série A, 10 de dezembro, p. 7701.
- Decreto-Lei n.º 290/2002. Diário da República n.º 285, I Série A, 10 de dezembro, p. 7708.
- Decreto-Lei n.º 291/2002. Diário da República n.º 285, I Série A, 10 de dezembro, p. 7716.
- Decreto-Lei n.º 292/2002. Diário da República n.º 285, I Série A, 10 de dezembro, p. 7724.
- Decreto-Lei n.º 293/2002. Diário da República n.º 286, I Série A, 11 de dezembro, p. 7734.
- Decreto-Lei n.º 294/2002. Diário da República n.º 286, I Série A, 11 de dezembro, p. 7741.
- Decreto-Lei n.º 295/2002. Diário da República n.º 286, I Série A, 11 de dezembro, p. 7749.
- Decreto-Lei n.º 296/2002. Diário da República n.º 286, I Série A, 11 de dezembro, p. 7756.
- Decreto-Lei n.º 297/2002. Diário da República n.º 286, I Série A, 11 de dezembro, p. 7764.
- Decreto-Lei n.º 298/2002. Diário da República n.º 286, I Série A, 11 de dezembro, p. 7771.
- Decreto-Lei n.º 299/2002. Diário da República n.º 286, I Série A, 11 de dezembro, p. 7779.
- Decreto-Lei n.º 300/2002. Diário da República n.º 286, I Série A, 11 de dezembro, p. 7786.
- Decreto-Lei n.º 301/2002. Diário da República n.º 286, I Série A, 11 de dezembro, p. 7792.
- Decreto-Lei n.º 302/2002. Diário da República n.º 286, I Série A, 11 de dezembro, p. 7802.
- Decreto-Lei n.º 188/2003. Diário da República n.º 191, I Série A, 20 de agosto, p.5219.
- Decreto-Lei n.º 86/2003. Diário da República n.º 97, I Série A, 26 de abril, p.2682.
- Decreto-Lei n.º 309/2003. Diário da República n.º 284/2003, I Série A, 10 de dezembro, p. 8329.
- Decreto-Lei n.º 207/2004. Diário da República n.º 195, I Série A, 19 de agosto, p. 5423.
- Decreto-Lei n.º 214/2004. Diário da República n.º 198, I Série A, 23 de agosto, p. 5621.
- Decreto-Lei n.º 19/2005. Diário da República n.º 198, I Série A, 18 de janeiro, p. 323.
- Decreto-Lei n.º 93/2005. Diário da República n.º 109/2005, I Série A, 7 de junho, p.3636.
- Decreto-Lei n.º 233/2005. Diário da República n.º 249, I Série A, 29 de dezembro, p.7323.
- Decreto-Lei n.º 141/2006. Diário da República n.º 144, I Série, 27 de julho, p.5344.
- Decreto-Lei n.º 50-A/2007. Diário da República n.º 42, I Série, 28 de fevereiro, p. 1416.
- Decreto-Lei n.º 50-B/2007. Diário da República n.º 42, I Série, 28 de fevereiro, p.1414.
- Decreto-Lei n.º 71/2007. Diário da República n.º 61, I Série, 27 de março, p.1742.
- Decreto-Lei n.º 300/2007. Diário da República n.º 162, I Série, 23 de agosto, p.5630.
- Decreto-Lei n.º 326/2007. Diário da República n.º 188, I Série, 28 de Setembro, p.6996.
- Decreto-Lei n.º 18/2008. Diário da República n.º 188, I Série, 29 de janeiro, p. 753.

- Decreto-Lei n.º 23/2008. Diário da República n.º 28, I Série, 8 de fevereiro, p.946.
- Decreto-Lei n.º 180/2008. Diário da República n.º 164, I Série, 26 de agosto de, p.5999.
- Decreto-Lei n.º 183/2008. Diário da República n.º 171, I Série A, de 4 de setembro, p.6225.
- Decreto-Lei n.º 203/2008. Diário da República n.º 197, I Série, 10 de outubro, p.7255.
- Decreto-Lei n.º 234/2008. Diário da República n.º 233, I Série, 12 de fevereiro, p.8600.
- Decreto-Lei n.º 27/2009. Diário da República n.º 18, I Série, 27 de janeiro, p.565.
- Decreto-Lei n.º 176/2009. Diário da República n.º 146, I Série, 4 de agosto, p. 5043.
- Decreto-Lei n.º 280/2009. Diário da República n.º 193, Série I, 6 de outubro, p.7296.
- Decreto-Lei n.º 303/2009. Diário da República n.º 205, I Série, 22 de outubro, p.7932.
- Decreto-Lei n.º 318/2009. Diário da República n.º 212, I Série, 2 de novembro, p.8310.
- Decreto-Lei n.º 21/2010. Diário da República n.º 58, I Série, 24 de março, p.925.
- Decreto-Lei n.º 136/2010. Diário da República n.º 249, I Série, 27 de dezembro, p.5934.
- Decreto-Lei n.º 30/2011. Diário da República n.º 43, I Série, 2 de março, p. 1274.
- Decreto-Lei n.º 67/2011. Diário da República n.º 107, I Série, 2 de junho, p. 3032.
- Decreto-Lei n.º 8/2012. Diário da República n.º 107, I Série, 18 de janeiro, p. 290.
- Decreto-Lei n.º 238/2012. Diário da República n.º 107, I Série, 31 de outubro, p. 6288.
- Decreto-Lei n.º 244/2012. Diário da República n.º 217, I Série, de 9 de novembro, p. 6500.
- Decreto-Lei n.º 69/2013. Diário da República n.º 95, I Série, 17 de maio, p.2960.
- Decreto Regulamentar n.º 30/77. Diário da República n.º 95, I Série, 20 de maio, p. 1153.
- Decreto-regulamentar n.º 3/88. Diário da República n.º 18, suplemento, I Série, 22 de janeiro, p.256.
- Despacho Normativo n.º 46/97. Diário da República n.º 182, I Série - B, de 8 de agosto, p.4137
- Despacho n.º 19946/2002. Diário da República n.º 209, II Série, 10 de setembro, p.15476
- Despacho n.º 721/2006. Diário da República n.º 8, II Série, 11 de janeiro, p. 468.
- Despacho n.º 17164/2006. Diário da República n.º 164, II Série, 7 de junho, p.16432.
- Despacho n.º 10783-A/2011. Diário da República n.º 167, suplemento, II Série, 31 de agosto, p.35588.
- Diretiva n.º 92/50/CEE (EUR-Lex), do Conselho, de 18 de junho, 93/36/CEE (EUR-Lex), do Conselho, de 14 de junho.
- Diretiva n.º 97/52/CE (EUR-Lex), do Parlamento Europeu e do Conselho, 13 de outubro.
- Lei n.º 2011/1946. Diário do Governo n.º 70, I Série, 2 de abril, p.201.
- Lei n.º 2120, de 19 de julho. Diário do Governo n.º 169, I Série, 19 de julho, p.969.
- Lei n.º 48/90. Diário da República n.º 195, I Série, 24 de agosto, p.3452.
- Lei n.º 27/2002. Diário da República n.º 258, I Série A, 8 de novembro, p.7150.
- Lei Constitucional n.º 1/2005 - sétima revisão constitucional. Diário da República n.º 155, I Série A, 12 de agosto, p.4642.

- Lei n.º 66-B/2007. Diário da República n.º 250, I Série, 28 de dezembro, p.9114.
- Portaria n.º 409/90. Diário da República n.º 125, I Série, 31 de maio, p.2408.
- Portaria n.º 373/91. Diário da República n.º 255, I Série A, 6 de novembro, p.5657.
- Portaria n.º 704/94. Diário da República n.º 255, I Série A, 25 de julho, p. 4294.
- Portaria n.º 27/95. Diário da República n.º 9, I Série B, 8 de setembro, p. 142.
- Portaria 235/2000. Diário da República n.º 98, I Série, 27 de abril, p.1738.
- Portaria n.º 300/2000. Diário da República n.º 124, I Série B, 29 de maio, p.2469.
- Portaria n.º 1277/2001. Diário da República n.º 263, I Série B, 13 de novembro, p.7212.
- Portaria n.º 587/2004. Diário da República n.º 125, I Série, 2 de Junho, p.3428.
- Portaria n.º 83/2009. Diário da República n.º 15, I Série, 22 de janeiro, p.488.
- Portaria n.º 82/2014. Diário da República n.º 125, I Série, 2 de Junho, p.3428.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/2001. Diário da República n.º 266, I Série B, 16 de novembro, p.7338.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002. Diário da República n.º 5, I Série B, 7 de março, p. 1868.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 15/2003. Diário da República n.º 30, I Série B, 5 de fevereiro, p. 719.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2007. Diário da República n.º 62, I Série, 28 de março, p.1773.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 45/2013. Diário da República n.º 138, I Série, 19 de julho, p. 4190.

## 11.2.Referências dos dados

- ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2008). Serviço Nacional de Saúde: relatório e contas 2006. Lisboa: IGIF- Ministério da Saúde.
- ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2009). Serviço Nacional de Saúde: relatório e contas 2007. Lisboa: IGIF- Ministério da Saúde.
- ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2010). Serviço Nacional de Saúde: relatório e contas 2008. Lisboa: IGIF- Ministério da Saúde.
- ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2011). Serviço Nacional de Saúde: relatório e contas 2009. Lisboa: IGIF- Ministério da Saúde.
- ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2012). Serviço Nacional de Saúde: relatório e contas 2010. Lisboa: IGIF- Ministério da Saúde.
- ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2013). Serviço Nacional de Saúde: relatório e contas 2011. Lisboa: IGIF- Ministério da Saúde.
- DGS - Direção-Geral de Saúde (2004). Centros de saúde e hospitais: recursos e produção do SNS 2002. Lisboa: DGS.

DGS - Direção-Geral de Saúde (2005). Centros de saúde e hospitais: recursos e produção do SNS 2003. Lisboa: DGS.

DGS - Direção-Geral de Saúde (2006). Centros de saúde e hospitais: recursos e produção do SNS 2004. Lisboa: DGS.

DGS - Direção-Geral de Saúde (2007). Centros de saúde e hospitais: recursos e produção do SNS 2005. Lisboa: DGS.

DGS - Direção-Geral de Saúde (2008). Centros de saúde e hospitais: recursos e produção do SNS 2006. Lisboa: DGS.

DGS - Direção-Geral de Saúde (2009). Centros de saúde e hospitais: recursos e produção do SNS 2007. Lisboa: DGS.

DGS - Direção-Geral de Saúde (2010). Centros de saúde e unidades hospitalares: recursos e produção do SNS 2008. Lisboa: DGS.

DGS - Direção-Geral de Saúde (2011). Centros de saúde e unidades hospitalares: recursos e produção do SNS 2009. Lisboa: DGS.

DGS - Direção-Geral de Saúde (2012). Centros de saúde e unidades hospitalares: recursos e produção do SNS 2010. Lisboa: DGS.

DGS - Direção-Geral de Saúde (2014). Centros de saúde e unidades hospitalares: recursos e produção do SNS 2011. Lisboa: DGS.

DGS - Direção-Geral de Saúde (2004). Centros de saúde e hospitais: recursos e produção do SNS 2002. Lisboa: DGS.

IGIF - Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (2002). Hospitais centrais: estatística do movimento assistencial. Lisboa: IGIF- Ministério da Saúde.

IGIF - Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (2002). Hospitais distritais: estatística do movimento assistencial. Lisboa: IGIF- Ministério da Saúde.

IGIF - Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (2002). Hospitais de nível 1: estatística do movimento assistencial. Lisboa: IGIF- Ministério da Saúde.

IGIF - Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (2003). Hospitais centrais: estatística do movimento assistencial. Lisboa: IGIF- Ministério da Saúde.

IGIF - Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (2003). Hospitais distritais: estatística do movimento assistencial. Lisboa: IGIF- Ministério da Saúde.

IGIF - Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (2003). Hospitais de nível 1: estatística do movimento assistencial. Lisboa: IGIF- Ministério da Saúde.

IGIF - Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (2004). Hospitais centrais: estatística do movimento assistencial. Lisboa: IGIF- Ministério da Saúde.

IGIF - Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (2004). Hospitais distritais: estatística do movimento assistencial. Lisboa: IGIF- Ministério da Saúde.

IGIF - Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (2004). Hospitais de nível 1: estatística do movimento assistencial. Lisboa: IGIF- Ministério da Saúde.

IGIF - Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (2005). Hospitais do SNS: estatística do movimento assistencial. Lisboa: IGIF- Ministério da Saúde.

IGIF - Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (2004). Serviço Nacional de Saúde: contas globais 2002. Lisboa: ACSS - Ministério da Saúde.

IGIF - Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (2005). Serviço Nacional de Saúde: contas globais 2003. Lisboa: IGIF- Ministério da Saúde.

IGIF - Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (2006). Serviço Nacional de Saúde: contas globais 2004. Lisboa: IGIF- Ministério da Saúde.

IGIF - Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (2007). Serviço Nacional de Saúde: contas globais 2005. Lisboa: IGIF- Ministério da Saúde.

Hospital de São João (2003). Relatório e contas 2002.

Hospital de São João (2004). Relatório e contas 2003.

Hospital de São João (2005). Relatório e contas 2004.

Hospital de São João (2006). Relatório e contas 2005.

Hospital de São João (2007). Relatório e contas 2006.

Hospital de São João (2008). Relatório e contas 2007.

Hospital de São João (2009). Relatório e contas 2008.

Hospital de São João (2010). Relatório e contas 2009.

Hospital de São João (2011). Relatório e contas 2010.

Hospital Nossa Senhora da Conceição (2003). Relatório e contas 2002.

Hospital Nossa Senhora da Conceição (2004). Relatório e contas 2003.

Hospital Nossa Senhora da Conceição (2005). Relatório e contas 2004.

Hospital Nossa Senhora da Conceição (2006). Relatório e contas 2005.

Hospital Nossa Senhora da Conceição (2007). Relatório e contas 2006.

Hospital Nossa Senhora da Conceição (2008). Relatório e contas 2007.

Hospital Nossa Senhora da Conceição (2009). Relatório e contas 2008.

Hospital Nossa Senhora da Conceição (2010). Relatório e contas 2009.

Hospital Nossa Senhora da Conceição (2011). Relatório e contas 2010.

Centro Hospitalar e São João (2012). Relatório e contas 2011.

Centro Hospitalar e São João (2013). Relatório e contas 2012.

Centro Hospitalar e São João (2014). Relatório e contas 2013.

Hospital Nossa Senhora da Oliveira (2003). Relatório e contas 2002.

Hospital Nossa Senhora da Oliveira (2004). Relatório e contas 2003.

Hospital Nossa Senhora da Oliveira (2005). Relatório e contas 2004.

Hospital Nossa Senhora da Oliveira (2006). Relatório e contas 2005.

Hospital Nossa Senhora da Oliveira (2007). Relatório e contas 2006.

Hospital de Fafe (2003). Relatório e contas 2002.

Hospital de Fafe (2004). Relatório e contas 2003.

Hospital de Fafe (2005). Relatório e contas 2004.  
Hospital de Fafe (2006). Relatório e contas 2005.  
Hospital de Fafe (2007). Relatório e contas 2006.  
Centro Hospitalar do Alto Ave (2008). Relatório e contas 2007.  
Centro Hospitalar do Alto Ave (2009). Relatório e contas 2008.  
Centro Hospitalar do Alto Ave (2010). Relatório e contas 2009.  
Centro Hospitalar do Alto Ave (2011). Relatório e contas 2010.  
Centro Hospitalar do Alto Ave (2012). Relatório e contas 2011.  
Hospital São João de Deus (2003). Relatório e contas 2002.  
Hospital São João de Deus (2004). Relatório e contas 2003.  
Hospital São João de Deus (2005). Relatório e contas 2004.  
Hospital São João de Deus (2006). Relatório e contas 2005.  
Hospital São João de Deus (2007). Relatório e contas 2006.  
Hospital de Fafe (2003). Relatório e contas 2002.  
Hospital de Fafe (2004). Relatório e contas 2003.  
Hospital de Fafe (2005). Relatório e contas 2004.  
Hospital de Fafe (2006). Relatório e contas 2005.  
Hospital de Fafe (2007). Relatório e contas 2006.  
Centro Hospitalar do Médio Ave (2008). Relatório e contas 2007.  
Centro Hospitalar do Médio Ave (2009). Relatório e contas 2008.  
Centro Hospitalar do Médio Ave (2010). Relatório e contas 2009.  
Centro Hospitalar do Médio Ave (2011). Relatório e contas 2010.  
Centro Hospitalar do Médio Ave (2012). Relatório e contas 2011.  
Hospital de São João da Madeira (2005). Relatório e contas 2004.  
Hospital de São João da Madeira (2006). Relatório e contas 2005.  
Hospital de São João da Madeira (2007). Relatório e contas 2006.  
Hospital de São João da Madeira (2008). Relatório e contas 2007.  
Hospital de São João da Madeira (2009). Relatório e contas 2008.  
Hospital de São Miguel (2003). Relatório e contas 2002.  
Hospital de São Miguel (2004). Relatório e contas 2003.  
Hospital de São Miguel (2005). Relatório e contas 2004.  
Hospital de São Miguel (2006). Relatório e contas 2005.  
Hospital de São Miguel (2007). Relatório e contas 2006.  
Hospital de São Miguel (2008). Relatório e contas 2007.  
Hospital de São Miguel (2009). Relatório e contas 2008.

Centro Hospitalar entre Douro e Vouga (2010). Relatório e contas 2009.  
Centro Hospitalar entre Douro e Vouga (2011). Relatório e contas 2010.  
Centro Hospitalar entre Douro e Vouga (2012). Relatório e contas 2011.  
Centro Hospitalar entre Douro e Vouga (2013). Relatório e contas 2012.  
Centro Hospitalar entre Douro e Vouga (2014). Relatório e contas 2013.  
Hospital de São Gonçalo (2003). Relatório e contas 2002.  
Hospital de São Gonçalo (2004). Relatório e contas 2003.  
Hospital de São Gonçalo (2005). Relatório e contas 2004.  
Hospital de São Gonçalo (2006). Relatório e contas 2005.  
Hospital de São Gonçalo (2007). Relatório e contas 2006.  
Hospital Padre Américo (2003). Relatório e contas 2002.  
Hospital Padre Américo (2004). Relatório e contas 2003.  
Hospital Padre Américo (2005). Relatório e contas 2004.  
Hospital Padre Américo (2006). Relatório e contas 2005.  
Hospital Padre Américo (2007). Relatório e contas 2006.  
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (2008). Relatório e contas 2007.  
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (2009). Relatório e contas 2008.  
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (2010). Relatório e contas 2009.  
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (2011). Relatório e contas 2010.  
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (2012). Relatório e contas 2011.  
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (2013). Relatório e contas 2012.  
CH de Vila Real/ Peso da Régua (2003). Relatório e contas 2002.  
CH de Vila Real/ Peso da Régua (2004). Relatório e contas 2003.  
CH de Vila Real/ Peso da Régua (2005). Relatório e contas 2004.  
CH de Vila Real/ Peso da Régua (2006). Relatório e contas 2005.  
CH de Vila Real/ Peso da Régua (2007). Relatório e contas 2006.  
Hospital de Chaves (2003). Relatório e contas 2002.  
Hospital de Chaves (2004). Relatório e contas 2003.  
Hospital de Chaves (2005). Relatório e contas 2004.  
Hospital de Chaves (2006). Relatório e contas 2005.  
Hospital de Chaves (2007). Relatório e contas 2006.  
Hospital de Lamego (2003). Relatório e contas 2002.  
Hospital de Lamego (2004). Relatório e contas 2003.  
Hospital de Lamego (2005). Relatório e contas 2004.  
Hospital de Lamego (2006). Relatório e contas 2005.

Hospital de Lamego (2007). Relatório e contas 2006.  
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro (2008). Relatório e contas 2007.  
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro (2009). Relatório e contas 2008.  
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro (2010). Relatório e contas 2009.  
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro (2011). Relatório e contas 2010.  
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro (2012). Relatório e contas 2011.  
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro (2013). Relatório e contas 2012.  
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro (2014). Relatório e contas 2013.  
Hospital Distrital de Bragança (2003). Relatório e contas 2002.  
Hospital Distrital de Bragança (2004). Relatório e contas 2003.  
Hospital Distrital de Bragança (2005). Relatório e contas 2004.  
Hospital Distrital de Bragança (2006). Relatório e contas 2005.  
Hospital de Macedo de Cavaleiros (2003). Relatório e contas 2002.  
Hospital de Macedo de Cavaleiros (2004). Relatório e contas 2003.  
Hospital de Macedo de Cavaleiros (2005). Relatório e contas 2004.  
Hospital de Macedo de Cavaleiros (2006). Relatório e contas 2005.  
Hospital de Mirandela (2003). Relatório e contas 2002.  
Hospital de Mirandela (2004). Relatório e contas 2003.  
Hospital de Mirandela (2005). Relatório e contas 2004.  
Hospital de Mirandela (2006). Relatório e contas 2005.  
Centro Hospitalar do Nordeste (2007). Relatório e contas 2006.  
Centro Hospitalar do Nordeste (2008). Relatório e contas 2007.  
Centro Hospitalar do Nordeste (2009). Relatório e contas 2008.  
Centro Hospitalar do Nordeste (2010). Relatório e contas 2009.  
Centro Hospitalar do Nordeste (2011). Relatório e contas 2010.  
Hospital Geral de Santo António (2003). Relatório e contas 2002.  
Hospital Geral de Santo António (2004). Relatório e contas 2003.  
Hospital Geral de Santo António (2005). Relatório e contas 2004.  
Hospital Geral de Santo António (2006). Relatório e contas 2005.  
Hospital Geral de Santo António (2007). Relatório e contas 2006.  
Maternidade Júlio Dinis (2003). Relatório e contas 2002.  
Maternidade Júlio Dinis (2004). Relatório e contas 2003.  
Maternidade Júlio Dinis (2005). Relatório e contas 2004.  
Maternidade Júlio Dinis (2006). Relatório e contas 2005.  
Maternidade Júlio Dinis (2007). Relatório e contas 2006.



Hospital Maria Pia (2003). Relatório e contas 2002.  
Hospital Maria Pia (2004). Relatório e contas 2003.  
Hospital Maria Pia (2005). Relatório e contas 2004.  
Hospital Maria Pia (2006). Relatório e contas 2005.  
Hospital Maria Pia (2007). Relatório e contas 2006.  
Centro Hospitalar do Porto (2008). Relatório e contas 2007.  
Centro Hospitalar do Porto (2009). Relatório e contas 2008.  
Centro Hospitalar do Porto (2010). Relatório e contas 2009.  
Centro Hospitalar do Porto (2011). Relatório e contas 2010.  
Centro Hospitalar do Porto (2012). Relatório e contas 2011.  
Centro Hospitalar do Porto (2013). Relatório e contas 2012.  
Centro Hospitalar do Porto (2014). Relatório e contas 2013.  
Hospital de Vila Nova de Gaia (2003). Relatório e contas 2002.  
Hospital de Vila Nova de Gaia (2004). Relatório e contas 2003.  
Hospital de Vila Nova de Gaia (2005). Relatório e contas 2004.  
Hospital de Vila Nova de Gaia (2006). Relatório e contas 2005.  
Hospital de Vila Nova de Gaia (2007). Relatório e contas 2006.  
Hospital de Espinho (2003). Relatório e contas 2002.  
Hospital de Espinho (2004). Relatório e contas 2003.  
Hospital de Espinho (2005). Relatório e contas 2004.  
Hospital de Espinho (2006). Relatório e contas 2005.  
Hospital de Espinho (2007). Relatório e contas 2006.  
Centro Hospitalar V.N.Gaia/Espinho (2008). Relatório e contas 2007.  
Centro Hospitalar V.N.Gaia/Espinho (2009). Relatório e contas 2008.  
Centro Hospitalar V.N.Gaia/Espinho (2010). Relatório e contas 2009.  
Centro Hospitalar V.N.Gaia/Espinho (2011). Relatório e contas 2010.  
Centro Hospitalar V.N.Gaia/Espinho (2012). Relatório e contas 2011.  
Centro Hospitalar V.N.Gaia/Espinho (2013). Relatório e contas 2012.  
Centro Hospitalar V.N.Gaia/Espinho (2014). Relatório e contas 2013.  
Hospital de Santo André (2003). Relatório e contas 2002.  
Hospital de Santo André (2004). Relatório e contas 2003.  
Hospital de Santo André (2005). Relatório e contas 2004.  
Hospital de Santo André (2006). Relatório e contas 2005.  
Hospital de Santo André (2007). Relatório e contas 2006.  
Hospital de Santo André (2008). Relatório e contas 2007.

Hospital de Santo André (2009). Relatório e contas 2008.  
Hospital de Santo André (2010). Relatório e contas 2009.  
Hospital de Santo André (2011). Relatório e contas 2010.  
Hospital Distrital de Águeda (2003). Relatório e contas 2002.  
Hospital Distrital de Águeda (2004). Relatório e contas 2003.  
Hospital Distrital de Águeda (2005). Relatório e contas 2004.  
Hospital Distrital de Águeda (2006). Relatório e contas 2005.  
Hospital Distrital de Águeda (2007). Relatório e contas 2006.  
Hospital Distrital de Águeda (2008). Relatório e contas 2007.  
Hospital Distrital de Águeda (2009). Relatório e contas 2008.  
Hospital Distrital de Águeda (2010). Relatório e contas 2009.  
Hospital Distrital de Águeda (2011). Relatório e contas 2010.  
Hospital Distrital de Pombal (2003). Relatório e contas 2002.  
Hospital Distrital de Pombal (2004). Relatório e contas 2003.  
Hospital Distrital de Pombal (2005). Relatório e contas 2004.  
Hospital Distrital de Pombal (2006). Relatório e contas 2005.  
Hospital Distrital de Pombal (2007). Relatório e contas 2006.  
Hospital Distrital de Pombal (2008). Relatório e contas 2007.  
Hospital Distrital de Pombal (2009). Relatório e contas 2008.  
Hospital Distrital de Pombal (2010). Relatório e contas 2009.  
Hospital Distrital de Pombal (2011). Relatório e contas 2010.  
Centro Hospitalar Leiria-Pombal (2012). Relatório e contas 2011.  
Centro Hospitalar Leiria-Pombal (2013). Relatório e contas 2012.  
Hospital Cândido de Figueiredo (2003). Relatório e contas 2002.  
Hospital Cândido de Figueiredo (2004). Relatório e contas 2003.  
Hospital Cândido de Figueiredo (2005). Relatório e contas 2004.  
Hospital Cândido de Figueiredo (2006). Relatório e contas 2005.  
Hospital Cândido de Figueiredo (2007). Relatório e contas 2006.  
Hospital Cândido de Figueiredo (2008). Relatório e contas 2007.  
Hospital Cândido de Figueiredo (2009). Relatório e contas 2008.  
Hospital Cândido de Figueiredo (2010). Relatório e contas 2009.  
Hospital Cândido de Figueiredo (2011). Relatório e contas 2010.  
Hospital de São Teotónio (2003). Relatório e contas 2002.  
Hospital de São Teotónio (2004). Relatório e contas 2003.  
Hospital de São Teotónio (2005). Relatório e contas 2004.

Hospital de São Teotónio (2006). Relatório e contas 2005.  
Hospital de São Teotónio (2007). Relatório e contas 2006.  
Hospital de São Teotónio (2008). Relatório e contas 2007.  
Hospital de São Teotónio (2009). Relatório e contas 2008.  
Hospital de São Teotónio (2010). Relatório e contas 2009.  
Hospital de São Teotónio (2011). Relatório e contas 2010.  
Centro Hospitalar Tondela-Viseu (2012). Relatório e contas 2011.  
Centro Hospitalar Tondela-Viseu (2013). Relatório e contas 2012.  
Hospital Infante D. Pedro (2003). Relatório e contas 2002.  
Hospital Infante D. Pedro (2004). Relatório e contas 2003.  
Hospital Infante D. Pedro (2005). Relatório e contas 2004.  
Hospital Infante D. Pedro (2006). Relatório e contas 2005.  
Hospital Infante D. Pedro (2007). Relatório e contas 2006.  
Hospital Infante D. Pedro (2008). Relatório e contas 2007.  
Hospital Infante D. Pedro (2009). Relatório e contas 2008.  
Hospital Infante D. Pedro (2010). Relatório e contas 2009.  
Hospital Infante D. Pedro (2011). Relatório e contas 2010.  
Hospital Visconde de Salreu (2003). Relatório e contas 2002.  
Hospital Visconde de Salreu (2004). Relatório e contas 2003.  
Hospital Visconde de Salreu (2005). Relatório e contas 2004.  
Hospital Visconde de Salreu (2006). Relatório e contas 2005.  
Hospital Visconde de Salreu (2007). Relatório e contas 2006.  
Hospital Visconde de Salreu (2008). Relatório e contas 2007.  
Hospital Visconde de Salreu (2009). Relatório e contas 2008.  
Hospital Visconde de Salreu (2010). Relatório e contas 2009.  
Hospital Visconde de Salreu (2011). Relatório e contas 2010.  
Centro Hospitalar Baixo Vouga (2012). Relatório e contas 2011.  
Centro Hospitalar Baixo Vouga (2013). Relatório e contas 2012.  
Centro Hospitalar Baixo Vouga (2014). Relatório e contas 2013.  
Hospitais da Universidade de Coimbra (2003). Relatório e contas 2002.  
Hospitais da Universidade de Coimbra (2004). Relatório e contas 2003.  
Hospitais da Universidade de Coimbra (2005). Relatório e contas 2004.  
Hospitais da Universidade de Coimbra (2006). Relatório e contas 2005.  
Hospitais da Universidade de Coimbra (2007). Relatório e contas 2006.  
Hospitais da Universidade de Coimbra (2008). Relatório e contas 2007.

Hospitais da Universidade de Coimbra (2009). Relatório e contas 2008.  
Hospitais da Universidade de Coimbra (2010). Relatório e contas 2009.  
Hospitais da Universidade de Coimbra (2011). Relatório e contas 2010.  
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (2012). Relatório e contas 2011.  
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (2013). Relatório e contas 2012.  
Hospital Nossa Senhora do Rosário (2008). Relatório e contas 2007.  
Hospital Nossa Senhora do Rosário (2009). Relatório e contas 2008.  
Hospital do Montijo (2003). Relatório e contas 2002.  
Hospital do Montijo (2004). Relatório e contas 2003.  
Hospital do Montijo (2005). Relatório e contas 2004.  
Hospital do Montijo (2006). Relatório e contas 2005.  
Hospital do Montijo (2007). Relatório e contas 2006.  
Hospital do Montijo (2008). Relatório e contas 2007.  
Hospital do Montijo (2009). Relatório e contas 2008.  
Centro Hospitalar Barreiro - Montijo (2010). Relatório e contas 2009.  
Centro Hospitalar Barreiro - Montijo (2011). Relatório e contas 2010.  
Centro Hospitalar Barreiro - Montijo (2012). Relatório e contas 2011.  
Centro Hospitalar Barreiro - Montijo (2013). Relatório e contas 2012.  
Centro Hospitalar Barreiro - Montijo (2014). Relatório e contas 2013.  
Hospital de São Bernardo (2003). Relatório e contas 2002.  
Hospital de São Bernardo (2004). Relatório e contas 2003.  
Hospital de São Bernardo (2005). Relatório e contas 2004.  
Hospital de São Bernardo (2006). Relatório e contas 2005.  
Hospital Ortopédico Santiago do Outão (2003). Relatório e contas 2002.  
Hospital Ortopédico Santiago do Outão (2004). Relatório e contas 2003.  
Hospital Ortopédico Santiago do Outão (2005). Relatório e contas 2004.  
Hospital Ortopédico Santiago do Outão (2006). Relatório e contas 2005.  
Centro Hospitalar de Setúbal (2007). Relatório e contas 2006.  
Centro Hospitalar de Setúbal (2008). Relatório e contas 2007.  
Centro Hospitalar de Setúbal (2009). Relatório e contas 2008.  
Centro Hospitalar de Setúbal (2010). Relatório e contas 2009.  
Centro Hospitalar de Setúbal (2011). Relatório e contas 2010.  
Centro Hospitalar de Setúbal (2012). Relatório e contas 2011.  
Centro Hospitalar de Setúbal (2013). Relatório e contas 2012.  
Centro Hospitalar do Oeste Norte (2010). Relatório e contas 2009.

Centro Hospitalar do Oeste Norte (2011). Relatório e contas 2010.  
Centro Hospitalar do Oeste (2012). Relatório e contas 2011.  
Centro Hospitalar do Oeste (2013). Relatório e contas 2012.  
Hospital de São José (2003). Relatório e contas 2002.  
Hospital de São José (2004). Relatório e contas 2003.  
Hospital de São José (2005). Relatório e contas 2004.  
Hospital de Santo António dos Capuchos (2003). Relatório e contas 2002.  
Hospital de Santo António dos Capuchos (2004). Relatório e contas 2003.  
Hospital de Santo António dos Capuchos (2005). Relatório e contas 2004.  
Hospital de Santa Marta (2003). Relatório e contas 2002.  
Hospital de Santa Marta (2004). Relatório e contas 2003.  
Hospital de Santa Marta (2005). Relatório e contas 2004.  
Hospital de Santa Marta (2006). Relatório e contas 2005.  
Hospital de Santa Marta (2007). Relatório e contas 2006.  
Hospital Pediátrico de Dona Estefânia (2003). Relatório e contas 2002.  
Hospital Pediátrico de Dona Estefânia (2004). Relatório e contas 2003.  
Hospital Pediátrico de Dona Estefânia (2005). Relatório e contas 2004.  
Hospital Pediátrico de Dona Estefânia (2006). Relatório e contas 2005.  
Hospital Pediátrico de Dona Estefânia (2007). Relatório e contas 2006.  
Maternidade Alfredo da Costa (2003). Relatório e contas 2002.  
Maternidade Alfredo da Costa (2004). Relatório e contas 2003.  
Maternidade Alfredo da Costa (2005). Relatório e contas 2004.  
Maternidade Alfredo da Costa (2006). Relatório e contas 2005.  
Maternidade Alfredo da Costa (2007). Relatório e contas 2006.  
Maternidade Alfredo da Costa (2008). Relatório e contas 2007.  
Maternidade Alfredo da Costa (2009). Relatório e contas 2008.  
Maternidade Alfredo da Costa (2010). Relatório e contas 2009.  
Maternidade Alfredo da Costa (2011). Relatório e contas 2010.  
Maternidade Alfredo da Costa (2012). Relatório e contas 2011.  
Hospital de Curry Cabral (2003). Relatório e contas 2002.  
Hospital de Curry Cabral (2004). Relatório e contas 2003.  
Hospital de Curry Cabral (2005). Relatório e contas 2004.  
Hospital de Curry Cabral (2006). Relatório e contas 2005.  
Hospital de Curry Cabral (2007). Relatório e contas 2006.  
Hospital de Curry Cabral (2008). Relatório e contas 2007.

Hospital de Curry Cabral (2009). Relatório e contas 2008.  
Hospital de Curry Cabral (2010). Relatório e contas 2009.  
Hospital de Curry Cabral (2011). Relatório e contas 2010.  
Hospital de Curry Cabral (2012). Relatório e contas 2011.  
Centro Hospitalar de Lisboa (2006). Relatório e contas 2005.  
Centro Hospitalar de Lisboa (2007). Relatório e contas 2006.  
Centro Hospitalar de Lisboa Central (2008). Relatório e contas 2007.  
Centro Hospitalar de Lisboa Central (2009). Relatório e contas 2008.  
Centro Hospitalar de Lisboa Central (2010). Relatório e contas 2009.  
Centro Hospitalar de Lisboa Central (2011). Relatório e contas 2010.  
Centro Hospitalar de Lisboa Central (2012). Relatório e contas 2011.  
Centro Hospitalar de Lisboa Central (2013). Relatório e contas 2012.  
Centro Hospitalar de Lisboa Central (2014). Relatório e contas 2013.  
Hospital de Santa Maria (2003). Relatório e contas 2002.  
Hospital de Santa Maria (2004). Relatório e contas 2003.  
Hospital de Santa Maria (2005). Relatório e contas 2004.  
Hospital de Santa Maria (2006). Relatório e contas 2005.  
Hospital de Santa Maria (2007). Relatório e contas 2006.  
Hospital de Santa Maria (2008). Relatório e contas 2007.  
Hospital de Pulido Valente (2003). Relatório e contas 2002.  
Hospital de Pulido Valente (2004). Relatório e contas 2003.  
Hospital de Pulido Valente (2005). Relatório e contas 2004.  
Hospital de Pulido Valente (2006). Relatório e contas 2005.  
Hospital de Pulido Valente (2007). Relatório e contas 2006.  
Hospital de Pulido Valente (2008). Relatório e contas 2007.  
Centro Hospitalar de Lisboa Norte (2009). Relatório e contas 2008.  
Centro Hospitalar de Lisboa Norte (2010). Relatório e contas 2009.  
Centro Hospitalar de Lisboa Norte (2011). Relatório e contas 2010.  
Centro Hospitalar de Lisboa Norte (2012). Relatório e contas 2011.  
Centro Hospitalar de Lisboa Norte (2013). Relatório e contas 2012.  
Centro Hospitalar de Lisboa Norte (2014). Relatório e contas 2013.  
Hospital José Joaquim Fernandes (2003). Relatório e contas 2002.  
Hospital José Joaquim Fernandes (2004). Relatório e contas 2003.  
Hospital de Serpa (2003). Relatório e contas 2002.  
Hospital de Serpa (2004). Relatório e contas 2003.

Centro Hospitalar do Baixo Alentejo (2005). Relatório e contas 2004.  
Centro Hospitalar do Baixo Alentejo (2006). Relatório e contas 2005.  
Centro Hospitalar do Baixo Alentejo (2007). Relatório e contas 2006.  
Hospital do Barlavento Algarvio (2003). Relatório e contas 2002.  
Hospital do Barlavento Algarvio (2004). Relatório e contas 2003.  
Hospital de Lagos (2003). Relatório e contas 2002.  
Hospital de Lagos (2004). Relatório e contas 2003.  
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (2005). Relatório e contas 2004.  
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (2006). Relatório e contas 2005.  
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (2007). Relatório e contas 2006.  
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (2008). Relatório e contas 2007.  
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (2009). Relatório e contas 2008.  
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (2010). Relatório e contas 2009.  
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (2011). Relatório e contas 2010.  
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (2012). Relatório e contas 2011.  
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (2013). Relatório e contas 2012.  
Hospital de Faro (2003). Relatório e contas 2002.  
Hospital de Faro (2004). Relatório e contas 2003.  
Hospital de Faro (2005). Relatório e contas 2004.  
Hospital de Faro (2006). Relatório e contas 2005.  
Hospital de Faro (2007). Relatório e contas 2006.  
Hospital de Faro (2008). Relatório e contas 2007.  
Hospital de Faro (2009). Relatório e contas 2008.  
Hospital de Faro (2010). Relatório e contas 2009.  
Hospital de Faro (2011). Relatório e contas 2010.  
Hospital de Faro (2012). Relatório e contas 2011.  
Hospital de Faro (2013). Relatório e contas 2012.







# REFORMAS NA GESTÃO HOSPITALAR: *Análise dos efeitos da empresarialização.*

## ANEXOS

**Alexandre Manuel Martins Morais Nunes**

Orientadora:

Professora Doutora Ana Paula de Jesus Harfouche

Coorientador:

Professor Doutor Modesto Cal Vasquez

Júri:

Presidente:

- Doutor João Abreu de Faria Bilhim, Professor Catedrático  
Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa.

Vogais:

- Doutor Juan Pedro Mozzicafreddo, Professor Catedrático  
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa;
- Doutor João António Catita Garcia Pereira, Professor Catedrático  
Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa;
- Doutora Elisabete Reis de Carvalho, Professora Auxiliar  
Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;
- Doutora Maria Helena Gonçalves Costa Ferreira Monteiro, Professora Auxiliar  
Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;
- Doutora Ana Paula de Jesus Harfouche, Professora Auxiliar Convidada  
Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa, na qualidade de orientadora;

Tese de Doutoramento em Ciências Sociais na  
Especialidade de Administração da Saúde

Lisboa  
2016

VALORIZAMOS PESSOAS



ANEXO I  
CRONOGRAMA







## ANEXO II

# ESTUDOS NACIONAIS SOBRE EFICIÊNCIA COM RECURSO À DEA





ANEXO II – ESTUDOS NACIONAIS DE AVALIAÇÃO DE EFICIÊNCIA

Estudos nacionais sobre a eficiência					
Autor	País	Orientação	Inputs	Outputs	Conclusões
Dismuke e Sena (1999)	Portugal	Input	Número de imagens TAC; Número de eletrocardiogramas; Número de ecocardiogramas.	Número de pacientes saídos com vida; Número de pacientes saídos sem vida.	A introdução do pagamento baseado no GDH influenciou positivamente a eficiência técnica e a produtividade, ao nível destas três tecnologias.
Harfouche (2008)	Portugal	Input	Custos com pessoal; Custos com consumos de medicamentos; Custos com consumos materiais clínicos; Outros custos (amortizações, custos financiamento, etc.).	Atividade registada nas áreas de internamento, consultas externas e urgências.	Os hospitais S.A. foram sempre mais eficientes no período em análise, com exceção do ano 2002; Os hospitais que foram transformados em S.A. tinham à partida eficiência técnica superior aos outros, o que permitiu uma melhor performance nos anos subsequentes.
Harfouche (2012)	Portugal	Output	Custos com consumos; Custos com pessoal; Outros custos de produção (fornecimentos e serviços externos, outros custos operacionais e os custos das amortizações a valores reais, exceto amortizações – retirada a inflação).	Número de doentes saídos; Número de consultas; Número de urgências.	Existiu um diferencial de eficiência entre os hospitais que foram objeto de empresarialização e os hospitais que se mantiveram no Sector Público Administrativo; Existiram diferenças regionais na eficiência das unidades hospitalares; O efeito fusão de unidades foi em muitos casos vantajoso, por haver ganhos de eficiência em termos agregados.
Marques e Simões (2005)	Portugal	Input	Custos de capital; Outros custos operacionais; Número de empregados.	Número de doentes tratados; Número de urgências; Número de visitas de ambulatório.	Os hospitais SPA eram mais eficientes que os pertencentes ao Setor Empresarial do Estado; Os hospitais singulares eram mais eficientes que os centros hospitalares; As instituições das regiões Norte e Centro eram as mais eficientes do país.
Rego (2011)	Portugal	Input/ output	Custos com serviços clínicos de internamento; Custos com consultas externas; Custos com urgências; Custos com hospital de dia; Número de camas; Número de médicos; Número de enfermeiros; Número de outro pessoal.	Número de dias internamento; Número de doentes saídos do internamento; Número total de consultas externas; Número de episódios de urgências; Número de sessões hospital de dia; Número de intervenções cirúrgicas.	A introdução de uma lógica de mercado melhorou o nível de desempenho dos hospitais; Os hospitais S.A. melhoraram a sua performance ao longo do período de tempo considerado; Os hospitais S.A. têm maior probabilidade de serem eficientes; O estatuto jurídico, a certificação e a acreditação são variáveis explicativas do aumento da eficiência.

Anexo II - Reformas na Gestão Hospitalar: Análise dos efeitos da empresarialização

Giraldes e Amado (2009)		<i>Input</i>	Custos com pessoal; Custos com medicamentos no internamento, hospital de dia, consultas externas e urgências; Número de camas.	Doentes tratados no internamento; Número de sessões em hospital de dia, consulta externa e urgências.	A análise da qualidade dos hospitais em Portugal, segundo a metodologia DEA, evidencia a existência de valores iguais à unidade em 34 hospitais (49%). O valor médio da DEA em hospitais EPE e SPA é semelhante. Apenas, no Grupo III, os Hospitais EPE apresentam valores superiores, demonstrando a existência de uma maior eficiência.
Tribunal de Contas, (2006)	Portugal	<i>Input</i>	Custo total; Custos com pessoal; Custos com consumos; Outros custos; Número de camas.	Doentes de internamento ajustados pelo índice <i>case-mix</i> ; Número de urgências; Número de consultas externas; Número de sessões em hospital de dia.	Desceu o ranking médio dos hospitais SPA e houve um aumento de eficiência da S.A.; O n.º de enfermeiros e médicos por cama estavam associados a ineficiências; As consultas por doente estavam associadas a bons resultados de eficiência.

## ANEXO III

### ESTUDOS INTERNACIONAIS SOBRE EFICIÊNCIA COM RECURSO À DEA



ANEXO III – ESTUDOS INTERNACIONAIS DE AVALIAÇÃO DE EFICIÊNCIA

Estudos internacionais sobre a eficiência					
Autor	País	Orientação	Inputs	Outputs	Conclusões
Al-Shammari (1999)	Jordânia	<i>Input</i>	Número de camas; Número de médicos; Número de outros profissionais de saúde (enfermeiros, técnicos).	Dias de internamento; Número de pequenas cirurgias; Número de grandes cirurgias.	Identificou que em cada ano, o número de hospitais ineficientes (recurso a medida de supereficiência) diminuía.
Aletras, Busch e Zagouldoudis (2007)	Grécia	<i>Input</i>	Número de médicos; Número de outros empregados; Número de camas ocupadas.	Número de doentes internados ajustado pelo índice <i>case-mix</i> ; Número de visitas de ambulatório; Número de operações realizadas	Redução das eficiências técnica e de escala, após a reforma dos hospitais de 2001.
Atarrodona e Junoy (1998)	Espanha	<i>Input</i>	Número de médicos; Número de enfermeiros; Número de outro pessoal não-clínico; Número de camas.	Número de doentes saídos do internamento; Dias de internamento nos cuidados intensivos; Dias de internamento em unidades de internamento não intensivo; Número de intervenções cirúrgicas; Número de sessões de hospital de dia; Número de visitas de ambulatório.	Maior eficiência em mercados onde havia competição. As diferenças de eficiência deviam-se sobretudo à propriedade, efeitos de regulação e estrutura do mercado.
Athanassopoulos e Gounaris (2001)	Grécia	<i>Input/output</i>	Número de médicos; Número de administrativos; Número de enfermeiros; Custos operacionais; Custos farmacêuticos; Custos de fornecimento médico; Outros custos de fornecimento; Número de camas.	Número de pacientes de cirurgia; Número de pacientes gerais; Número de exames complementares; Número de análises laboratoriais.	Existem ineficiências significativas nos hospitais públicos face aos privados
Athanassopoulos, Gounaris e Sissouras, (1999)	Grécia	<i>Input</i>	Número de médicos de medicina geral; Número de médicos de cirurgia; Número de enfermeiros; Número de técnicos de laboratório; Número de administrativos; Número de camas; Custos totais de recursos humanos; Custos com fornecimentos; Outros custos.	Número de pacientes de medicina geral; Número de pacientes de cirurgia; Número de exames laboratoriais; Número de exames clínicos.	Fraca eficiência das unidades; Possíveis melhorias a fazer nos dois tipos de eficiência (técnica e alocativa).
Bannick e Ozcan (1994)	EUA	-	Nº de camas; Número de enfermeiros; Número de pessoal de apoio técnico;	Número de dias de internamento; Número de visitas de ambulatório.	Os hospitais do departamento de defesa são mais eficientes que os hospitais civis.

Anexo III - Reformas na Gestão Hospitalar: Análise dos efeitos da empresarialização

			Despesas totais com fornecedores; Número de fornecedores.		
Barbetta, Turati e Zago (2001)	Itália	Output	Número de funcionários; Número de camas.	Número de altas; Número de dias de internamento; Número de tratamentos em hospital de dia; Número de tratamentos em urgência.	Existe uma convergência de eficiências médias entre os dois setores (público e privado), após a introdução do pagamento baseado em grupos de diagnóstico.
Barbetta, Turati e Zago (2007)	Italia	Output	Número de camas; Número de médicos; Número de enfermeiros; Número de pessoal de ensino; Número de outro pessoal.	Número de altas; Número de dias de internamento; Número de tratamentos em hospital de dia; Número de tratamentos em salas de emergência.	Os resultados mostram eficiências médias convergentes entre diferentes tipos de hospitais.
Biarn, Hagen, Iversen e Magnussen (2003)	Noruega	Input	Horas de trabalho do pessoal médico; Horas de trabalho dos outros profissionais; Despesas médicas; Despesas totais.	Número de altas de internamento ajustadas pelo índice <i>case-mix</i> ; Número de visitas de ambulatório, ajustadas pelas taxas pagas pelo Estado.	Após a reforma de 1997 verificou-se uma melhoria na eficiência técnica.
Burgess e Wilson (1995)	EUA	Input/ Output	Número de camas para doentes agudos, ponderado por um índice de gama de serviços; Número de camas para doentes graves; Número total de enfermeiros; Número de enfermeiros licenciados; Número de outros profissionais de saúde; Número de outros funcionários.	Dias de internamento para doenças crónicas; Dias de internamento para doenças agudas; Número de visitas de ambulatório; Número de altas médicas, ponderadas por um índice <i>case-mix</i> para doenças agudas; Número de cirurgias de ambulatório; Número de cirurgias com internamento.	Não houve alterações de eficiência dos hospitais ao longo dos quatro anos; A variação de eficiência teve um peso inferior nos custos relativamente à variação da tecnologia
Byrnes e Valdmanis (1994)	California	Input	Número de profissionais de saúde; Número de pessoal auxiliar; Número de horas de trabalho dos profissionais de saúde; Número de horas de trabalho do pessoal auxiliar; Número de camas.	Número de altas cirúrgicas; Número de altas dos cuidados intensivos; Número de altas da maternidade.	Os hospitais revelaram uma ineficiência na alocação superior à ineficiência técnica. Se as unidades laborassem num nível de desempenho ótimo, seria possível diminuir o custo médio por alta em 40%.
Chang e Cheng (2004)	Taiwan	Input	Número de camas; Número de médicos; Número de enfermeiros; Número de pessoal auxiliar.	Dias de internamento; Número de visitas de ambulatório; Número de pacientes sujeitos a cirurgia.	Os hospitais públicos são menos eficientes que os privados. A maior diferenciação entre as unidades públicas e privadas estava nas unidades que não dispunham de unidades de cuidados intensivos.

Anexo III - Reformas na Gestão Hospitalar: Análise dos efeitos da empresarialização

Chang (1998)	Taiwan	<i>Input</i>	Número de médicos; Número de enfermeiros; Número de pessoal administrativo.	Número de visitas clínicas; Dias de internamento, ponderados pelo respectivo índice <i>case-mix</i> .	A complexidade de serviço agravou a eficiência e a taxa de ocupação; A eficiência aumentou ao longo dos anos.
Chen, Hwang e Shao (2005)	Califórnia (EUA)	<i>Input</i>	Custos dos serviços gerais; Custos de cuidados gerais; Custos com cuidados especiais; Custos de serviços auxiliares; Capital investido.	Número de camas de cuidados gerais; Número de camas de cuidados especiais.	São encontradas diferenças significativas de ineficiência global individual, entre os cuidados gerais e especiais.
Chern e Wan (2000)	Virgínia (EUA)	<i>Input</i>	Número de camas; Complexidade do serviço; Número de pessoal não médico; Número de pessoal a tempo inteiro; Número de pessoal a tempo parcial; Outras despesas operacionais.	Número de altas; Número de visitas de ambulatório.	Não se verificaram alterações na eficiência após a introdução do novo sistema de pagamento.
Chirikos e Sear (2000)	Flórida (EUA)	<i>Output</i>	Custos com pessoal de saúde; Custos com pessoal administrativo; Outras despesas hospitalares; Custos de capital com bens móveis; Custos de capital com bens imóveis, juros e custos administrativos.	Dias de internamento; Número de internamentos pagos pela <i>Medicare</i> ; Número de internamentos pagos pela <i>Medicaid</i> ; Número de internamentos pagos pela <i>Blue Cross</i> e por outras entidades; Índice representativo de testes e procedimento especiais; Índice que mede a atividade de ambulatório e a ocupação de quartos na urgência.	Os resultados são convergentes para uma eficiência e divergem quando se consideram características individuais dos hospitais, mais ou menos eficientes.
Ersoy, Kavuncubasi, Yasar, Ozcan, James e Harris, (1997)	Turquia	<i>Input</i>	Número de camas; Número de médicos de clínica geral; Número de médicos especialistas.	Número de altas; Número de visitas de ambulatório; Número de operações cirúrgicas.	Os hospitais ineficientes dispõem de mais médicos (especialistas e de clínica geral), têm maior número de camas e produzem menores quantidades de <i>outputs</i> .
Gerdtham, Rehnberg e Tambour (1999)	Suécia	<i>Input</i>	Custo total em cuidados a curto prazo; Número de camas.	Número de operações; Número de admissões; Número de visitas dos médicos a internos; Número de visitas de ambulatório.	Rejeitou-se a hipótese de que os hospitais que adotaram o novo sistema de alocação de recursos tinham os melhores resultados de eficiência. A transição de uma alocação de recursos baseada em orçamento para outra baseada em resultados, gerou poupanças significativas.
Kirigia, Emrouznejad, e Sambo (2002)	Quénia	<i>Input</i>	Número de médicos, farmacêuticos e dentistas; Número de gabinetes clínicos; Número de enfermeiros; Número de pessoal administrativo;	Visitas domiciliárias; Visitas clínicas especiais; Consultas de cuidados de medicina dentária; Número total de admissões médicas;	26% dos hospitais avaliados são ineficientes; É possível reduzir o consumo de <i>inputs</i> e aumentar a produção para transformar unidades ineficientes em eficientes.

Anexo III - Reformas na Gestão Hospitalar: Análise dos efeitos da empresarialização

			Número de outros técnicos; Número de pessoal auxiliar; Despesa com produtos farmacêuticos; Despesas não farmacêuticas; Despesas de manutenção de equipamentos, veículos e edifícios; Despesas de <i>catering</i> ; Número de camas.	Número de admissões pediátricas; Número de admissões para partos.	
Ouellette e Vierstraete (2004)	Montreal	<i>Input</i>	Número de horas de trabalho, excluindo horário médicos; Despesas com equipamentos; Número de camas (não variável); Número de médicos em regime de trabalho em funções públicas.	Número de atendimentos realizados.	A introdução de <i>inputs</i> traduz a alteração de eficiência nos serviços (em ambos os modelos DEA (CRS/VRS).
Puig-Junuy (2000)	Espanha	<i>Output</i>	Número de médicos a tempo inteiro (incluindo internos); Número de enfermeiros; Número de outros profissionais; Número de camas.	Número de casos tratados; Número de dias de internamento em cuidados agudos e subagudos (exceto cuidados intensivos); Número de dias de internamento em cuidados intensivos neonatais; Número de dias de internamento de longo prazo (psiquiatria, infeciologia); Número de intervenções cirúrgicas; Número de sessões em hospital de dia; Número de visitas em ambulatório.	Registou uma ineficiência de produção de 24,5%; O grau de concorrência no mercado contribuiu positivamente para o aumento dos níveis de eficiência técnica; A eficiência alocativa é independente da eficiência técnica.
Nunamaker (1985)	EUA	<i>Input</i>	Custos totais de internamento.	Número de dias de internamento de crianças; Número de dias de internamento de idosos; Número de dias de internamento na maternidade; Número de outros dias de internamento.	Registou-se um aumento da ineficiência quando foi avaliada cada componente do número de dias de internamento, de forma desagregada.
Sahin e Ozcan (2000)	Turquia	<i>Input</i>	Número de camas; Número de médicos especialistas; Número de enfermeiros; Número de outros profissionais; Número de outros médicos; Custo total.	Taxa de mortalidade; Número de altas; Número de visitas de ambulatório.	Os hospitais ineficientes tinham um número excessivo de camas e de profissionais de saúde (nomeadamente especialistas).
Sola e Prior (2000)	Espanha	<i>Input</i>	Número de profissionais de saúde; Número de outros funcionários; Número de camas;	Dias de internamento em cirurgia; Dias de internamento em obstetrícia e ginecologia;	A maior parte dos hospitais podia melhorar a sua eficiência e diminuir os custos se aumentasse a produção.



			Custos com equipamentos e materiais.	Dias de internamento em pediatria; Dias de internamento em psiquiatria; Dias de internamento de longo prazo; Dias de internamento em cuidados intensivos; Outros dias de internamento	
Valdmanis, Kumanarayake e Lertiendumrong (2004)	Tailândia	<i>Input</i>	Número de camas; Número de médicos, Número de enfermeiros; Número de outros funcionários; Despesas com fornecimento de serviços; Despesas com medicamentos; Outras despesas operacionais.	Número de visitas sociais em regime de ambulatório; Número de visitas de ambulatório não-sociais; Número de doentes internos (casos sociais); Número de doentes internos não-sociais.	É possível manter a eficiência e produtividade das unidades aumentando os serviços para os pacientes mais pobres (casos sociais), sem diminuir os serviços prestados aos utentes não carenciados, através de uma boa alocação dos recursos existentes, prevenindo a sua subutilização.



## ANEXO IV

### PEDIDO DE DADOS PARA O ESTUDO



## ANEXO IV – PEDIDO DE DADOS

**De:** Alexandre Morais Nunes [[mailto:alexandre\\_morais\\_nunes@hotmail.com](mailto:alexandre_morais_nunes@hotmail.com)]

**Enviada:** \*\*\*\*\*-feira, \*\* de \*\*\*\*\* de 2015 00:00

**Para:** \*\*\*\*\*

**Assunto:** Pedido de colaboração - investigação para Doutoramento em Administração da Saúde

Exmº Sr.(a). Dr. (a). Presidente do Conselho de Administração do \*\*\*

Para efeitos de realização de um estudo sobre a eficiência das unidades hospitalares, em Portugal, integrado no Doutoramento em Administração da Saúde (Universidade de Lisboa), venho por este meio solicitar, se possível, o acesso ao Relatório de Gestão e Contas da unidade que preside, relativo(s) ao(s) ano(s) de 2012 e 2013 (já que o(s) mesmo(s) não se encontram publicados na página da instituição).

Os dados a colher do relatório supracitado (ano 2013), serão referentes à (ao):

- Lotação (em número de camas) no internamento;
- Número de doentes saídos do internamento;
- Demora média do internamento;
- Número total de sessões em hospital de dia;
- Número de episódios de urgência;
- Número total de consultas;
- Número total de intervenções cirúrgicas;
- Perdas e custos (sem o imposto sobre o rendimento do exercício).

Agradeço desde já a atenção e aguardo com expectativa pela v<sup>a</sup> colaboração.

Com os melhores cumprimentos,

Alexandre Morais Nunes.



## ANEXO V

### AMOSTRA SELECCIONADA PARA O ESTUDO (POR ANOS)





ANEXO V – AMOSTRAGEM DAS UNIDADES HOSPITALARES (POR ANOS)

ANO 2002								
Unidade Hospitalar	Ej	ARS	Total Custos	Nº DSI	Nº SHD	Nº EP. URG	Nº Total Consultas	Nº total Cirurgias
Hospital de São João	SPA	N	249.802.799,88	39.758	48.530	219.176	414.475	27.778
Hospital Nossa Senhora da Conceição	SPA	N	6.965.922,57	1.614	121	82.458	11.968	1.380
Hospital Nossa Senhora da Oliveira	S.A.	N	57.101.947,15	24.266	2.713	117.941	143.312	9.307
Hospital de Fafe	SPA	N	9.333.036,49	2.870	376	34.456	12.531	1.404
Hospital São João de Deus	S.A.	N	23.239.879,97	8.041	1.877	75.708	53.147	3.847
Hospital de Santo Tirso	SPA	N	16.527.825,64	5.984	1.787	53.696	46.757	4.024
Hospital Geral de Santo António	SPA	N	178.018.810,27	20.497	18.088	154.992	289.211	19.703
Hospital de São Sebastião	S.A.	N	48.320.296,91	20.122	6.856	167.277	153.003	11.947
Hospital de São João da Madeira	SPA	N	11.932.310,73	3.647	196	49.512	42.855	3.881
Hospital de São Miguel	SPA	N	12.318.765,70	4.108	8.230	65.279	34.787	1.031
Hospital de São Gonçalo	S.A.	N	18.849.580,17	6.627	1.869	50.265	46.709	2.881
Hospital Padre Américo	S.A.	N	35.334.466,92	13.369	10.985	134.677	99.320	4.918
Centro Hospitalar de Vila Real/ Peso da Régua	S.A.	N	47.821.640,74	16.509	10.553	113.558	111.782	5.815
Hospital de Chaves	SPA	N	24.868.119,15	7.918	7.682	68.198	49.379	3.088
Hospital de Lamego	SPA	N	12.780.616,12	4.699	215	70.582	26.404	1.874
Hospital de Vila Nova de Gaia	SPA	N	102.291.012,00	21.375	24.153	178.543	222.333	12.005
Hospital Distrital Santa Maria Maior	S.A.	N	19.202.184,76	7.725	6.590	93.085	47.463	2.929
Centro Hospitalar do Alto Minho	SPA	N	68.435.001,32	16.542	6.736	123.157	151.314	7.742
Hospital Nossa Senhora do Rosário	S.A.	LVT	58.916.430,00	14.431	22.555	104.031	116.153	4.627
Hospital do Montijo	SPA	LVT	10.995.998,37	1.902	2.125	54.318	15.339	1.148
Hospital de São José	S.A.	LVT	118.552.724,00	11.453	3.549	164.027	146.509	10.639
Hospital São Francisco Xavier	S.A.	LVT	73.607.856,00	16.993	6.821	134.433	73.955	3.740
Hospital Egas Moniz	S.A.	LVT	87.624.257,00	11.283	5.179	23.672	181.478	7.772
Hospital de São Bernardo	S.A.	LVT	76.073.037,69	14.098	21.408	126.632	126.937	6.242
Hospital de Santa Maria	SPA	LVT	259.085.000,00	38.770	32.749	219.713	353.256	17.773
Centro Hospitalar Médio Tejo	SPA	LVT	72.701.027,63	17.318	8.045	183.316	121.876	8.050
Hospital Distrital de Santarém	S.A.	LVT	54.880.387,00	15.563	9.320	91.121	103.815	7.959
Hospital Garcia da Orta	S.A.	LVT	111.800.720,00	19.591	32.204	151.708	169.723	10.228
Centro Hospitalar Caldas da Rainha	SPA	LVT	28.928.963,16	6.430	3.196	74.978	47.586	3.364
Hospital de Torres Vedras	SPA	LVT	33.065.887,92	9.864	5.168	88.503	50.263	4.046
Hospital de Curry Cabral	SPA	LVT	107.013.149,01	11.076	17.893	96.842	137.305	5.536
Instituto Português de Oncologia de Lisboa	S.A.	LVT	124.414.343,00	8.766	31.522	6.809	164.915	5.169
Centro Hospitalar Cova da Beira	S.A.	C	42.844.863,57	13.794	5.610	135.208	69.487	2.587
Hospital Infante D. Pedro	S.A.	C	45.717.455,72	14.598	4.744	114.353	82.488	5.202
Hospital de Santo André	S.A.	C	50.941.883,00	18.017	3.684	141.713	103.965	7.013
Hospital Distrital de Águeda	SPA	C	11.041.955,00	4.430	1.407	48.597	27.183	3.044
Hospital de São Teotónio	S.A.	C	67.302.740,00	22.387	11.099	143.260	120.590	9.647
Centro Hospitalar de Coimbra	SPA	C	118.404.826,00	23.551	16.743	131.217	193.511	17.415
Hospitais da Universidade de Coimbra	SPA	C	227.199.268,63	47.273	17.039	151.128	363.220	33.132
Hospital Distrital da Figueira da Foz	S.A.	C	24.717.739,00	6.262	2.083	78.250	94.565	3.982
Hospital Amato Lusitano	SPA	C	37.409.681,00	10.463	12.139	78.199	50.999	3.300

Hospital Distrital de Pombal	SPA	C	5.944.763,00	2.178	292	46.818	13.768	1.604
Hospital Cândido de Figueiredo	SPA	C	5.847.647,62	1.415	126	36.869	5.259	607
Hospital Nossa Senhora da Assunção	SPA	C	6.577.440,45	2.452	9.939	44.500	22.134	1.167
Hospital do Barlavento Algarvio	S.A.	ALG	47.639.750,61	9.362	9.447	73.468	79.120	5.350
Hospital de Faro	SPA	ALG	80.638.730,35	18.327	5.734	121.041	129.844	6.401
Hospital de Évora	SPA	ALT	61.891.158,92	12.911	14.257	60.817	123.649	6.121
Hospital José Joaquim Fernandes	S.A.	ALT	42.783.462,40	9.833	3.260	49.154	60.455	4.342
Hospital Dr. José Maria Grande	SPA	ALT	29.580.874,00	6.542	979	41.772	46.944	2.115

ANO 2003								
Unidade Hospitalar	Ej	ARS	Total Custos	Nº DSI	Nº SHD	Nº EP. URG	Nº Total Consultas	Nº total Cirurgias
Hospital de São João	SPA	N	264.289.183,98	38.117	57.535	249.420	444.505	28.685
Hospital Nossa Senhora da Conceição	SPA	N	6.420.030,00	1.692	148	82.021	21.081	743
Hospital Nossa Senhora da Oliveira	S.A.	N	58.855.929,74	23.404	6.054	117.148	161.725	9.503
Hospital de Fafe	SPA	N	9.751.000,36	3.074	279	36.555	13.504	1.522
Hospital São João de Deus	S.A.	N	23.389.558,08	8.503	1.854	76.676	56.269	4.768
Hospital de Santo Tirso	SPA	N	13.657.070,00	6.052	2.192	55.531	49.239	4.297
Hospital Geral de Santo António	SPA	N	183.541.531,39	21.613	18.767	129.765	318.038	24.908
Hospital de São Sebastião	S.A.	N	53.976.837,01	20.350	7.850	166.052	165.470	11.093
Hospital de São João da Madeira	SPA	N	11.497.064,15	3.823	150	50.916	43.592	4.044
Hospital de São Miguel	SPA	N	12.056.445,66	3.625	8.788	65.303	35.186	912
Hospital de São Gonçalo	S.A.	N	17.712.599,55	6.705	1.936	56.416	53.414	3.223
Hospital Padre Américo	S.A.	N	45.817.444,95	15.559	10.590	153.393	110.930	6.947
Centro Hospitalar de Vila Real/ Peso da Régua	S.A.	N	55.551.979,02	16.510	10.862	108.036	124.727	7.288
Hospital de Chaves	SPA	N	25.905.929,59	8.122	7.517	67.583	47.977	3.105
Hospital de Lamego	SPA	N	12.776.219,43	3.976	205	67.308	24.638	2.045
Hospital de Vila Nova de Gaia	SPA	N	114.970.649,15	20.532	26.665	186.038	236.397	12.972
Hospital Distrital Santa Maria Maior	S.A.	N	22.306.734,76	7.755	2.644	98.653	48.289	3.186
Centro Hospitalar do Alto Minho	S.A.	N	71.968.363,11	18.401	7.440	124.121	159.509	8.814
Hospital Nossa Senhora do Rosário	S.A.	LVT	62.123.528,38	14.517	23.247	100.752	130.901	4.966
Hospital do Montijo	SPA	LVT	10.721.308,02	275	2.251	58.690	16.309	1.236
Hospital de São José	SPA	LVT	122.818.531,00	11.728	3.612	162.705	152.442	11.494
Hospital São Francisco Xavier	S.A.	LVT	72.170.710,00	16.562	8.404	132.573	84.214	4.338
Hospital Egas Moniz	S.A.	LVT	93.361.010,32	11.721	5.056	24.454	189.153	8.499
Hospital de São Bernardo	S.A.	LVT	77.036.481,85	13.594	23.038	125.544	136.120	6.040
Hospital de Santa Maria	SPA	LVT	281.094.816,17	39.157	49.301	224.004	359.670	19.853
Centro Hospitalar Médio Tejo	S.A.	LVT	83.715.199,16	19.928	10.445	191.134	132.281	9.269
Hospital Distrital de Santarém	S.A.	LVT	65.149.511,77	16.017	12.518	94.240	116.145	10.789
Hospital Garcia da Orta	S.A.	LVT	119.273.539,00	20.912	33.852	155.188	184.252	11.198
Centro Hospitalar Caldas da Rainha	SPA	LVT	31.736.357,99	6.558	3.571	79.366	53.091	3.709
Hospital de Torres Vedras	SPA	LVT	36.470.203,69	9.997	5.819	84.620	56.558	4.081
Hospital de Curry Cabral	SPA	LVT	108.363.355,91	13.504	49.245	100.751	147.945	5.545
Instituto Português de Oncologia de Lisboa	S.A.	LVT	90.606.633,96	8.650	38.708	7.169	176.400	5.893
Centro Hospitalar Cova da Beira	S.A.	C	49.773.733,85	13.815	6.565	141.089	82.422	3.140
Hospital Infante D. Pedro	S.A.	C	50.339.931,50	14.887	5.112	119.566	88.460	7.072

Hospital de Santo André	S.A.	C	56.424.621,30	19.018	3.132	144.718	124.400	7.521
Hospital Distrital de Águeda	SPA	C	11.133.333,37	4.603	1.664	45.498	27.961	3.098
Hospital de São Teotónio	S.A.	C	78.229.488,44	24.139	11.187	136.425	137.229	11.487
Centro Hospitalar de Coimbra	SPA	C	118.790.548,00	24.054	17.110	126.471	202.070	7.859
Hospitais da Universidade de Coimbra	SPA	C	258.655.830,00	47.125	18.861	152.217	378.401	32.444
Hospital Distrital da Figueira da Foz	S.A.	C	25.007.536,33	6.568	2.610	76.949	75.841	5.095
Hospital Amato Lusitano	SPA	C	43.159.004,00	10.314	11.762	79.706	51.798	5.071
Hospital Distrital de Pombal	SPA	C	6.552.528,00	2.050	273	47.743	13.847	1.965
Hospital Cândido de Figueiredo	SPA	C	4.608.353,00	1.740	254	40.082	10.485	1.260
Hospital Nossa Senhora da Assunção	SPA	C	7.121.482,43	2.601	10.960	44.181	23.439	1.139
Hospital do Barlavento Algarvio	S.A.	ALG	58.024.778,79	9.895	12.466	82.557	84.329	5.421
Hospital de Faro	SPA	ALG	94.015.542,70	19.491	9.530	129.389	146.446	8.002
Hospital de Évora	SPA	ALT	60.165.719,21	10.224	16.912	58.376	128.106	6.442
Hospital José Joaquim Fernandes	S.A.	ALT	46.111.432,87	9.754	3.981	48.395	66.510	5.143
Hospital Dr. José Maria Grande	SPA	ALT	29.960.665,36	6.485	1.481	46.340	48.340	2.291

ANO 2004								
Unidade Hospitalar	Ej	ARS	Total Custos	Nº DSI	Nº SHD	Nº EP. URG	Nº Total Consultas	Nº total Cirurgias
Hospital de São João	SPA	N	280.590.014,25	36.832	55.636	233.600	467.734	27.114
Hospital Nossa Senhora da Conceição	SPA	N	8.281.868,00	957	71	75.854	22.494	828
Hospital Nossa Senhora da Oliveira	S.A.	N	61.888.898,78	23.720	13.302	105.436	170.737	10.264
Hospital de Fafe	SPA	N	10.298.724,98	3.389	195	35.150	14.553	1.799
Hospital São João de Deus	S.A.	N	28.756.779,96	8.404	2.137	74.658	68.975	5.300
Hospital de Santo Tirso	SPA	N	13.412.413,00	3.984	2.263	51.273	52.358	4.361
Hospital Geral de Santo António	SPA	N	186.994.649,65	22.623	23.190	131.311	341.602	23.802
Hospital de São Sebastião	S.A.	N	55.976.917,45	20.598	12.749	170.050	181.324	11.368
Hospital de São João da Madeira	SPA	N	14.883.287,06	3.970	365	42.895	49.210	4.135
Hospital de São Miguel	SPA	N	12.442.104,73	2.947	10.613	57.482	36.804	925
Hospital de São Gonçalo	S.A.	N	18.016.812,96	4.033	2.027	57.019	59.613	3.453
Hospital Padre Américo	S.A.	N	50.535.994,26	10.020	11.200	156.992	127.852	8.694
Centro Hospitalar de Vila Real/ Peso da Régua	S.A.	N	56.045.544,12	16.158	11.330	96.964	128.947	7.923
Hospital de Chaves	SPA	N	27.370.751,63	7.506	7.513	63.143	52.267	3.250
Hospital de Lamego	SPA	N	12.677.183,00	4.800	364	64.406	26.318	1.837
Hospital de Vila Nova de Gaia	SPA	N	123.296.790,93	23.210	28.806	181.000	254.323	13.794
Hospital Distrital Santa Maria Maior	S.A.	N	22.449.676,54	7.631	738	87.754	54.910	3.225
Centro Hospitalar do Alto Minho	S.A.	N	75.462.718,36	18.348	23.317	116.817	164.702	11.159
Hospital Nossa Senhora do Rosário	S.A.	LVT	64.593.960,09	15.433	21.793	113.722	144.531	7.084
Hospital do Montijo	SPA	LVT	10.475.647,24	2.525	2.757	48.560	15.662	1.258
Hospital de São José	SPA	LVT	131.223.788,00	11.038	3.388	163.488	155.603	11.684
Hospital São Francisco Xavier	S.A.	LVT	74.765.905,00	16.140	8.338	134.449	85.875	4.575
Hospital Egas Moniz	S.A.	LVT	102.235.402,14	11.955	6.291	25.115	192.899	9.202
Hospital de São Bernardo	S.A.	LVT	87.710.036,28	13.117	26.956	113.273	137.556	5.650
Hospital de Santa Maria	SPA	LVT	246.410.692,00	37.850	48.898	229.438	422.793	21.397
Centro Hospitalar Médio Tejo	S.A.	LVT	90.230.522,45	20.069	10.283	185.131	144.069	11.206

Hospital Distrital de Santarém	S.A.	LVT	66.767.000,67	16.519	15.143	100.415	125.962	10.668
Hospital Garcia da Orta	S.A.	LVT	124.114.151,12	20.296	29.484	154.638	198.713	12.552
Centro Hospitalar Caldas da Rainha	SPA	LVT	34.194.732,44	6.583	4.661	69.583	60.368	3.509
Hospital de Torres Vedras	SPA	LVT	39.058.012,26	10.841	6.083	84.951	61.860	4.535
Hospital de Curry Cabral	SPA	LVT	111.358.759,79	13.004	90.182	100.377	160.807	8.238
Instituto Português de Oncologia de Lisboa	S.A.	LVT	100.507.804,27	8.852	44.578	7.691	180.602	6.953
Centro Hospitalar Cova da Beira	S.A.	C	54.658.015,96	14.165	9.550	125.977	100.270	3.586
Hospital Infante D. Pedro	S.A.	C	54.678.470,54	14.537	15.991	118.123	105.351	8.548
Hospital de Santo André	S.A.	C	59.331.073,20	18.739	3.892	138.167	121.516	7.386
Hospital Distrital de Águeda	SPA	C	10.083.942,00	3.911	1.745	44.487	28.238	2.337
Hospital de São Teotónio	S.A.	C	82.058.591,78	24.259	26.436	135.960	146.044	11.335
Centro Hospitalar de Coimbra	SPA	C	117.935.994,00	23.994	19.731	124.174	211.669	7.799
Hospitais da Universidade de Coimbra	SPA	C	239.653.359,00	50.315	21.881	150.210	433.543	28.970
Hospital Distrital da Figueira da Foz	S.A.	C	30.007.326,71	6.350	3.631	76.707	78.404	4.763
Hospital Amato Lusitano	SPA	C	47.171.573,00	10.346	12.906	76.514	64.255	5.075
Hospital Distrital de Pombal	SPA	C	7.466.249,48	1.731	477	47.742	15.549	1.852
Hospital Cândido de Figueiredo	SPA	C	5.091.192,00	1.904	3.189	36.830	11.000	1.133
Hospital Nossa Senhora da Assunção	SPA	C	8.102.417,12	2.549	11.839	41.382	23.989	1.339
Centro Hospitalar Barlavento Algarvio	S.A.	ALG	65.659.023,67	11.269	13.345	113.550	95.491	7.165
Hospital de Faro	SPA	ALG	94.431.174,16	19.789	14.071	126.554	151.937	8.230
Hospital de Évora	SPA	ALT	67.132.406,24	10.683	17.717	60.361	129.198	5.828
Centro Hospitalar do Baixo Alentejo	S.A.	ALT	47.822.454,32	10.071	4.128	49.641	76.835	9.461
Hospital Dr. José Maria Grande	SPA	ALT	33.893.639,19	6.441	4.711	45.363	47.543	2.237

ANO 2005								
Unidade Hospitalar	Ej	ARS	Total Custos	Nº DSI	Nº SHD	Nº EP. URG	Nº Total Consultas	Nº total Cirurgias
Hospital de São João	SPA	N	297.469.958,17	36.314	52.949	230.156	495.145	27.167
Hospital Nossa Senhora da Conceição	SPA	N	7.986.724,00	1.849	79	76.314	21.425	624
Hospital Nossa Senhora da Oliveira	S.A.	N	71.847.946,66	23.131	12.213	104.926	180.708	10.119
Hospital de Fafe	SPA	N	10.422.635,22	3.357	184	35.720	15.317	1.713
Hospital São João de Deus	S.A.	N	30.062.868,00	9.254	3.599	77.626	70.825	5.257
Hospital de Santo Tirso	SPA	N	13.637.170,00	6.104	2.560	50.724	50.723	4.570
Hospital Geral de Santo António	SPA	N	209.782.497,04	24.285	24.616	131.719	365.801	25.729
Hospital de São Sebastião	S.A.	N	60.655.986,33	20.607	14.627	175.910	192.592	12.196
Hospital de São João da Madeira	SPA	N	14.999.522,32	4.052	408	41.805	49.295	4.554
Hospital de São Miguel	SPA	N	12.076.462,96	3.016	11.640	62.429	37.475	934
Hospital de São Gonçalo	S.A.	N	19.706.052,24	6.498	3.256	58.193	64.475	2.971
Hospital Padre Américo	S.A.	N	54.401.562,01	15.614	12.941	152.966	135.706	8.825
Centro Hospitalar de Vila Real/ Peso da Régua	S.A.	N	64.047.522,55	16.571	12.813	99.392	136.356	7.958
Hospital de Chaves	SPA	N	27.590.698,33	7.420	7.661	65.454	51.340	3.224
Hospital de Lamego	SPA	N	14.675.652,89	4.840	486	65.118	27.379	1.894
Hospital de Vila Nova de Gaia	SPA	N	134.073.854,79	24.327	30.487	184.403	279.924	15.664
Hospital Distrital Santa Maria Maior	S.A.	N	24.147.545,40	7.788	1.892	94.318	57.735	3.290
Centro Hospitalar do Alto Minho	S.A.	N	86.574.918,10	18.069	19.215	123.256	177.489	9.775
Hospital Nossa Senhora do Rosário	S.A.	LVT	70.173.495,52	14.891	22.096	118.621	146.011	7.469

Hospital do Montijo	SPA	LVT	10.888.351,04	2.307	1.794	46.843	15.891	1.161
Centro Hospitalar de Lisboa	SPA	LVT	266.612.093,00	32.504	24.535	167.233	307.249	17.059
Hospital São Francisco Xavier	S.A.	LVT	80.790.349,00	16.457	8.270	139.806	88.192	4.832
Hospital Egas Moniz	S.A.	LVT	131.441.804,00	11.631	7.004	25.203	218.996	8.750
Hospital de São Bernardo	S.A.	LVT	95.812.844,08	13.453	29.490	111.894	147.300	5.773
Hospital de Santa Maria	SPA	LVT	337.734.900,98	36.969	45.315	235.111	443.849	18.742
Centro Hospitalar Médio Tejo	S.A.	LVT	96.222.916,86	19.852	11.886	189.391	150.827	11.543
Hospital Distrital de Santarém	S.A.	LVT	71.261.259,01	16.321	15.853	107.589	125.150	9.993
Hospital Garcia da Orta	S.A.	LVT	147.356.944,00	24.610	32.061	154.989	212.115	7.958
Centro Hospitalar Caldas da Rainha	SPA	LVT	34.906.324,19	6.371	4.425	72.482	60.581	3.546
Hospital de Torres Vedras	SPA	LVT	40.640.279,95	10.810	5.718	91.217	65.979	4.205
Hospital de Curry Cabral	SPA	LVT	112.463.332,52	12.365	85.171	100.159	157.297	7.134
Instituto Português de Oncologia de Lisboa	S.A.	LVT	111.619.675,85	8.750	42.776	7.267	173.506	6.866
Centro Hospitalar Cova da Beira	S.A.	C	60.522.907,24	12.453	11.077	124.005	108.027	3.846
Hospital Infante D. Pedro	S.A.	C	57.939.423,43	14.973	26.843	120.699	113.320	8.319
Hospital de Santo André	S.A.	C	64.000.349,00	18.394	4.273	141.574	130.859	7.400
Hospital Distrital de Águeda	SPA	C	12.279.539,92	3.826	897	43.726	25.058	2.011
Hospital de São Teotónio	S.A.	C	91.718.981,35	24.531	63.244	138.717	147.998	11.287
Centro Hospitalar de Coimbra	SPA	C	118.215.632,00	24.497	20.899	127.083	210.185	7.821
Hospitais da Universidade de Coimbra	SPA	C	240.183.137,00	49.367	25.316	151.398	449.226	34.199
Hospital Distrital da Figueira da Foz	S.A.	C	32.528.140,01	6.391	3.762	80.381	79.450	5.542
Hospital Amato Lusitano	SPA	C	48.592.248,00	10.819	14.813	78.262	63.464	3.842
Hospital Distrital de Pombal	SPA	C	8.126.025,00	1.834	282	48.672	15.310	1.578
Hospital Cândido de Figueiredo	SPA	C	6.003.918,00	1.685	4.231	38.702	10.826	678
Hospital Nossa Senhora da Assunção	SPA	C	7.852.653,00	2.161	10.978	42.590	25.180	946
Centro Hospitalar Barlavento Algarvio	S.A.	ALG	76.383.206,27	11.502	14.043	123.458	93.668	6.339
Hospital de Faro	SPA	ALG	100.319.552,93	19.162	20.614	129.143	148.950	8.484
Hospital de Évora	SPA	ALT	70.250.242,85	10.576	18.539	63.003	130.966	6.316
Centro Hospitalar do Baixo Alentejo	E.P.E.	ALT	58.658.969,34	9.766	4.648	51.818	76.024	6.036
Hospital Dr. José Maria Grande	SPA	ALT	35.439.805,56	6.055	2.829	52.444	51.437	2.426

ANO 2006								
Unidade Hospitalar	Ej	ARS	Total Custos	Nº DSI	Nº SHD	Nº EP. URG	Nº Total Consultas	Nº total Cirurgias
Hospital de São João	E.P.E.	N	303.853.223,05	37.494	58.740	236.899	520.029	31.910
Hospital Nossa Senhora da Conceição	SPA	N	7.018.786,00	1.803	81	74.068	21.745	1.005
Hospital Nossa Senhora da Oliveira	E.P.E.	N	72.576.549,84	22.436	12.517	110.622	191.315	10.012
Hospital de Fafe	SPA	N	11.135.462,28	3.452	177	39.254	17.469	1.763
Hospital São João de Deus	E.P.E.	N	30.694.971,71	10.034	3.491	75.004	70.064	5.571
Hospital de Santo Tirso	SPA	N	15.704.600,00	5.569	2.374	47.373	53.207	4.359
Hospital Geral de Santo António	SPA	N	203.455.568,06	24.573	24.169	129.444	374.674	27.716
Hospital de São Sebastião	E.P.E.	N	64.378.892,59	21.306	16.704	96.972	202.924	16.314
Hospital de São João da Madeira	SPA	N	14.900.744,89	4.248	477	35.934	46.934	4.776
Hospital de São Miguel	SPA	N	12.671.663,15	2.549	12.303	55.533	31.992	781
Hospital de São Gonçalo	E.P.E.	N	22.266.855,93	6.160	2.872	58.646	67.916	2.931
Hospital Padre Américo	E.P.E.	N	58.667.037,39	17.529	19.287	156.066	150.395	14.209

Centro Hospitalar de Vila Real/ Peso da Régua	E.P.E.	N	63.235.835,87	16.745	18.368	98.857	136.101	9.414
Hospital de Chaves	SPA	N	28.795.845,38	7.642	8.017	67.324	49.110	3.233
Hospital de Lamego	SPA	N	15.142.997,19	4.488	617	60.711	25.017	1.852
Hospital de Vila Nova de Gaia	SPA	N	163.692.240,17	24.117	34.913	179.706	296.890	16.414
Hospital Distrital Santa Maria Maior	E.P.E.	N	25.975.795,11	6.326	2.159	90.939	58.686	3.067
Centro Hospitalar do Alto Minho	S.A.	N	81.616.218,47	18.737	16.687	124.214	183.863	8.583
Hospital Nossa Senhora do Rosário	E.P.E.	LVT	73.578.228,45	14.360	24.095	127.843	139.674	6.132
Hospital do Montijo	SPA	LVT	10.950.851,70	2.100	311	42.876	15.647	1.015
Centro Hospitalar de Lisboa	SPA	LVT	254.168.217,00	26.403	35.077	158.974	320.544	17.667
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental	E.P.E.	LVT	251.145.237,09	29.250	28.468	174.079	390.960	19.387
Centro Hospitalar de Setúbal	E.P.E.	LVT	108.507.473,75	17.052	30.769	115.057	185.805	10.397
Hospital de Santa Maria	E.P.E.	LVT	317.680.227,24	36.727	53.197	238.076	491.256	20.007
Centro Hospitalar Médio Tejo	E.P.E.	LVT	95.460.808,48	20.204	11.890	186.992	151.047	11.607
Hospital Distrital de Santarém	E.P.E.	LVT	75.205.805,00	16.389	17.427	115.804	129.913	9.845
Hospital Garcia da Orta	E.P.E.	LVT	137.739.463,00	23.722	31.396	154.353	209.948	11.233
Centro Hospitalar Caldas da Rainha	SPA	LVT	35.940.252,52	6.075	3.490	77.062	63.053	3.910
Hospital de Torres Vedras	SPA	LVT	42.169.298,87	8.597	10.050	90.471	70.770	4.225
Hospital de Curry Cabral	SPA	LVT	112.098.449,88	12.521	24.681	98.185	161.756	8.289
Instituto Português de Oncologia de Lisboa	E.P.E.	LVT	108.681.942,29	9.379	45.788	7.332	177.006	6.784
Centro Hospitalar Cova da Beira	E.P.E.	C	62.022.245,37	12.377	15.093	116.231	115.193	3.980
Hospital Infante D. Pedro	E.P.E.	C	60.544.852,77	14.829	12.799	125.171	114.316	7.645
Hospital de Santo André	E.P.E.	C	63.805.627,00	19.215	4.467	147.732	139.850	8.549
Hospital Distrital de Águeda	SPA	C	12.951.142,17	3.797	730	41.737	23.811	2.034
Hospital de São Teotónio	E.P.E.	C	96.574.332,54	23.770	62.250	143.134	162.641	11.280
Centro Hospitalar de Coimbra	SPA	C	118.564.983,00	13.022	12.054	58.799	100.252	7.954
Hospitais da Universidade de Coimbra	SPA	C	251.615.439,00	47.701	28.255	154.760	474.512	35.483
Hospital Distrital da Figueira da Foz	E.P.E.	C	36.149.931,62	6.105	5.452	81.648	89.458	6.736
Hospital Amato Lusitano	SPA	C	51.676.163,75	10.622	14.414	78.675	67.046	4.196
Hospital Distrital de Pombal	SPA	C	7.243.730,91	1.720	361	49.210	15.346	1.602
Hospital Cândido de Figueiredo	SPA	C	6.418.412,00	2.102	2.605	35.740	12.937	1.301
Hospital Nossa Senhora da Assunção	SPA	C	8.000.571,07	1.969	8.457	41.720	23.434	1.071
Centro Hospitalar Barlavento Algarvio	E.P.E.	ALG	81.380.377,96	11.443	16.433	140.671	98.666	7.355
Hospital de Faro	SPA	ALG	109.010.972,71	19.306	24.886	134.658	158.889	8.411
Hospital Espírito Santo	E.P.E.	ALT	74.452.901,36	10.709	18.121	64.529	124.792	8.078
Centro Hospitalar do Baixo Alentejo	E.P.E.	ALT	60.475.628,10	9.953	4.831	58.970	79.402	6.343
Hospital Dr. José Maria Grande	SPA	ALT	35.542.584,56	5.988	2.799	51.898	52.125	2.321

ANO 2007								
Unidade Hospitalar	Ej	ARS	Total Custos	Nº DSI	Nº SHD	Nº EP. URG	Nº Total Consultas	Nº total Cirurgias
Hospital de São João	E.P.E.	N	307.371.930,62	41.314	61.685	244.590	567.954	26.818
Hospital Nossa Senhora da Conceição	SPA	N	8.924.525,00	1.774	83	65.858	21.976	2.141
Centro Hospitalar do Alto Ave	E.P.E.	N	84.825.365,58	25.155	29.276	164.107	207.394	12.116
Centro Hospitalar do Médio Ave	E.P.E.	N	52.923.267,00	14.362	6.548	115.311	130.433	11.160
Centro Hospitalar do Porto	E.P.E.	N	249.298.304,01	33.017	28.602	154.944	531.829	34.262

Hospital de São Sebastião	E.P.E.	N	65.825.851,83	20.409	19.352	147.045	218.673	15.968
Hospital de São João da Madeira	SPA	N	14.271.724,58	3.805	607	39.765	30.690	4.473
Hospital de São Miguel	SPA	N	12.033.107,58	2.144	13.383	49.758	42.535	454
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa	E.P.E.	N	76.398.687,92	22.499	33.411	200.576	219.242	17.294
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro	E.P.E.	N	112.526.838,28	29.112	31.602	221.078	211.754	11.561
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho	E.P.E.	N	153.656.544,26	25.851	37.215	200.212	360.560	24.271
Hospital Distrital Santa Maria Maior	E.P.E.	N	24.925.189,00	5.482	2.625	80.828	60.265	2.758
Centro Hospitalar do Alto Minho	E.P.E.	N	77.651.096,77	20.513	12.220	129.563	192.007	8.719
Hospital Nossa Senhora do Rosário	E.P.E.	LVT	75.465.083,66	14.690	22.987	131.746	153.871	8.761
Hospital do Montijo	SPA	LVT	11.265.321,81	1.853	349	45.631	16.518	889
Centro Hospitalar de Lisboa Central	E.P.E.	LVT	378.931.971,34	42.940	41.571	255.973	547.624	27.522
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental	E.P.E.	LVT	247.602.330,51	21.674	52.602	183.900	395.709	20.954
Centro Hospitalar de Setúbal	E.P.E.	LVT	111.545.224,37	15.339	28.259	129.048	193.475	12.019
Hospital de Santa Maria	E.P.E.	LVT	319.812.277,71	36.627	59.735	243.817	535.569	18.214
Centro Hospitalar Médio Tejo	E.P.E.	LVT	98.573.091,47	20.607	12.769	191.076	164.706	13.700
Hospital Distrital de Santarém	E.P.E.	LVT	72.717.086,00	16.055	16.602	120.746	133.179	8.018
Hospital Garcia da Orta	E.P.E.	LVT	153.470.668,03	21.675	32.236	165.495	221.100	12.153
Centro Hospitalar Caldas da Rainha	SPA	LVT	40.831.780,17	7.152	5.708	81.758	64.957	3.551
Centro Hospitalar de Torres Vedras	SPA	LVT	42.748.010,33	9.228	8.288	90.943	75.498	4.480
Hospital de Curry Cabral	SPA	LVT	117.496.703,81	11.985	33.836	95.898	163.911	8.651
Instituto Português de Oncologia de Lisboa	E.P.E.	LVT	114.997.690,36	10.324	48.069	8.065	190.804	6.542
Centro Hospitalar Cova da Beira	E.P.E.	C	60.331.659,82	12.753	15.037	114.683	121.962	4.266
Hospital Infante D. Pedro	E.P.E.	C	64.109.497,23	15.696	10.582	136.915	131.978	6.540
Hospital de Santo André	E.P.E.	C	64.863.412,19	19.227	6.283	153.506	151.227	9.632
Hospital Distrital de Águeda	SPA	C	12.587.963,18	3.158	4.050	46.021	22.313	2.105
Hospital de São Teotónio	E.P.E.	C	98.312.048,89	26.472	64.538	146.805	165.962	12.176
Centro Hospitalar de Coimbra	E.P.E.	C	152.668.226,57	22.597	23.361	138.814	241.302	21.222
Hospitais da Universidade de Coimbra	SPA	C	279.516.805,00	48.266	34.363	154.158	497.644	40.261
Hospital Distrital da Figueira da Foz	E.P.E.	C	33.512.891,48	4.752	6.183	79.992	86.533	6.187
Hospital Amato Lusitano	SPA	C	47.532.562,83	11.894	14.900	78.204	68.595	5.128
Hospital Distrital de Pombal	SPA	C	7.608.582,17	1.897	218	47.013	15.175	1.522
Hospital Cândido de Figueiredo	SPA	C	5.687.154,00	1.937	489	34.366	13.286	1.334
Hospital Nossa Senhora da Assunção	SPA	C	7.620.786,00	1.881	7.621	40.423	21.258	1.135
Centro Hospitalar Barlavento Algarvio	E.P.E.	ALG	75.941.747,55	13.546	19.868	134.887	102.577	6.874
Hospital de Faro	SPA	ALG	117.909.563,80	20.085	28.735	134.557	169.578	8.032
Hospital Espírito Santo	E.P.E.	ALT	75.305.390,56	11.929	23.088	77.067	132.255	7.254
Centro Hospitalar do Baixo Alentejo	E.P.E.	ALT	64.950.813,97	9.701	5.498	61.435	85.193	5.374

ANO 2008								
Unidade Hospitalar	Ej	ARS	Total Custos	Nº DSI	Nº SHD	Nº EP. URG	Nº Total Consultas	Nº total Cirurgias
Hospital de São João	E.P.E.	N	322.050.176,78	42.356	95.089	259.222	620.394	31.757
Hospital Nossa Senhora da Conceição	SPA	N	8.874.240,00	1.668	78	64.008	32.534	1.720
Centro Hospitalar do Alto Ave	E.P.E.	N	86.986.016,54	25.935	13.655	158.599	215.844	12.887
Centro Hospitalar do Médio Ave	E.P.E.	N	53.088.563,21	14.261	5.917	115.719	140.389	12.789

Centro Hospitalar do Porto	E.P.E.	N	255.417.827,05	31.587	29.532	152.283	543.374	38.228
Hospital de São Sebastião	E.P.E.	N	70.442.688,21	19.986	18.360	158.208	222.589	13.517
Hospital de São João da Madeira	SPA	N	14.133.371,29	3.619	203	30.657	42.794	5.190
Hospital de São Miguel	SPA	N	12.577.923,76	1.845	7.523	46.502	26.877	129
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa	E.P.E.	N	78.340.014,84	22.200	28.943	189.971	212.977	19.255
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro	E.P.E.	N	118.826.885,87	30.247	37.139	195.587	219.902	13.613
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho	E.P.E.	N	156.467.779,94	25.399	38.964	172.395	366.594	27.140
Hospital Distrital Santa Maria Maior	E.P.E.	N	24.790.967,23	4.951	3.286	78.920	68.481	3.551
Hospital Nossa Senhora do Rosário	E.P.E.	LVT	76.860.432,62	14.172	24.008	139.781	160.820	9.045
Hospital do Montijo	SPA	LVT	11.141.083,80	1.861	375	45.165	16.761	1.019
Centro Hospitalar de Lisboa Central	E.P.E.	LVT	374.037.793,06	39.776	43.047	259.243	555.374	29.308
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental	E.P.E.	LVT	253.067.968,00	26.453	47.605	187.440	414.980	22.313
Centro Hospitalar de Setúbal	E.P.E.	LVT	113.606.327,37	14.597	27.008	138.048	200.268	12.986
Centro Hospitalar Lisboa Norte	E.P.E.	LVT	327.576.057,89	48.591	87.112	260.363	757.774	26.673
Centro Hospitalar Médio Tejo	E.P.E.	LVT	98.652.890,03	19.817	13.923	198.694	170.866	13.801
Hospital Distrital de Santarém	E.P.E.	LVT	77.169.329,54	17.324	16.446	125.830	138.292	11.477
Hospital Garcia da Orta	E.P.E.	LVT	161.582.881,17	21.867	31.759	164.698	233.510	12.480
Centro Hospitalar Caldas da Rainha	SPA	LVT	43.340.136,24	7.373	7.892	87.212	71.403	4.134
Centro Hospitalar de Torres Vedras	SPA	LVT	44.366.732,08	9.312	9.210	91.032	76.298	4.982
Hospital de Curry Cabral	SPA	LVT	113.215.285,35	12.133	25.028	100.111	167.752	7.459
Instituto Português de Oncologia de Lisboa	E.P.E.	LVT	120.214.556,89	11.082	53.428	8.810	186.141	6.492
Centro Hospitalar Cova da Beira	E.P.E.	C	60.246.192,40	12.913	15.928	90.110	135.750	4.787
Hospital Infante D. Pedro	E.P.E.	C	69.273.164,74	16.558	10.595	137.456	151.415	12.255
Hospital de Santo André	E.P.E.	C	69.558.728,14	20.591	6.580	158.947	167.270	12.201
Hospital Distrital de Águeda	SPA	C	14.006.767,01	3.237	4.953	48.431	25.753	2.357
Hospital de São Teotónio	E.P.E.	C	105.044.109,00	24.045	71.656	151.244	184.808	15.957
Centro Hospitalar de Coimbra	E.P.E.	C	155.213.417,82	22.658	36.127	145.047	256.819	20.236
Hospitais da Universidade de Coimbra	E.P.E.	C	266.793.398,49	46.730	55.719	161.160	512.448	40.611
Hospital Distrital da Figueira da Foz	E.P.E.	C	32.620.171,28	4.996	6.189	79.193	89.621	7.228
Hospital Amato Lusitano	SPA	C	48.807.932,45	11.418	14.712	76.048	71.143	4.481
Hospital Distrital de Pombal	SPA	C	8.122.542,63	1.863	206	43.130	16.974	1.302
Hospital Cândido de Figueiredo	SPA	C	7.481.012,68	1.787	473	33.755	14.583	1.305
Centro Hospitalar Barlavento Algarvio	E.P.E.	ALG	85.304.746,88	13.298	24.970	130.954	104.599	8.040
Hospital de Faro	E.P.E.	ALG	128.866.694,75	19.833	31.639	136.210	200.216	11.707
Hospital Espírito Santo	E.P.E.	ALT	80.498.947,54	12.406	24.810	77.524	159.139	8.922

ANO 2009								
Unidade Hospitalar	Ej	ARS	Total Custos	Nº DSI	Nº SHD	Nº EP. URG	Nº Total Consultas	Nº total Cirurgias
Hospital de São João	E.P.E.	N	350.884.798,82	42.990	118.472	266.416	671.938	32.581
Hospital Nossa Senhora da Conceição	SPA	N	8.121.108,00	1.542	83	68.660	30.820	1.848
Centro Hospitalar do Alto Ave	E.P.E.	N	97.237.762,26	23.148	18.771	157.253	238.452	11.939
Centro Hospitalar do Médio Ave	E.P.E.	N	59.067.014,85	13.764	6.587	128.613	153.050	15.026
Centro Hospitalar do Porto	E.P.E.	N	273.708.061,55	32.050	31.796	154.210	570.123	42.988
Centro Hospitalar entre Douro e Vouga	E.P.E.	N	89.303.845,68	40.055	22.401	197.522	324.835	19.938



Centro Hospitalar Tâmega e Sousa	E.P.E.	N	84.290.220,85	22.645	33.048	189.971	234.419	20.255
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro	E.P.E.	N	131.813.490,89	29.024	49.286	196.874	218.479	13.164
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho	E.P.E.	N	165.851.812,98	25.655	38.735	180.631	405.049	28.981
Hospital Distrital Santa Maria Maior	E.P.E.	N	28.137.648,93	5.208	3.652	88.876	77.937	4.847
Centro Hospitalar Barreiro - Montijo	E.P.E.	LVT	82.883.804,86	14.971	24.058	187.326	185.393	11.420
Centro Hospitalar de Lisboa Central	E.P.E.	LVT	381.990.771,26	37.268	41.301	251.905	571.982	31.371
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental	E.P.E.	LVT	269.563.245,00	26.772	36.507	183.270	439.181	23.209
Centro Hospitalar de Setúbal	E.P.E.	LVT	119.380.648,70	14.536	35.753	135.257	218.353	14.736
Centro Hospitalar Lisboa Norte	E.P.E.	LVT	417.140.512,51	50.128	98.554	286.430	787.716	31.690
Centro Hospitalar Médio Tejo	E.P.E.	LVT	106.681.475,24	18.876	17.299	198.529	170.125	12.803
Hospital Distrital de Santarém	E.P.E.	LVT	81.813.107,00	16.791	17.228	125.819	143.150	11.334
Hospital Garcia da Orta	E.P.E.	LVT	163.355.307,11	22.336	22.336	161.134	145.830	13.190
Centro Hospitalar Oeste Norte	SPA	LVT	47.682.794,00	8.924	5.613	152.535	88.321	5.302
Centro Hospitalar de Torres Vedras	SPA	LVT	46.317.180,03	9.219	9.441	91.450	78.125	5.074
Hospital de Curry Cabral	SPA	LVT	118.878.091,83	13.624	24.797	99.280	175.157	7.945
Instituto Português de Oncologia de Lisboa	E.P.E.	LVT	126.627.359,12	11.264	65.714	8.952	204.294	6.720
Centro Hospitalar Cova da Beira	E.P.E.	C	63.576.124,47	13.153	17.124	90.726	154.929	4.921
Hospital Infante D. Pedro	E.P.E.	C	74.760.916,01	16.460	11.440	143.380	165.217	8.333
Hospital de Santo André	E.P.E.	C	75.123.789,49	20.428	7.149	153.152	182.707	13.696
Hospital Distrital de Águeda	SPA	C	13.488.574,12	3.228	1.012	46.579	27.389	3.094
Hospital de São Teotónio	E.P.E.	C	110.554.595,60	22.692	71.142	151.891	210.092	17.533
Centro Hospitalar de Coimbra	E.P.E.	C	161.270.025,23	21.180	19.285	138.863	276.270	21.088
Hospitais da Universidade de Coimbra	E.P.E.	C	295.455.759,52	46.035	60.108	166.197	529.429	42.795
Hospital Distrital da Figueira da Foz	E.P.E.	C	35.394.633,30	4.812	6.820	75.356	92.622	7.388
Hospital Distrital de Pombal	SPA	C	9.111.436,64	1.510	217	14.945	19.798	2.138
Hospital Cândido de Figueiredo	SPA	C	7.259.485,65	1.005	7	32.686	13.516	918
Centro Hospitalar Barlavento Algarvio	E.P.E.	ALG	85.778.557,93	12.487	39.849	133.431	117.939	8.007
Hospital de Faro	E.P.E.	ALG	143.993.657,79	20.092	30.916	145.452	200.967	14.566
Hospital Espírito Santo	E.P.E.	ALT	86.640.497,11	12.183	30.966	76.308	177.179	12.341

ANO 2010								
Unidade Hospitalar	Ej	ARS	Total Custos	Nº DSI	Nº SHD	Nº EP. URG	Nº Total Consultas	Nº total Cirurgias
Hospital de São João	E.P.E.	N	347.360.420,14	43.523	124.123	255.365	687.872	34.357
Hospital Nossa Senhora da Conceição	SPA	N	8.078.089,00	1.547	70	60.482	29.316	1.810
Centro Hospitalar do Alto Ave	E.P.E.	N	94.613.672,00	24.512	23.324	153.714	252.693	10.402
Centro Hospitalar do Médio Ave	E.P.E.	N	58.145.002,22	12.941	7.704	131.001	167.075	15.772
Centro Hospitalar do Porto	E.P.E.	N	271.653.790,11	33.805	34.452	148.673	608.450	44.552
Centro Hospitalar entre Douro e Vouga	E.P.E.	N	95.502.337,52	22.497	41.147	190.839	316.022	19.506
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa	E.P.E.	N	83.846.688,52	21.820	31.571	187.110	240.115	20.494
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro	E.P.E.	N	135.705.370,18	28.098	47.437	191.547	241.645	15.649
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho	E.P.E.	N	168.831.495,76	26.162	42.618	181.380	429.995	22.041
Hospital Distrital Santa Maria Maior	E.P.E.	N	26.576.838,38	5.077	5.113	81.787	82.569	5.878
Centro Hospitalar Barreiro - Montijo	E.P.E.	LVT	92.112.843,75	13.531	25.296	181.935	178.557	9.796
Centro Hospitalar de Lisboa Central	E.P.E.	LVT	380.236.365,40	38.491	35.891	255.354	574.686	30.728

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental	E.P.E.	LVT	273.626.557,00	26.690	35.371	184.922	449.822	23.720
Centro Hospitalar de Setúbal	E.P.E.	LVT	118.917.740,74	14.651	34.611	136.389	220.773	11.990
Centro Hospitalar Lisboa Norte	E.P.E.	LVT	447.490.024,08	49.333	98.975	344.293	735.157	33.472
Centro Hospitalar Médio Tejo	E.P.E.	LVT	107.551.878,57	18.632	18.228	195.837	171.032	12.424
Hospital Distrital de Santarém	E.P.E.	LVT	84.556.137,00	16.612	18.950	127.224	152.457	14.853
Hospital Garcia da Orta	E.P.E.	LVT	164.018.998,43	23.941	31.791	154.140	237.978	12.910
Centro Hospitalar Oeste Norte	SPA	LVT	50.334.787,00	9.144	5.826	166.715	96.108	4.781
Centro Hospitalar de Torres Vedras	SPA	LVT	36.702.370,00	8.940	9.467	89.474	77.784	5.149
Hospital de Curry Cabral	E.P.E.	LVT	106.855.078,00	13.160	18.374	97.397	179.590	7.497
Instituto Português de Oncologia de Lisboa	E.P.E.	LVT	134.802.361,36	11.920	72.866	8.927	213.116	7.083
Centro Hospitalar Cova da Beira	E.P.E.	C	62.655.722,58	13.545	19.072	88.332	150.622	5.366
Hospital Infante D. Pedro	E.P.E.	C	74.890.791,03	15.446	12.510	141.355	172.128	6.518
Hospital de Santo André	E.P.E.	C	77.884.122,84	20.414	8.063	149.514	184.610	13.301
Hospital Distrital de Águeda	SPA	C	12.518.457,00	2.740	1.002	44.622	23.274	2.917
Hospital de São Teotónio	E.P.E.	C	111.625.337,87	22.692	71.142	151.891	210.092	17.533
Centro Hospitalar de Coimbra	E.P.E.	C	168.334.884,52	22.086	24.841	139.229	271.516	19.031
Hospitais da Universidade de Coimbra	E.P.E.	C	294.973.645,58	45.331	64.063	166.739	527.828	38.073
Hospital Distrital da Figueira da Foz	E.P.E.	C	33.459.300,06	5.508	6.386	74.856	97.324	7.534
Hospital Distrital de Pombal	SPA	C	7.492.590,00	1.633	175	39.018	21.552	1.903
Hospital Cândido de Figueiredo	SPA	C	6.350.146,00	117	17	32.926	11.724	220
Centro Hospitalar Barlavento Algarvio	E.P.E.	ALG	84.021.286,00	11.769	27.709	131.975	115.560	7.627
Hospital de Faro	E.P.E.	ALG	148.647.143,94	19.974	42.104	148.131	206.149	13.725
Hospital Espírito Santo	E.P.E.	ALT	89.787.912,39	12.056	41.334	76.015	191.499	13.638

ANO 2011									
Unidade Hospitalar	Ej	ARS	Total Custos	Nº DSI	Nº SHD	Nº EP. URG	Nº Total Consultas	Nº total Cirurgias	
Centro Hospitalar de São João	E.P.E.	N	348.246.338,76	45.987	126.950	315.702	694.309	37.887	
Centro Hospitalar do Alto Ave	E.P.E.	N	89.150.184,00	20.228	23.031	154.221	260.479	10.191	
Centro Hospitalar do Médio Ave	E.P.E.	N	53.099.291,69	14.223	8.742	126.760	172.047	15.720	
Centro Hospitalar do Porto	E.P.E.	N	264.930.811,12	32.531	103.017	143.159	630.522	41.297	
Centro Hospitalar entre Douro e Vouga	E.P.E.	N	98.950.732,03	21.307	44.398	195.520	308.720	19.067	
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa	E.P.E.	N	79.633.561,32	20.956	32.995	191.120	257.735	22.636	
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro	E.P.E.	N	128.634.694,84	25.548	47.223	190.673	271.400	15.117	
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho	E.P.E.	N	157.716.962,00	22.035	47.977	181.661	439.992	21.757	
Hospital Distrital Santa Maria Maior	E.P.E.	N	23.777.549,34	5.465	5.765	81.590	74.294	5.904	
Centro Hospitalar Barreiro - Montijo	E.P.E.	LVT	85.918.429,98	12.897	29.600	171.069	183.373	10.600	
Hospital de Curry Cabral	E.P.E.	LVT	107.058.188,87	12.959	11.135	84.618	186.457	7.647	
Centro Hospitalar de Lisboa Central	E.P.E.	LVT	342.352.782,36	62.048	41.544	359.067	835.396	44.888	
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental	E.P.E.	LVT	249.407.212,00	26.993	35.082	182.354	452.809	18.523	
Centro Hospitalar de Setúbal	E.P.E.	LVT	113.207.328,41	14.692	34.590	136.347	223.351	12.979	
Centro Hospitalar Lisboa Norte	E.P.E.	LVT	460.719.982,72	49.482	96.143	253.649	741.551	32.942	
Centro Hospitalar Médio Tejo	E.P.E.	LVT	103.849.874,98	18.318	16.525	186.003	171.897	9.883	
Hospital Distrital de Santarém	E.P.E.	LVT	80.027.322,00	17.330	27.545	128.798	155.373	13.663	
Hospital Garcia da Orta	E.P.E.	LVT	149.613.935,00	23.885	30.539	152.440	258.575	13.116	

Centro Hospitalar Oeste Norte	SPA	LVT	61.391.278,00	9.160	8.767	163.772	94.399	4.286
Centro Hospitalar de Torres Vedras	SPA	LVT	41.643.502,00	8.655	9.129	88.129	73.329	5.318
Instituto Português de Oncologia de Lisboa	E.P.E.	LVT	133.691.703,02	12.560	78.460	9.455	219.396	7.258
Centro Hospitalar Cova da Beira	E.P.E.	C	62.915.542,00	13.212	18.847	87.054	166.702	5.234
Centro Hospitalar do Baixo Vouga	E.P.E.	C	70.683.014,09	19.236	10.293	193.974	2.136.258	10.077
Centro Hospitalar Leiria-Pombal	E.P.E.	C	82.729.811,40	80.644	8.987	145.427	190.362	13.539
Centro Hospitalar Tondela-Viseu	E.P.E.	C	114.326.826,16	22.662	66.852	182.108	227.955	17.309
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra	E.P.E.	C	428.458.067,98	71.159	46.437	307.391	844.335	45.570
Hospital Distrital da Figueira da Foz	E.P.E.	C	32.707.675,88	5.619	5.787	79.488	97.375	7.563
Centro Hospitalar Barlavento Algarvio	E.P.E.	ALG	83.797.467,00	11.941	25.459	123.908	120.525	7.558
Hospital de Faro	E.P.E.	ALG	138.819.954,84	22.849	29.798	150.057	207.383	12.966
Hospital Espírito Santo	E.P.E.	ALT	83.918.586,25	12.191	44.282	76.291	192.228	13.434

ANO 2012								
Unidade Hospitalar	Ej	ARS	Total Custos	Nº DSI	Nº SHD	Nº EP. URG	Nº Total Consultas	Nº total Cirurgias
Centro Hospitalar de São João	E.P.E.	N	325.273.564,43	44.367	125.580	289.172	719.514	40.215
Centro Hospitalar do Alto Ave	E.P.E.	N	81.819.179,47	22.394	27.079	143.494	260.693	12.681
Centro Hospitalar do Médio Ave	E.P.E.	N	50.434.694,49	13.749	6.748	124.319	171.467	10.668
Centro Hospitalar do Porto	E.P.E.	N	253.982.389,34	34.294	115.863	130.840	636.105	42.861
Centro Hospitalar entre Douro e Vouga	E.P.E.	N	83.100.366,90	21.477	40.027	178.773	323.577	19.008
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa	E.P.E.	N	81.756.100,00	23.134	22.448	187.706	273.875	22.836
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro	E.P.E.	N	124.292.165,11	23.437	44.799	172.032	281.154	13.713
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho	E.P.E.	N	164.183.600,74	24.325	44.126	169.139	466.839	21.309
Hospital Distrital Santa Maria Maior	E.P.E.	N	21.771.174,00	5.192	3.819	73.120	70.862	3.656
Centro Hospitalar Barreiro - Montijo	E.P.E.	LVT	83.560.117,88	12.346	32.780	149.256	176.580	11.200
Centro Hospitalar de Lisboa Central	E.P.E.	LVT	447.409.435,00	54.458	42.908	265.623	808.162	42.882
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental	E.P.E.	LVT	223.872.052,67	28.792	37.169	162.299	463.482	24.669
Centro Hospitalar de Setúbal	E.P.E.	LVT	101.788.498,27	14.250	22.632	128.445	215.331	12.168
Centro Hospitalar Lisboa Norte	E.P.E.	LVT	436.338.629,96	46.823	100.010	220.229	709.179	31.436
Centro Hospitalar Médio Tejo	E.P.E.	LVT	83.022.123,00	16.913	16.003	149.832	160.997	8.993
Hospital Distrital de Santarém	E.P.E.	LVT	78.559.970,00	17.062	29.833	123.394	148.396	10.764
Hospital Garcia da Orta	E.P.E.	LVT	134.238.750,00	21.079	31.546	145.850	267.645	13.939
Centro Hospitalar Oeste	SPA	LVT	86.638.453,00	16.645	14.542	189.474	133.733	8.095
Instituto Português de Oncologia de Lisboa	E.P.E.	LVT	122.458.817,96	12.498	87.576	9.526	222.150	7.378
Centro Hospitalar Cova da Beira	E.P.E.	C	56.957.919,55	14.465	18.943	77.831	163.755	5.268
Centro Hospitalar do Baixo Vouga	E.P.E.	C	65.235.345,00	15.180	8.301	183.566	178.249	9.108
Centro Hospitalar Leiria-Pombal	E.P.E.	C	82.846.438,44	22.574	9.385	170.103	200.556	13.191
Centro Hospitalar Tondela-Viseu	E.P.E.	C	110.665.343,69	24.776	60.451	169.301	228.502	19.513
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra	E.P.E.	C	433.665.158,77	65.962	49.441	287.530	873.611	41.491
Hospital Distrital da Figueira da Foz	E.P.E.	C	32.707.675,88	6.393	5.811	71.674	90.967	7.429
Centro Hospitalar Barlavento Algarvio	E.P.E.	ALG	78.113.396,00	12.205	20.341	109.848	116.706	7.028
Hospital de Faro	E.P.E.	ALG	124.062.402,77	18.951	24.860	131.310	185.157	10.267
Hospital Espírito Santo	E.P.E.	ALT	82.079.379,36	13.070	44.481	69.680	196.353	13.886

ANO 2013								
Unidade Hospitalar	Ej	ARS	Total Custos	Nº DSI	Nº SHD	Nº EP. URG	Nº Total Consultas	Nº total Cirurgias
Centro Hospitalar de São João	E.P.E.	N	322.800.028,41	44.606	127.368	283.748	740.238	41.967
Centro Hospitalar do Alto Ave	E.P.E.	N	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Centro Hospitalar do Médio Ave	E.P.E.	N	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Centro Hospitalar do Porto	E.P.E.	N	256.430.135,81	34.033	110.809	131.471	650.921	44.090
Centro Hospitalar entre Douro e Vouga	E.P.E.	N	81.865.450,71	21.289	32.938	180.252	321.383	19.713
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa	E.P.E.	N	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro	E.P.E.	N	126.915.876,13	23.338	53.753	179.905	298.140	13.240
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho	E.P.E.	N	167.441.946,60	25.145	43.597	171.601	488.670	22.916
Hospital Distrital Santa Maria Maior	E.P.E.	N	21.672.105,62	5.115	2.426	71.340	62.678	3.142
Centro Hospitalar Barreiro - Montijo	E.P.E.	LVT	75.730.038,89	12.425	30.239	148.589	183.609	11.319
Centro Hospitalar de Lisboa Central	E.P.E.	LVT	423.450.626,00	52.306	40.854	256.775	814.852	43.192
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental	E.P.E.	LVT	223.470.851,16	28.017	29.053	156.807	472.032	23.878
Centro Hospitalar de Setúbal	E.P.E.	LVT	105.402.465,00	15.997	30.275	133.134	220.786	13.151
Centro Hospitalar Lisboa Norte	E.P.E.	LVT	419.040.844,35	43.130	99.187	210.552	701.056	29.531
Centro Hospitalar Médio Tejo	E.P.E.	LVT	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Hospital Distrital de Santarém	E.P.E.	LVT	77.953.866,00	17.330	29.663	126.471	149.506	10.874
Hospital Garcia da Orta	E.P.E.	LVT	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Instituto Português de Oncologia de Lisboa	E.P.E.	LVT	119.652.092,89	11.619	70.989	9.612	229.343	7.113
Centro Hospitalar Oeste	SPA	LVT	84.585.181,00	15.510	12.642	188.216	133.196	8.135
Centro Hospitalar Cova da Beira	E.P.E.	C	57.164.760,00	12.164	20.687	79.292	166.485	5.511
Centro Hospitalar do Baixo Vouga	E.P.E.	C	79.042.432,00	16.903	13.496	171.450	217.976	10.908
Centro Hospitalar Leiria-Pombal	E.P.E.	C	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Centro Hospitalar Tondela-Viseu	E.P.E.	C	111.774.411,24	25.135	57.090	156.633	250.525	22.421
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra	E.P.E.	C	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Hospital Distrital da Figueira da Foz	E.P.E.	C	27.899.782,43	6.135	5.966	71.679	83.371	5.831
Centro Hospitalar do Algarve	E.P.E.	ALG	189.898.226,80	30.778	45.892	237.067	317.883	15.917
Hospital Espírito Santo	E.P.E.	ALT	-----	-----	-----	-----	-----	-----

## ANEXO VI

AMOSTRA SELECIONADA PARA O ESTUDO  
(EVOLUÇÃO DA EFICIÊNCIA NAS  
CONCENTRÇÕES/ FUSÕES HOSPITALARES)



ANEXO VI – AMOSTRAGEM DOS CENTROS HOSPITALARES PARA ESTUDO DE PRODUTIVIDADE

UNIDADES HOSPITALARES INTEGRADAS NA ARS NORTE

CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO							
ANO	Unidade	Total Custos	Nº DSI	Nº SHD	Nº EP. URG	Nº Total Consultas	Nº Total Cirurgias
2002	Hospital de São João	249.802.799,88	39.758	48.530	219.176	414.475	27.778
2002	Hospital Nossa Senhora da Conceição	6.965.922,57	1.614	121	82.458	11.968	1.380
2003	Hospital de São João	264.289.183,98	38.117	57.535	249.420	444.505	28.685
2003	Hospital Nossa Senhora da Conceição	6.420.030,00	1.692	148	82.021	21.081	743
2004	Hospital de São João	280.590.014,25	36.832	55.636	233.600	467.734	27.114
2004	Hospital Nossa Senhora da Conceição	8.281.868,00	957	71	75.854	22.494	828
2005	Hospital de São João	297.469.958,17	36.314	52.949	230.156	495.145	27.167
2005	Hospital Nossa Senhora da Conceição	7.986.724,00	1.849	79	76.314	21.425	624
2006	Hospital de São João	303.853.223,05	37.494	58.740	236.899	520.029	31.910
2006	Hospital Nossa Senhora da Conceição	7.018.786,00	1.803	81	74.068	21.745	1005
2007	Hospital de São João	307.371.930,62	41.314	61.685	244.590	567.954	26.818
2007	Hospital Nossa Senhora da Conceição	8.924.525,00	1.774	83	65.858	21.976	2.141
2008	Hospital de São João	322.050.176,78	42.356	95.089	259.222	620.394	31.757
2008	Hospital Nossa Senhora da Conceição	8.874.240,00	1.668	78	64.008	32.534	1.720
2009	Hospital de São João	350.884.798,82	42.990	118.472	266.416	671.938	32.581
2009	Hospital Nossa Senhora da Conceição	8.121.108,00	1.542	83	68.660	30.820	1.848
2010	Hospital de São João	347.360.420,14	43.523	124.123	255.365	687.872	34.357
2010	Hospital Nossa Senhora da Conceição	8.078.089,00	1.547	70	60.482	29.316	1.810
2011	Centro Hospitalar de São João	348.246.338,76	45.987	126.950	315.702	694.309	37.887
2012	Centro Hospitalar de São João	325.273.564,43	44.367	125.580	289.172	719.514	40.215
2013	Centro Hospitalar de São João	322.800.028,41	44.606	127.368	283.748	740.238	41.967

CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE							
ANO	Unidade	Total Custos	Nº DSI	Nº SHD	Nº EP. URG	Nº Total Consultas	Nº Total Cirurgias
2002	Hospital Nossa Senhora da Oliveira	57.101.947,15	24.266	2.713	117.941	143.312	9.307
2002	Hospital de Fafe	9.333.036,49	2.870	376	34.456	12.531	1.404
2003	Hospital Nossa Senhora da Oliveira	58.855.929,74	23.404	6.054	117.148	161.725	9.503
2003	Hospital de Fafe	9.751.000,36	3.074	279	36.555	13.504	1.522
2004	Hospital Nossa Senhora da Oliveira	61.888.898,78	23.720	13.302	105.436	170.737	10.264
2004	Hospital de Fafe	10.298.724,98	3.389	195	35.150	14.553	1.799
2005	Hospital Nossa Senhora da Oliveira	71.847.946,66	23.131	12.213	104.926	180.708	10.119
2005	Hospital de Fafe	10.422.635,22	3.357	184	35.720	15.317	1.713
2006	Hospital Nossa Senhora da Oliveira	72.576.549,84	22.436	12.517	110.622	191.315	10.012
2006	Hospital de Fafe	11.135.462,28	3.452	177	39.254	17.469	1.763
2007	Centro Hospitalar do Alto Ave	84.825.365,58	25.155	29.276	164.107	207.394	12.116
2008	Centro Hospitalar do Alto Ave	86.986.016,54	25.935	13.655	158.599	215.844	12.887
2009	Centro Hospitalar do Alto Ave	97.237.762,26	23.148	18.771	157.253	238.452	11.939
2010	Centro Hospitalar do Alto Ave	94.613.672,00	24.512	23.324	153.714	252.693	10.402
2011	Centro Hospitalar do Alto Ave	89.150.184,00	20.228	23.031	154.221	260.479	10.191

Anexo VI - Reformas na Gestão Hospitalar: Análise dos efeitos da empresarialização

2012	CH do Alto Ave	81.819.179,47	22.394	27.079	143.494	260.693	12.681
------	----------------	---------------	--------	--------	---------	---------	--------

CENTRO HOSPITALAR MÉDIO AVE							
ANO	Unidade	Total Custos	Nº DSI	Nº SHD	Nº EP. URG	Nº Total Consultas	Nº Total Cirurgias
2002	Hospital São João de Deus	23.239.879,97	8.041	1.877	75.708	53.147	3.847
2002	Hospital de Santo Tirso	16.527.825,64	5.984	1.787	53.696	46.757	4.024
2003	Hospital São João de Deus	23.389.558,08	8.503	1.854	76.676	56.269	4.768
2003	Hospital de Santo Tirso	13.657.070,00	6.052	2.192	55.531	49.239	4.297
2004	Hospital São João de Deus	28.756.779,96	8.404	2.137	74.658	68.975	5.300
2004	Hospital de Santo Tirso	13.412.413,00	3.984	2.263	51.273	52.358	4.361
2005	Hospital São João de Deus	30.062.868,00	9.254	3.599	77.626	70.825	5.257
2005	Hospital de Santo Tirso	13.637.170,00	6.104	2.560	50.724	50.723	4.570
2006	Hospital São João de Deus	30.694.971,71	10.034	3.491	75.004	70.064	5.571
2006	Hospital de Santo Tirso	15.704.600,00	5.569	2.374	47.373	53.207	4.359
2007	Centro Hospitalar do Médio Ave	52.923.267,00	14.362	6.548	115.311	130.433	11.160
2008	Centro Hospitalar do Médio Ave	53.088.563,21	14.261	5.917	115.719	140.389	12.789
2009	Centro Hospitalar do Médio Ave	59.067.014,85	13.764	6.587	128.613	153.050	15.026
2010	Centro Hospitalar do Médio Ave	58.145.002,22	12.941	7.704	131.001	167.075	15.772
2011	Centro Hospitalar do Médio Ave	53.099.291,69	14.223	8.742	126.760	172.047	15.720
2012	Centro Hospitalar do Médio Ave	50.434.694,49	13.749	6.748	124.319	171.467	10.668

CENTRO HOSPITALAR ENTRE DOURO E VOUGA							
ANO	Unidade	Total Custos	Nº DSI	Nº SHD	Nº EP. URG	Nº Total Consultas	Nº Total Cirurgias
2002	Hospital de São Sebastião	48.320.296,91	20.122	6.856	167.277	153.003	1.1947
2002	Hospital de São João da Madeira	11.932.310,73	3.647	196	49.512	42.855	3.881
2002	Hospital de São Miguel	12.318.765,70	4.108	8.230	65.279	34.787	1.031
2003	Hospital de São Sebastião	53.976.837,01	20.350	7.850	166.052	165.470	11.093
2003	Hospital de São João da Madeira	11.497.064,15	3.823	150	50.916	43.592	4.044
2003	Hospital de São Miguel	12.056.445,66	3.625	8.788	65.303	35.186	912
2004	Hospital de São Sebastião	55.976.917,45	20.598	12.749	170.050	181.324	11.368
2004	Hospital de São João da Madeira	14.883.287,06	3.970	365	42.895	49.210	4.135
2004	Hospital de São Miguel	12.442.104,73	2.947	10.613	57.482	36.804	925
2005	Hospital de São Sebastião	60.655.986,33	20.607	14.627	175.910	192.592	12.196
2005	Hospital de São João da Madeira	14.999.522,32	4.052	408	41.805	49.295	4.554
2005	Hospital de São Miguel	12.076.462,96	3.016	11.640	62.429	37.475	934
2006	Hospital de São Sebastião	64.378.892,59	21.306	16.704	164.912	202.924	16.314
2006	Hospital de São João da Madeira	14.900.744,89	4.248	477	35.934	46.934	4.776
2006	Hospital de São Miguel	12.671.663,15	2.549	12.303	55.533	31.992	781
2007	Hospital de São Sebastião	65.825.851,83	20.409	19.352	147.045	218.673	15.968
2007	Hospital de São João da Madeira	14.271.724,58	3.805	607	39.765	30.690	4.473
2007	Hospital de São Miguel	12.033.107,58	2.144	13.383	49.758	42.535	454
2008	Hospital de São Sebastião	70.442.688,21	19.986	18.360	158.208	222.589	13.517
2008	Hospital de São João da Madeira	14.133.371,29	3.619	203	30.657	42.794	5.190
2008	Hospital de São Miguel	12.577.923,76	1.845	7.523	46.502	26.877	129



Anexo VI - Reformas na Gestão Hospitalar: Análise dos efeitos da empresarialização

2009	CH entre Douro e Vouga	89.303.845,68	40.055	22.401	197.522	324.835	19.938
2010	CH entre Douro e Vouga	95.502.337,52	22.497	41.147	190.839	316.022	19.506
2011	CH entre Douro e Vouga	989.50.732,03	21.307	44.398	195.520	308.720	19.067
2012	CH entre Douro e Vouga	83.100.366,90	21.477	40.027	178.773	323.577	19.008
2013	CH entre Douro e Vouga	81.865.450,71	21.289	32.938	180.252	321.383	19.713

CENTRO HOSPITALAR TÂMÊGA E SOUSA							
ANO	Unidade	Total Custos	Nº DSI	Nº SHD	Nº EP. URG	Nº Total Consultas	Nº Total Cirurgias
2002	Hospital de São Gonçalo	18.849.580,17	6.627	1.869	50.265	46.709	2.881
2002	Hospital Padre Américo	35.334.466,92	13.369	10.985	134.677	99.320	4.918
2003	Hospital de São Gonçalo	17.712.599,55	6.705	1.936	56.416	53.414	3.223
2003	Hospital Padre Américo	45.817.444,95	15.559	10.590	153.393	110.930	6.947
2004	Hospital de São Gonçalo	18.016.812,96	4.033	2.027	57.019	59.613	3.453
2004	Hospital Padre Américo	50.535.994,26	10.020	11.200	156.992	127.852	8.694
2005	Hospital de São Gonçalo	19.706.052,24	6.498	3.256	58.193	64.475	2.971
2005	Hospital Padre Américo	54.401.562,01	15.614	12.941	152.966	135.706	8.825
2006	Hospital de São Gonçalo	22.266.855,93	6.160	2.872	58.646	67.916	2.931
2006	Hospital Padre Américo	58.667.037,39	17.529	19.287	156.066	150.395	14.209
2007	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa	76.398.687,92	22.499	33.411	200.576	219.242	17.294
2008	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa	78.340.014,84	22.200	28.943	189.971	212.977	19.255
2009	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa	84.290.220,85	22.645	33.048	189.971	234.419	20.255
2010	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa	83.846.688,52	21.820	31.571	187.110	240.115	20.494
2011	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa	79.633.561,32	20.956	32.995	191.120	257.735	22.636
2012	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa	81.756.100,00	23.134	22.448	187.706	273.875	22.836

CENTRO HOSPITALAR TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO							
ANO	Unidade	Total Custos	Nº DSI	Nº SHD	Nº EP. URG	Nº Total Consultas	Nº Total Cirurgias
2002	CH de Vila Real/ Peso da Régua	47.821.640,74	16.509	10.553	113.558	111.782	5.815
2002	Hospital de Chaves	24.868.119,15	7.918	7.682	68.198	49.379	3.088
2002	Hospital de Lamego	12.780.616,12	4.699	215	70.582	26.404	1.874
2003	CH de Vila Real/ Peso da Régua	55.551.979,02	16.510	10.862	108.036	124.727	7.288
2003	Hospital de Chaves	25.905.929,59	8.122	7.517	67.583	47.977	3.105
2003	Hospital de Lamego	12.776.219,43	3.976	205	67.308	24.638	2.045
2004	CH de Vila Real/ Peso da Régua	56.045.544,12	16.158	11.330	96.964	128.947	7.923
2004	Hospital de Chaves	27.370.751,63	7.506	7.513	63.143	52.267	3.250
2004	Hospital de Lamego	12.677.183,00	4.800	364	64.406	26.318	1.837
2005	CH de Vila Real/ Peso da Régua	64.047.522,55	16.571	12.813	99.392	136.356	7.958
2005	Hospital de Chaves	27.590.698,33	7.420	7.661	65.454	51.340	3.224
2005	Hospital de Lamego	14.675.652,89	4.840	486	65.118	27.379	1.894
2006	CH de Vila Real/ Peso da Régua	63.235.835,87	16.745	18.368	98.857	136.101	9.414
2006	Hospital de Chaves	28.795.845,38	7.642	8.017	67.324	49.110	3.233
2006	Hospital de Lamego	15.142.997,19	4.488	617	60.711	25.017	1.852
2007	CH Trás-os-Montes e Alto Douro	11.252.6838,28	29.112	31.602	221.078	211.754	11.561
2008	CH Trás-os-Montes e Alto Douro	11.882.6885,87	30.247	37.139	195.587	219.902	13.613

Anexo VI - Reformas na Gestão Hospitalar: Análise dos efeitos da empresarialização

2009	CH Trás-os-Montes e Alto Douro	131.813.490,89	29.024	49.286	196.874	218.479	13.164
2010	CH Trás-os-Montes e Alto Douro	135.705.370,18	28.098	47.437	191.547	241.645	15.649
2011	CH Trás-os-Montes e Alto Douro	128.634.694,84	25.548	47.223	190.673	271.400	15.117
2012	CH Trás-os-Montes e Alto Douro	124.292.165,11	23.437	44.799	172.032	281.154	13.713
2013	CH Trás-os-Montes e Alto Douro	126.915.876,13	23.338	53.753	179.905	298.140	13.240

CH DO NORDESTE							
ANO	Unidade	Total Custos	Nº DSI	Nº SHD	Nº EP. URG	Nº Total Consultas	Nº Total Cirurgias
2002	Hospital Distrital de Bragança	25.957.245,00	3.561	10.305	51.569	43.054	3.073
2002	Hospital de Macedo de Cavaleiros	10.785.660,52	797	281	25.406	12.131	1.387
2002	Hospital de Mirandela	15.730.097,00	5.365	0	40.712	43.013	1.997
2003	Hospital Distrital de Bragança	27.238.642,00	9.092	11.076	52.416	41.007	3.146
2003	Hospital de Macedo de Cavaleiros	11.526.063,07	2.992	1318	24.987	14.389	1.432
2003	Hospital de Mirandela	16.434.884,01	5.672	0	40.959	45.762	2.171
2004	Hospital Distrital de Bragança	28.434.147,43	8.738	10.427	49.507	42.604	3.368
2004	Hospital de Macedo de Cavaleiros	12.003.252,95	3.056	765	27.084	13.689	1.512
2004	Hospital de Mirandela	17.845.063,71	5.229	0	37.662	45.596	2.049
2005	Hospital Distrital de Bragança	30.328.461,93	8.656	11.877	49.362	43.700	3.334
2005	Hospital de Macedo de Cavaleiros	13.150.792,79	3.378	664	27.362	15.883	2.086
2005	Hospital de Mirandela	19.194.502,17	4.937	0	55.398	47.951	2.065
2006	Centro Hospitalar do Nordeste	63.555.256,75	16.957	11.184	107.491	108.184	7.445
2007	Centro Hospitalar do Nordeste	64.282.328,07	16.757	11.720	95.969	112.029	7.609
2008	Centro Hospitalar do Nordeste	64.030.752,91	16.127	11.638	83.450	117.131	9.105
2009	Centro Hospitalar do Nordeste	66.953.034,25	15.925	10.985	88.623	116.696	8.174
2010	Centro Hospitalar do Nordeste	68.780.841,60	15.061	12.585	84.328	110.599	7.999

CENTRO HOSPITALAR DO PORTO							
ANO	Unidade	Total Custos	Nº DSI	Nº SHD	Nº EP. URG	Nº Total Consultas	Nº Total Cirurgias
2002	Hospital Geral de Santo António	178.018.810,27	20.497	18.088	154.992	287.368	19.703
2002	Maternidade Júlio Dinis	17.933.946,28	7.110	0	109	56.429	4.478
2002	Hospital Maria Pia	20.245.447,00	4.460	4.892	4.080	84.563	4.589
2003	Hospital Geral de Santo António	183.541.531,39	21.613	18.767	129.765	318.038	24.908
2003	Maternidade Júlio Dinis	18.154.132,48	6.316	0	18.729	51.862	3.994
2003	Hospital Maria Pia	21.732.961,00	4.103	7.554	3.991	83.127	4.049
2004	Hospital Geral de Santo António	186.994.649,65	12.623	23.190	131.311	341.602	23.802
2004	Maternidade Júlio Dinis	18.797.194,81	5.549	0	16.882	53.490	3.860
2004	Hospital Maria Pia	21.544.160,00	4.572	6.553	4.276	87.389	4.570
2005	Hospital Geral de Santo António	209.782.497,04	24.285	24.616	131.719	365.801	25.729
2005	Maternidade Júlio Dinis	19.243.974,98	6.409	0	18.719	57.426	3.734
2005	Hospital Maria Pia	22.886.982,00	4.441	3.631	4.983	87.174	4.536
2006	Hospital Geral de Santo António	203.455.568,06	24.573	24.169	129.444	374.674	27.716
2006	Maternidade Júlio Dinis	20.172.711,21	6.382	0	20.237	57.330	3.963
2006	Hospital Maria Pia	24.132.793,00	4.382	3.009	4.863	85.593	3.672
2007	Centro Hospitalar do Porto	249.298.304,01	33.017	28.602	154.944	531.829	34.262
2008	Centro Hospitalar do Porto	255.417.827,05	31.587	29.532	152.283	543.374	38.228

Anexo VI - Reformas na Gestão Hospitalar: Análise dos efeitos da empresarialização

2009	Centro Hospitalar do Porto	273.708.061,55	32.050	31.796	154.210	570.123	42.988
2010	Centro Hospitalar do Porto	271.653.790,11	33.805	34.452	148.673	608.450	44.552
2011	Centro Hospitalar do Porto	264.930.811,12	32.531	125.658	143.159	630.522	41.297
2012	Centro Hospitalar do Porto	253.982.389,34	34.294	115.863	130.840	636.105	42.861
2013	Centro Hospitalar do Porto	256.430.135,81	34.033	110.809	131.471	650.921	44.090

CENTRO HOSPITALAR V.N.GAIA/ESPINHO							
ANO	Unidade	Total Custos	Nº DSI	Nº SHD	Nº EP. URG	Nº Total Consultas	Nº Total Cirurgias
2002	Hospital de Vila Nova de Gaia	102.291.012,00	21.375	24.153	178.543	222.333	12.005
2002	Hospital de Espinho	6.598.061,88	1.718	0	43.200	15.220	2.174
2003	Hospital de Vila Nova de Gaia	114.970.649,15	20.532	26.665	186.038	236.397	12.972
2003	Hospital de Espinho	6.723.980,99	1.790	0	42.984	15.024	1.589
2004	Hospital de Vila Nova de Gaia	123.296.790,93	13.210	28.806	181.000	254.323	13.794
2004	Hospital de Espinho	6.888.868,14	1.536	0	38.411	16.020	1.271
2005	Hospital de Vila Nova de Gaia	134.073.854,79	24.327	30.487	184.403	279.924	15.664
2005	Hospital de Espinho	6.792.655,36	1.722	0	38.445	14.969	1.429
2006	Hospital de Vila Nova de Gaia	16.3692.240,17	24.117	34.913	179.706	296.890	16.414
2006	Hospital de Espinho	7.473.145,53	1.693	0	36.720	15.205	1.411
2007	Centro Hospitalar V.N.Gaia/Espinho	153.656.544,26	25.851	37.215	200.212	360.560	24.271
2008	Centro Hospitalar V.N.Gaia/Espinho	156.467.779,94	25.399	38.964	172.395	366.594	27.140
2009	Centro Hospitalar V.N.Gaia/Espinho	165.851.812,98	25.655	38.735	180.631	405.049	28.981
2010	Centro Hospitalar V.N.Gaia/Espinho	168.831.495,76	26.162	42.618	181.380	429.995	18.480
2011	Centro Hospitalar V.N.Gaia/Espinho	157.716.962,00	22.035	47.977	181.661	439.992	18.040
2012	Centro Hospitalar V.N.Gaia/Espinho	164.183.600,74	24.325	44.126	169.139	466.839	21.309
2013	Centro Hospitalar V.N.Gaia/Espinho	167.441.946,60	25.145	43.597	171.601	488.670	22.916

UNIDADES HOSPITALARES INTEGRADAS NA ARS CENTRO

CENTRO HOSPITALAR LEIRIA POMBAL							
ANO	Unidade	Total Custos	Nº DSI	Nº SHD	Nº EP. URG	Nº Total Consultas	Nº Total Cirurgias
2002	Hospital de Santo André	50.941.883,00	18.017	3.684	141.713	103.965	7.013
2002	Hospital Distrital de Águeda	11.041.955,00	4.430	1.407	48.597	27.183	3.044
2002	Hospital Distrital de Pombal	5.944.763,00	2.178	292	46.818	13.768	1.604
2003	Hospital de Santo André	56.424.621,30	19.018	3.132	144.718	124.400	7.521
2003	Hospital Distrital de Águeda	11.133.333,37	4.603	1.664	45.498	27.961	3.098
2003	Hospital Distrital de Pombal	6.552.528,00	2.050	273	47.743	13.847	1.965
2004	Hospital de Santo André	59.331.073,20	18.739	3.892	138.167	121.516	7.386
2004	Hospital Distrital de Águeda	10.083.942,00	3.911	1.745	44.487	28.238	2.337
2004	Hospital Distrital de Pombal	7.466.249,48	1.731	477	47.742	15.549	1.852
2005	Hospital de Santo André	64.000.349,00	18.394	4.273	141.574	130.859	7.400
2005	Hospital Distrital de Águeda	12.279.539,92	3.826	897	43.726	25.058	2.011
2005	Hospital Distrital de Pombal	8.126.025,00	1.834	282	48.672	15.310	1.578
2006	Hospital de Santo André	63.805.627,00	19.215	4.467	147.732	139.850	8.549
2006	Hospital Distrital de Águeda	12.951.142,17	3.797	730	41.737	23.811	2.034
2006	Hospital Distrital de Pombal	7.243.730,91	1.720	361	49.210	15.346	1.602

Anexo VI - Reformas na Gestão Hospitalar: Análise dos efeitos da empresarialização

2007	Hospital Distrital de Pombal	7.608.582,17	1.897	218	47.013	15.175	1.522
2007	Hospital de Santo André	64.863.412,19	19.227	6.283	153.506	151.227	9.632
2007	Hospital Distrital de Águeda	12.58.7963,18	3.158	4.050	46.021	22.313	2.105
2008	Hospital Distrital de Pombal	8.122.542,63	1.863	206	43.130	16.974	1.302
2008	Hospital de Santo André	69.558.728,14	20.591	6.580	158.947	167.270	12.201
2008	Hospital Distrital de Águeda	140.06.767,01	3.237	4.953	48.431	25.753	2.357
2009	Hospital Distrital de Pombal	91.11.436,64	1.510	217	14.945	19.798	2.138
2009	Hospital de Santo André	75.123.789,49	20.428	7.149	153.152	182.707	13.696
2009	Hospital Distrital de Águeda	13.488.574,12	3.228	1.012	46.579	27.389	3.094
2010	Hospital Distrital de Pombal	7.492.590,00	1.633	175	39.018	21.552	1.903
2010	Hospital de Santo André	77.884.122,84	20.414	8.063	149.514	184.610	13.301
2010	Hospital Distrital de Águeda	12.518.457,00	2.740	1.002	44.622	23.274	2.917
2011	Centro Hospitalar Leiria-Pombal	82.729.811,40	80.644	8.987	145.427	190.362	13.539
2012	Centro Hospitalar Leiria-Pombal	82.846.438,44	22.574	9.385	170.103	200.556	13.191

CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU							
ANO	Unidade	Total Custos	Nº DSI	Nº SHD	Nº EP. URG	Nº Total Consultas	Nº Total Cirurgias
2002	Hospital Cândido de Figueiredo	5.847.647,62	1.415	126	36.869	5.259	607
2002	Hospital de São Teotónio	67.302.740,00	22.387	11.099	143.260	120.590	9.647
2003	Hospital Cândido de Figueiredo	4.608.353,00	1.740	254	40.082	10.485	1.260
2003	Hospital de São Teotónio	78.229.488,44	24.139	11.187	136.425	137.229	11.487
2004	Hospital Cândido de Figueiredo	5.091.192,00	1.904	3.189	36.830	11.000	1.133
2004	Hospital de São Teotónio	82.058.591,78	24.259	26.436	135.960	146.044	11.335
2005	Hospital Cândido de Figueiredo	6.003.918,00	1.685	4.231	38.702	10.826	678
2005	Hospital de São Teotónio	91.718.981,35	24.531	63.244	138.717	147.998	11.287
2006	Hospital Cândido de Figueiredo	6.418.412,00	2.102	2.605	35.740	12.937	1.301
2006	Hospital de São Teotónio	96.574.332,54	23.770	62.250	143.134	162.641	11.280
2007	Hospital Cândido de Figueiredo	5.687.154,00	1.937	489	34.366	13.286	1.334
2007	Hospital de São Teotónio	98.312.048,89	26.472	64.538	146.805	165.962	12.176
2008	Hospital Cândido de Figueiredo	7.481.012,68	1.787	473	33.755	14.583	1.305
2008	Hospital de São Teotónio	105.044.109,00	24.045	71.656	151.244	184.808	15.957
2009	Hospital Cândido de Figueiredo	72.59.485,65	1.005	7	32.686	13.516	918
2009	Hospital de São Teotónio	110.554.595,60	22.692	71.142	151.891	210.092	17.533
2010	Hospital Cândido de Figueiredo	6.350.146,00	117	17	32.926	11.724	220
2010	Hospital de São Teotónio	111.625.337,87	22.692	71.002	151.891	210.092	17.533
2011	Centro Hospitalar Tondela-Viseu	114.326.826,16	22.662	66.852	182.108	227.955	17.309
2012	Centro Hospitalar Tondela-Viseu	110.665.343,69	24.776	60.451	169.301	228.502	19.513
2013	Centro Hospitalar Tondela-Viseu	111.774.411,24	25.135	57.090	156.633	250.525	22.421

CENTRO HOSPITALAR BAIXO VOUGA							
ANO	Unidade	Total Custos	Nº DSI	Nº SHD	Nº EP. URG	Nº Total Consultas	Nº Total Cirurgias
2002	Hospital Infante D. Pedro	45.717.455,72	14.598	4.744	114.353	82.488	5.202
2002	Hospital Visconde de Salreu	4.603.221,62	1.232	0	39.566	8.184	646
2003	Hospital Infante D. Pedro	50.339.931,50	14.887	5.112	119.566	88.460	7.072

Anexo VI - Reformas na Gestão Hospitalar: Análise dos efeitos da empresarialização

2003	Hospital Visconde de Salreu	4.818.909,04	1.191	0	39.748	8271	574
2004	Hospital Infante D. Pedro	54.678.470,54	14.537	15.991	118.123	105.351	8.548
2004	Hospital Visconde de Salreu	4.942.646,04	1.269	0	38.492	9.146	521
2005	Hospital Infante D. Pedro	57.939.423,43	14.973	26.843	120.699	113.320	8.319
2005	Hospital Visconde de Salreu	5.297.163,24	1.438	0	40.576	9.941	552
2006	Hospital Infante D. Pedro	60.544.852,77	14.829	12.799	125.171	114.316	7.645
2006	Hospital Visconde de Salreu	5.184.995,14	1.574	0	38.526	10.809	670
2007	Hospital Infante D. Pedro	64.109.497,23	15.696	10.582	136.915	131.978	6.540
2007	Hospital Visconde de Salreu	5.666.240,06	1.519	0	43.063	9.449	622
2008	Hospital Infante D. Pedro	69.273.164,74	16.558	10.595	137.456	151.415	12.255
2008	Hospital Visconde de Salreu	5.559.004,29	1.269	0	36.004	9.985	869
2009	Hospital Infante D. Pedro	47.460.912,22	16.460	11.440	143.380	165.217	8.333
2009	Hospital Visconde de Salreu	5.367.545,74	1.169	288	0	12.479	1.406
2010	Hospital Infante D. Pedro	74.890.791,03	15.446	12.510	141.355	172.128	6.518
2010	Hospital Visconde de Salreu	5.295.030,00	1.132	535	0	13.299	1.156
2011	Centro Hospitalar do Baixo Vouga	70.683.014,09	19.236	10.293	193.974	213.6258	10.077
2012	Centro Hospitalar do Baixo Vouga	65.235.345,00	15.180	8.301	183.566	178.249	9.108
2013	Centro Hospitalar do Baixo Vouga	79.042.432,00	16.903	13.496	171.450	217.976	10.908

CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA							
ANO	Unidade	Total Custos	Nº DSI	Nº SHD	Nº EP. URG	Nº Total Consultas	Nº Total Cirurgias
2002	Centro Hospitalar de Coimbra	118.404.826,00	23.551	16.743	131.217	193.511	17.415
2002	Hospitais da Universidade de Coimbra	227.199.268,63	47.273	17.039	151.128	363.220	33.132
2003	Centro Hospitalar de Coimbra	118.790.548,00	24.054	17.110	126.471	202.070	7.859
2003	Hospitais da Universidade de Coimbra	258.65.5830,00	47.125	18.861	152.217	378.401	32.444
2004	Centro Hospitalar de Coimbra	117.935.994,00	23.994	19.731	124.174	211.669	7.799
2004	Hospitais da Universidade de Coimbra	239.653.359,00	50.315	21.881	150.210	433.543	28.970
2005	Centro Hospitalar de Coimbra	118.215.632,00	24.497	20.899	127.083	210.185	7.821
2005	Hospitais da Universidade de Coimbra	240.183.137,00	49.367	25.316	151.398	449.226	34.199
2006	Centro Hospitalar de Coimbra	118.564.983,00	13.022	12.054	58.799	100.252	7.954
2006	Hospitais da Universidade de Coimbra	251.615.439,00	47.701	28.255	154.760	474.512	35.483
2007	Centro Hospitalar de Coimbra	152.668.226,57	22.597	23.361	138.814	241.302	21.222
2007	Hospitais da Universidade de Coimbra	279.516.805,00	48.266	34.363	154.158	497.644	40.261
2008	Centro Hospitalar de Coimbra	155.213.417,82	22.658	36.127	145.047	256.819	20.236
2008	Hospitais da Universidade de Coimbra	266.793.398,49	46.730	55.719	161.160	512.448	40.611
2009	Centro Hospitalar de Coimbra	161.270.025,23	21.180	19.285	138.863	276.270	21.088
2009	Hospitais da Universidade de Coimbra	295.455.759,52	46.035	60.108	166.197	529.429	42.795
2010	Centro Hospitalar de Coimbra	168.334.884,52	22.086	24.841	139.229	271.516	19.031
2010	Hospitais da Universidade de Coimbra	294.973.645,58	45.331	64.063	166.739	527.828	38.073
2011	Centro Hospitalar Universitário de Coimbra	428.458.067,98	71.159	46.437	307.391	844.335	45.570
2012	Centro Hospitalar Universitário de Coimbra	433.665.158,77	65.962	49.441	287.530	873.611	41.491

UNIDADES HOSPITALARES INTEGRADAS NA ARS LISBOA E VALE DO TEJO

CENTRO HOSPITALAR BARREIRO-MONTIJO							
ANO	Unidade	Total Custos	Nº DSI	Nº SHD	Nº EP. URG	Nº Total Consultas	Nº Total Cirurgias
2002	Hospital Nossa Senhora do Rosário	58.916.430,00	14.431	22.555	104.031	116.153	4.627
2002	Hospital do Montijo	10.995.998,37	1.902	2.125	54.318	15.339	1.148
2003	Hospital Nossa Senhora do Rosário	62.123.528,38	14.517	23.247	100.752	130.901	4.966
2003	Hospital do Montijo	10.721.308,02	275	2.251	58.690	16.309	1.236
2004	Hospital Nossa Senhora do Rosário	64.593.960,09	15.433	21.793	113.722	144.531	7.084
2004	Hospital do Montijo	10.475.647,24	2.525	2.757	48.560	15.662	1.258
2005	Hospital Nossa Senhora do Rosário	70.173.495,52	14.891	22.096	118.621	146.011	7.469
2005	Hospital do Montijo	10.888.351,04	2.307	1.794	46.843	15.891	1.161
2006	Hospital Nossa Senhora do Rosário	73.578.228,45	14.360	24.095	127.843	139.674	6.132
2006	Hospital do Montijo	10.950.851,70	2.100	311	42.876	15.647	1.015
2007	Hospital Nossa Senhora do Rosário	75.465.083,66	14.690	22.987	131.746	153.871	8.761
2007	Hospital do Montijo	11.265.321,81	1.853	349	45.631	16.518	889
2008	Hospital Nossa Senhora do Rosário	76.860.432,62	14.172	24.008	139.781	160.820	9.045
2008	Hospital do Montijo	11.141.083,80	1.861	375	45.165	16.761	1.019
2009	Centro Hospitalar Barreiro - Montijo	82.883.804,86	14.971	24.058	187.326	185.393	11.420
2010	Centro Hospitalar Barreiro - Montijo	92.112.843,75	13.531	25.296	181.935	178.557	9.796
2011	Centro Hospitalar Barreiro - Montijo	85.918.429,98	12.897	29.600	171.069	183.373	10.600
2012	Centro Hospitalar Barreiro - Montijo	83.560.117,88	12.346	32.780	149.256	176.580	11.200
2013	Centro Hospitalar Barreiro - Montijo	75.730.038,89	12.425	30.239	148.589	183.609	11.319

CENTRO HOSPITALAR SETUBAL							
ANO	Unidade	Total Custos	Nº DSI	Nº SHD	Nº EP. URG	Nº Total Consultas	Nº Total Cirurgias
2002	Hospital de São Bernardo	76.073.037,69	7.960	21.408	126.632	126.937	6.242
2002	Hospital Ortopédico Santiago do Outão	11.953.453,12	2.766	0	707	30.438	2.453
2003	Hospital de São Bernardo	77.036.481,85	13.594	23.038	125.544	136.120	6.040
2003	Hospital Ortopédico Santiago do Outão	12.845.569,10	2.598	0	0	28.803	2.557
2004	Hospital de São Bernardo	87.710.036,28	13.117	26.956	113.273	137.556	5.650
2004	Hospital Ortopédico Santiago do Outão	13.706.068,52	2.717	0	12.928	30.007	2.883
2005	Hospital de São Bernardo	95.812.844,08	13.453	29.490	111.894	147.300	5.773
2005	Hospital Ortopédico Santiago do Outão	17.806.120,56	2.529	0	781	30.122	2.746
2006	Centro Hospitalar de Setúbal	108.507.473,75	17.052	27.121	115.057	185.805	10.397
2007	Centro Hospitalar de Setúbal	111.545.224,37	15.339	28.259	129.048	193.475	12.019
2008	Centro Hospitalar de Setúbal	113.606.327,37	14.597	27.008	138.048	200.268	12.986
2009	Centro Hospitalar de Setúbal	119.380.648,70	14.536	35.753	135.257	218.353	14.736
2010	Centro Hospitalar de Setúbal	118.917.740,74	14.651	34.611	136.389	220.773	11.990
2011	Centro Hospitalar de Setúbal	113.207.328,41	14.692	34.590	136.347	223.351	12.979
2012	Centro Hospitalar de Setúbal	101.788.498,27	14.250	22.632	128.445	215.331	12.168

CENTRO HOSPITALAR OESTE NORTE							
ANO	Unidade	Total Custos	Nº DSI	Nº SHD	Nº EP. URG	Nº Total Consultas	Nº Total Cirurgias
2002	Centro Hospitalar Caldas da Rainha	28.928.963,16	6.430	3.196	74.978	47.586	3.364

Anexo VI - Reformas na Gestão Hospitalar: Análise dos efeitos da empresarialização

2002	Hospital de Alcobaça	6.462.865,14	3.542	0	59.784	12.693	711
2002	Hospital de São Pedro - Peniche	5.483.622,05	1.509	0	48.064	8.643	785
2002	Centro Hospitalar de Torres Vedras	33.065.887,92	9.864	5.168	72.834	50.263	4.046
2003	Centro Hospitalar Caldas da Rainha	31.736.357,99	6.558	3.571	79.366	53.091	3.709
2003	Hospital de Alcobaça	6.643.090,14	3.141	0	59.691	15.129	1.248
2003	Hospital de São Pedro - Peniche	5.716.800,57	1.531	0	46.320	8.492	745
2003	Centro Hospitalar de Torres Vedras	36.470.203,69	9.997	5.819	84.620	56.558	4.081
2004	Centro Hospitalar Caldas da Rainha	34.194.732,44	6.583	4.661	69.583	60.368	3.509
2004	Hospital de Alcobaça	7.287.642,01	2.224	0	56.089	16.363	825
2004	Hospital de São Pedro - Peniche	5.964.973,92	1.416	0	44.556	9.319	804
2004	Centro Hospitalar de Torres Vedras	39.058.012,26	10.841	6.083	84.951	61.860	4.535
2005	Centro Hospitalar Caldas da Rainha	34.906.324,19	6.371	4.425	72.482	60.581	3.546
2005	Hospital de Alcobaça	7.089.006,63	2.174	0	55.987	16.266	824
2005	Hospital de São Pedro - Peniche	5.867.624,18	1.542	0	45.740	10.768	887
2005	Centro Hospitalar de Torres Vedras	40.640.279,95	10.810	5.718	91.217	65.979	4.205
2006	Centro Hospitalar Caldas da Rainha	35.940.252,52	6.075	3.490	77.062	63.053	3.910
2006	Hospital de Alcobaça	7.601.603,93	2.032	0	53.433	14.114	947
2006	Hospital de São Pedro - Peniche	7.013.577,63	1.399	0	43.297	11.745	992
2006	Centro Hospitalar de Torres Vedras	42.169.298,87	8.597	10.050	90.471	70.770	4.225
2007	Centro Hospitalar Caldas da Rainha	40.831.780,17	7.152	5.708	81.758	64.957	3.551
2007	Hospital de Alcobaça	8.232.011,78	1.853	0	44.096	13.436	950
2007	Hospital de São Pedro - Peniche	6.037.500,65	1.318	0	40.564	12.162	1.067
2007	Centro Hospitalar de Torres Vedras	42.748.010,33	9.228	8.288	90.943	75.498	4.480
2008	Centro Hospitalar Caldas da Rainha	43.340.136,24	7.373	7.892	87.212	71.403	4.134
2008	Hospital de Alcobaça	8.904.124,57	1.806	0	40.215	14.007	1.619
2008	Hospital de São Pedro - Peniche	5.894.377,29	1.303	0	43.125	11.095	838
2008	Centro Hospitalar de Torres Vedras	44.366.732,08	9.312	9.210	91.032	76.298	4.982
2009	Centro Hospitalar do Oeste Norte	47.682.794,00	8.924	5.613	152.535	88.321	5.302
2009	Centro Hospitalar de Torres Vedras	46.317.180,03	9.219	9.441	91.450	78.125	5.074
2010	Centro Hospitalar do Oeste Norte	50.334.787,00	9.144	5.826	166.715	96.108	4.781
2010	Centro Hospitalar de Torres Vedras	36.702.370,00	8.940	9.467	89.474	77.784	5.149
2011	Centro Hospitalar do Oeste Norte	61.391.278,00	9.160	8.767	163.772	94.399	4.286
2011	Centro Hospitalar de Torres Vedras	41.643.502,00	8.655	9.129	88.129	73.329	5.318
2012	Centro Hospitalar do Oeste	86.638.453,00	16.645	14.542	216.873	165.340	8.095
2013	Centro Hospitalar do Oeste	84.585.181,00	15.510	12.642	207.022	163.138	8.135

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL							
ANO	Unidade	Total Custos	Nº DSI	Nº SHD	Nº EP. URG	Nº Total Consultas	Nº Total Cirurgias
2002	Hospital de Santa Cruz	56.352.867,18	5.076	11.227	0	58.391	3.017
2002	Hospital São Francisco Xavier	55.697.269,00	16.993	6.821	134.433	73.955	3.740
2002	Hospital Egas Moniz	87.624.257,00	11.283	5.179	23.672	181.478	7.772
2003	Hospital de Santa Cruz	57.152.162,12	4.884	8.980	0	67.940	3.343
2003	Hospital São Francisco Xavier	72.170.710,00	16.562	8.404	132.573	84.214	4.338
2003	Hospital Egas Moniz	93.361.010,32	11.721	5.056	24.454	189.153	8.499
2004	Hospital de Santa Cruz	58.375.495,82	4.347	9.371	0	79.041	3.023

Anexo VI - Reformas na Gestão Hospitalar: Análise dos efeitos da empresarialização

2004	Hospital São Francisco Xavier	74.765.905,00	16.140	8.338	134.449	85.875	4.575
2004	Hospital Egas Moniz	102.235.402,14	11.955	6.291	25.115	192.899	9.202
2005	Hospital de Santa Cruz	73.518.533,90	5.215	9.583	0	82.810	3.323
2005	Hospital São Francisco Xavier	80.790.349,00	16.457	8.270	139.806	88.192	4.832
2005	Hospital Egas Moniz	131.441.804,00	11.631	7.004	25.203	218.996	8.750
2006	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental	251.145.237,09	29.250	28.468	174.079	390.960	19.387
2007	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental	247.602.330,51	21.674	52.602	183.900	395.709	20.954
2008	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental	253.067.968,00	26.453	47.605	187.440	414.980	22.313
2009	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental	269.563.245,00	26.772	36.507	183.270	439.181	23.209
2010	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental	273.626.557,00	26.690	35.371	184.922	449.822	23.720
2011	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental	249.407.212,00	26.993	35.082	182.354	452.809	18.523
2012	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental	223.872.052,67	28.792	37.169	162.299	463.482	24.669
2013	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental	223.470.851,16	28.017	29.053	156.807	472.032	23.878

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL							
ANO	Unidade	Total Custos	Nº DSI	Nº SHD	Nº EP. URG	Nº Total Consultas	Nº Total Cirurgias
2002	Hospital de São José	118.552.724,00	21.363	3.549	164.027	146.509	10.639
2002	Hospital de Santo António dos Capuchos	94.688.180,00	14.861	16.127	0	169.186	13.458
2002	Hospital de Santa Marta	46.466.322,89	6.714	916	1.348	71.730	3.357
2002	Hospital Pediátrico de Dona Estefânia	58.376.108,64	11.241	2.146	76.419	114.192	5.691
2002	Maternidade Alfredo da Costa	30.089.712,97	15.245	0	29.387	55.343	3.184
2002	Hospital de Curry Cabral	107.013.149,01	11.076	17.893	96.842	129.493	5.536
2003	Hospital de São José	122.818.531,00	18.018	3.612	162.705	152.442	11.494
2003	Hospital de Santo António dos Capuchos	103.199.604,61	14.736	18.357	0	161.702	8.697
2003	Hospital de Santa Marta	47.603.295,84	7.034	1.736	0	79.150	4.127
2003	Hospital Pediátrico de Dona Estefânia	60.261.738,68	11.383	3.979	91.193	122.160	4.991
2003	Maternidade Alfredo da Costa	29.768.491,08	15.138	0	31.458	60.260	3.878
2003	Hospital de Curry Cabral	108.363.355,91	13.504	49.245	100.751	147.945	1.545
2004	Hospital de São José	131.223.788,00	16.696	3.388	163.488	155.603	11.684
2004	Hospital de Santo António dos Capuchos	117.160.130,36	14.207	19.951	0	163.254	8.618
2004	Hospital de Santa Marta	50.612.593,23	7.673	3.917	2.462	79.060	3.831
2004	Hospital Pediátrico de Dona Estefânia	59.912.605,42	11.203	4.440	83.855	121.462	4.953
2004	Maternidade Alfredo da Costa	29.606.540,67	9.519	7.141	31.210	56.316	3.162
2004	Hospital de Curry Cabral	111.358.759,79	13.004	90.182	15.319	160.807	8.238
2005	Centro Hospitalar de Lisboa	266.612.093,00	32.504	24.535	167.233	307.249	17.059
2005	Hospital de Santa Marta	82.458.066,76	7.849	4.401	2.548	80.741	3.869
2005	Hospital Pediátrico de Dona Estefânia	66.588.934,21	11.545	4.184	91.775	127.274	5.028
2005	Maternidade Alfredo da Costa	30.211.119,49	13.781	2.810	31.504	57.025	4.511
2005	Hospital de Curry Cabral	112.463.332,52	12.365	85.171	100.159	157.297	7.134
2006	Centro Hospitalar de Lisboa	254.168.217,00	26.403	35.077	158.974	320.544	17.667
2006	Hospital de Santa Marta	65.694.705,15	8.003	4.332	2.498	84.470	3.147
2006	Hospital Pediátrico de Dona Estefânia	66.350.960,95	11.975	4.567	99.023	131.451	5.579
2006	Maternidade Alfredo da Costa	31.505.931,22	14.014	4.527	32.722	60.484	5.590
2006	Hospital de Curry Cabral	112.098.449,88	12.521	24.681	98.185	161.756	8.289
2007	Centro Hospitalar de Lisboa Central	378.931.971,34	42.940	41.571	255.973	547.624	27.522



Anexo VI - Reformas na Gestão Hospitalar: Análise dos efeitos da empresarialização

2007	Hospital de Curry Cabral	117.496.703,81	11.985	33.836	95.898	163.911	8.651
2007	Maternidade Alfredo da Costa	31.911.763,04	14.272	5.458	33.226	64.138	5.971
2008	Centro Hospitalar de Lisboa Central	374.037.793,06	39.776	43.047	259.243	555.374	29.308
2008	Hospital de Curry Cabral	113.215.285,35	12.133	25.028	100.111	167.752	7.459
2008	Maternidade Alfredo da Costa	32.558.489,47	8.717	3.454	32.150	68.344	6.234
2009	Centro Hospitalar de Lisboa Central	381.990.771,26	37.268	41.301	251.905	571.982	31.371
2009	Hospital de Curry Cabral	118.878.091,83	13.624	24.797	99.280	175.157	7.945
2009	Maternidade Alfredo da Costa	34.311.971,22	12.989	3.705	32.171	80.370	6.455
2010	Centro Hospitalar de Lisboa Central	380.236.365,40	36.103	35.891	255.354	574.686	30.728
2010	Hospital de Curry Cabral	106.855.078,00	13.160	18.374	97.397	179.590	7.497
2010	Maternidade Alfredo da Costa	31.537.000,00	13.241	3.929	32.989	85.611	6.571
2011	Centro Hospitalar de Lisboa Central	342.352.782,36	55.987	41.544	359.067	835.396	44.888
2011	Hospital de Curry Cabral	117.058.188,87	12.959	11.135	84.618	186.457	7.647
2011	Maternidade Alfredo da Costa	28.223.000,00	13.756	4.121	32.549	84.896	6.596
2012	Centro Hospitalar de Lisboa Central	447.409.435,00	54.458	42.908	265.623	808.162	42.882
2013	Centro Hospitalar de Lisboa Central	423.450.626,00	52.316	40.854	256.775	814.852	43.192

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE							
ANO	Unidade	Total Custos	Nº DSI	Nº SHD	Nº EP. URG	Nº Total Consultas	Nº Total Cirurgias
2002	Hospital de Santa Maria	259.085.000,00	38.770	32.749	219.713	353.256	17.773
2002	Hospital de Pulido Valente	52.841.584,55	7.939	12.923	0	78.202	2.042
2003	Hospital de Santa Maria	281.094.816,17	39.157	49.301	224.004	359.670	19.853
2003	Hospital de Pulido Valente	61.012.924,00	9.688	14.971	0	91.977	3.317
2004	Hospital de Santa Maria	246.410.692,00	37.850	48.898	229.438	422.793	21.397
2004	Hospital de Pulido Valente	65.063.424,00	10.865	18.830	0	102.981	4.370
2005	Hospital de Santa Maria	337.734.900,98	36.969	45.315	235.111	443.849	18.742
2005	Hospital de Pulido Valente	75.735.668,00	10.602	20.265	2829	119.011	4.373
2006	Hospital de Santa Maria	317.680.227,24	36.727	53.197	238.076	491.256	20.007
2006	Hospital de Pulido Valente	76.216.956,00	11.493	21.169	2759	122.700	4.291
2007	Hospital de Santa Maria	319.812.277,71	36.627	59.735	243.817	535.569	18.214
2007	Hospital de Pulido Valente	76.422.192,77	11.732	21.278	3463	139.689	5.845
2008	Centro Hospitalar Lisboa Norte	327.576.057,89	48.591	87.112	260.363	757.774	26.673
2009	Centro Hospitalar Lisboa Norte	417.140512,51	50.128	98.554	286.430	787.716	31.690
2010	Centro Hospitalar Lisboa Norte	447.490.024,08	49.333	98.975	344.293	735.157	33.472
2011	Centro Hospitalar Lisboa Norte	460.719.982,72	49.482	96.143	348.757	741.551	32.942
2012	Centro Hospitalar Lisboa Norte	436.338.629,96	46.823	100.010	220.229	709.179	31.436
2013	Centro Hospitalar Lisboa Norte	419.040.844,35	43.130	99.187	210.552	701.056	29.531

UNIDADES HOSPITALARES INTEGRADAS NA ARS ALENTEJO

CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO ALENTEJO							
ANO	Unidade	Total Custos	Nº DSI	Nº SHD	Nº EP. URG	Nº Total Consultas	Nº Total Cirurgias
2002	Hospital José Joaquim Fernandes	42.783.462,40	9.833	21.089	49.154	60.455	4.342
2002	Hospital de Serpa	4.030.919,31	705	0	0	4.393	232
2003	Hospital José Joaquim Fernandes	46.111.432,87	9.754	3.981	48.395	66.510	5.143
2003	Hospital de Serpa	4.334.453,98	684	0	0	4.294	250

Anexo VI - Reformas na Gestão Hospitalar: Análise dos efeitos da empresarialização

2004	Centro Hospitalar do Baixo Alentejo	47.822.454,32	10.071	4.128	49.641	76.835	9.461
2005	Centro Hospitalar do Baixo Alentejo	58.658.969,34	9.766	4.648	51.818	76.024	6.036
2006	CH do Baixo Alentejo	60.475.628,10	9.953	4.831	58.970	79.402	6.343

UNIDADES HOSPITALARES INTEGRADAS NA ARS ALGARVE

CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE							
ANO	Unidade	Total Custos	Nº DSI	Nº SHD	Nº EP. URG	Nº Total Consultas	Nº Total Cirurgias
2002	Hospital do Barlavento Algarvio	47.639.750,61	9.362	9.447	73.468	79.120	5.350
2002	Hospital de Lagos	6.833.232,17	1.919	0	30.130	7.679	1.059
2002	Hospital de Faro	80.638.730,35	18.327	5.734	121.041	129.844	6.401
2003	Hospital do Barlavento Algarvio	58.024.778,79	9.895	12.466	82.557	84.329	5.421
2003	Hospital de Lagos	7.058.643,56	1.748	0	29.814	7.133	878
2003	Hospital de Faro	94.015.542,70	19.491	9.530	129.389	146.446	8.002
2004	Centro Hospitalar Barlavento Algarvio	65.659.023,67	11.269	13.345	113.550	95.491	7.165
2004	Hospital de Faro	94.431.174,16	19.789	14.071	126.554	151.937	8.230
2005	Centro Hospitalar Barlavento Algarvio	76.383.206,27	11.502	14.043	123.458	93.668	6.339
2005	Hospital de Faro	100.319.552,93	19.162	20.614	129.143	148.950	8.484
2006	Centro Hospitalar Barlavento Algarvio	81.380.377,96	11.443	16.433	140.671	98.666	7.355
2006	Hospital de Faro	109.010.972,71	19.306	24.886	134.658	158.889	8.411
2007	Centro Hospitalar Barlavento Algarvio	75.941.747,55	13.546	19.868	134.887	102.577	6.874
2007	Hospital de Faro	117.909.563,80	20.085	28.735	134.557	169.578	8.032
2008	Centro Hospitalar Barlavento Algarvio	85.304.746,88	13.298	24.970	130.954	104.599	8.040
2008	Hospital de Faro	128.866.694,75	19.833	31.639	136.210	200.216	11.707
2009	Centro Hospitalar Barlavento Algarvio	85.778.557,93	12.487	39.849	133.431	117.939	8.007
2009	Hospital de Faro	143.993.657,79	20.092	30.916	145.452	200.967	14.566
2010	Centro Hospitalar Barlavento Algarvio	84.021.286,00	11.769	27.709	131.975	115.560	7.627
2010	Hospital de Faro	148.647.143,94	19.974	42.104	148.131	206.149	13.725
2011	Centro Hospitalar Barlavento Algarvio	83.797.467,00	11.941	25.459	123.908	120.525	7.558
2011	Hospital de Faro	138.819.954,84	22.849	29.798	150.057	207.383	12.966
2012	Centro Hospitalar Barlavento Algarvio	78.113.396,00	12.205	20.341	109.848	116.706	7.028
2012	Hospital de Faro	124.062.402,77	18.951	24.860	131.310	185.157	10.267
2013	Centro Hospitalar do Algarve	189.898.226,80	30.778	45.892	237.067	317.883	15.917

## ANEXO VII

# PEDIDO PARA REALIZAÇÃO DE ENTREVISTA



## ANEXO VII – PEDIDO DE ENTREVISTA

**De:** Alexandre Morais Nunes [[mailto:alexandre\\_morais\\_nunes@hotmail.com](mailto:alexandre_morais_nunes@hotmail.com)]

**Enviada:** \*\*\*\*-feira, \*\* de \*\*\*\*\* de 2015 00:00

**Para:** \*\*\*\*\*

**Assunto:** Pedido de colaboração – entrevista no âmbito de investigação para Doutoramento em Administração da Saúde

Exmº Sr(a). Dr (a). \*\*\*

Para efeitos de realização de um estudo sobre as reformas na gestão hospitalar, em Portugal, integrado no Doutoramento em Administração da Saúde (Universidade de Lisboa – orientado pela Professora Doutora Ana Paula Harfouche), venho por este meio solicitar, se possível, a colaboração de sua Ex.<sup>a</sup>.

Os objetivos da realização da entrevista centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre unidades com o mesmo modelo de gestão;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade nos centros hospitalares criados;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais, por imposição do Memorando de Entendimento.

Agradeço, em caso de interesse positivo em participar no estudo, o agendamento da entrevista solicitada.

Atenciosamente,

Alexandre Morais Nunes.



## ANEXO VIII

### RESPOSTAS ÀS ENTREVISTAS REALIZADAS





## ENTREVISTA E01

Data da entrevista: 06/11/2014

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Os principais problemas do modelo tradicional concentravam-se na incapacidade de resposta das instituições, que muitas vezes apresentavam recursos insuficientes. Considero como vantagens a forte regulamentação e a hierarquia centralizada existente, que apesar de limitarem a atividade de gestão, seriam necessárias para não chegarmos ao descalabro dos tempos atuais em que as hierarquias não são respeitadas.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares?

Os hospitais empresa obtiveram os tão desejados ganhos em termos da produtividade, o movimento assistencial aumentou perante custos aproximados. Os resultados ainda poderiam ser melhores se fossem acauteladas algumas características do modelo SPA como por exemplo alguma regulamentação.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Para as diferenças posso indicar: o processo contratual anualmente definido; a atividade definida em função de um quadro-programa; o financiamento anexado à produção, a qualidade de serviço e porque não, a responsabilização da gestão.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); c); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Sim, a medida evitou a duplicação de serviços e a existência de recursos subutilizados.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim, até considero que a eficiência tenha aumentado. Claro que com várias consequências: perda de qualidade, problemas de acesso (ex: urgências) e pouco investimento em adquirir mais e melhor tecnologia.

## ENTREVISTA E02

Data da entrevista: 06/11/2014

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 22 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

O modelo do SPA foi um modelo que perdurou desde 79 salvo erro até aos anos 90. A seu tempo, foi criticado pela incapacidade de cobrir as necessidades em saúde e pelo risco de quebrar a equidade no acesso. Nem tudo era mau! Não podemos dizer que foi um modelo que não devia sequer ter sido criado. Pelo contrário, tudo a seu tempo, repare-se que o SNS apenas foi criado em 79 e ter este modelo já foi uma vitória. Este modelo teve como aspetos positivos o estabelecimento de regras, que apesar de se poder pensar que era por isto muito autoritário, quem disse que a autoridade não é necessária?

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

A nova diretiva para a gestão hospitalar estimulou a optimização de recursos. Para isso contribuíram as novas formas de financiamento, a continuidade dos cuidados e os estímulos para a promoção da satisfação dos profissionais.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

A adequação do consumo de recursos às necessidades, estão os profissionais de saúde mais atentos e existe uma contratualização dos serviços associada a um financiamento prospetivo

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
  - a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: a); b); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

A produtividade adveio da maior acessibilidade resultante da centralização dos serviços e da otimização dos fatores de produção.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim, devido à redução de 200 milhões da troika. Mas, há subprestação nas atividades realizadas em meio hospitalar, menor qualidade, constrangimentos no acesso e desmotivação dos funcionários.

## ENTREVISTA E03

Data da entrevista: 06/11/2014

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 18 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

A rigidez do modelo de administração pública procriou uma fraca qualidade e eficácia/eficiências nulas. No entanto, tinha o aspeto positivo de manter uma forte estrutura organizacional.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

O novo modelo relacional para a contratualização e pagamento dos serviços foi a opção inovadora que originou resultados eficientes e promotores da boa capacidade de cobertura da população.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Talvez a contratualização por linha de atividade, o financiamento em função da atividade e a atribuição de mais responsabilidades para os órgãos efetivos de gestão.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
  - a) A existência de diferentes modelos de custeio;

- b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
- c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
- d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
- e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
- f) Outras opções.

Opções: a); b); c)

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Na base dos bons resultados considero a melhor organização que a concentração de unidades motivou, o que se notou no acesso: mais doentes tratados e menos exames com espera pendente.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim, eficiente foi, não por conta de uma boa gestão, mas sim por imposição. Elevada preocupação com os números geram altas precoces, materiais de consumo com menor qualidade e desmotivação dos trabalhadores em geral.

## ENTREVISTA E04

Data da entrevista: 07/11/2014

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo Modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos Centros Hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Não considero que o modelo de gestão tradicional tenha tido qualquer vantagem para a gestão hospitalar. Este modelo era ineficiente, centralizador e regulamentado demais para permitir a inovação e a melhoria da gestão.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

O modelo empresarial pode ser definido pela substituição do poder centralizador da tutela por uma relação de contratualização dos serviços. Isto ocorreu com uma menor intervenção do Estado e com uma maior autonomia de gestão para os administradores.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Provavelmente os procedimentos contratuais com o Estado, o financiamento com base na produção, a implementação de novos instrumentos de gestão, menos Estado na decisão, com publicação periódica dos resultados dos gestores. Isto resumido é uma orientação pela promoção da qualidade

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

A produtividade resultou da centralização dos serviços, na concentração de conhecimentos técnicos num mesmo local com poder tecnológico disponíveis, o que trouxe melhores resultados.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim. Dificuldade em prestar um bom atendimento aos utentes pela falta de meios humanos, subprestação de uma forma geral nos cuidados prestados e perda de qualidade.



## ENTREVISTA E05

Data da entrevista: 07/11/2014

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Os resultados do modelo SPA demonstram, pela minha experiência, uma clara ineficiência na gestão e na qualidade. A minha experiência foi positiva nestas unidades enquanto membro da administração, mas não foi fácil. A estrutura orgânica centralizada limitava a minha ação.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

O modelo empresarial emergiu uma, entre outras novidades, uma nova cultura organizacional centrada nos cidadãos. A acrescentar a este aspeto essencial, culminaram novos mecanismos que trouxeram ganhos financeiros e de resultados para nós.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Posso referir vários como: a implementação da contratualização mediante a definição de GDH; o facto do pagamento deixar de ser histórico e transitar para um modelo baseado na produção, a responsabilidade dos gestores para com os atos realizados, as novas práticas de gestão com

maior flexibilidade, uma adequada gestão de recursos; a publicação de resultados e a preocupação com a qualidade para os doentes.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
  - a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Todas as opções

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Considero ganhos na produtividade que resultam de uma gestão integral de equipamentos, recursos e meios humanos agora reunidos sob a supervisão de uma mesma gestão.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim. Vários doentes vão inúmeras vezes à urgência sem diagnóstico concreto, há uma menor qualidade e estão na cara de desmotivação do pessoal.

## ENTREVISTA E06

Data da entrevista: 07/11/2014

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Na minha perspetiva, falar do modelo de gestão do SPA é o mesmo que dizer ausência de gestão, enquanto forma de governo e promoção de uma organização. O controlo central e o carácter normativo dominaram este modelo.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

As novidades do modelo empresarial centraram-se numa nova dinâmica que promoveu uma gestão mais eficiente, que atribuiu maior responsabilidade aos seus gestores e uma preocupação pela qualidade dos cuidados. Não revejo desvantagens no modelo empresarial.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

A contratualização dos serviços prestados; o modelo de financiamento pelos serviços prestados; o controlo efetivo de custos realizados; as ações de gestão sujeitas a sanções e ainda a maior liberdade para os gestores, o facto de ter funcionários com formação complementar e a preocupação com a promoção da qualidade no atendimento.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); c); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

A produtividade resultou de vários aspetos: da rentabilidade no uso de MCDT; pela reorganização de equipas e pela força negocial com os prestadores de serviços externos e fornecedores.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim. Confio no atendimento exemplar em todas as unidades

## ENTREVISTA E07

Data da entrevista: 12/11/2014

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

O modelo de gestão dos hospitais SPA caracterizou-se negativamente pela incapacidade de cobrir as necessidades dos utentes, o que revelou uma gestão ineficiente virada para regras duras e pouco maleáveis.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

Os hospitais empresa ilustram uma nova política de responsabilização que veio reforçar a capacidade de resposta das unidades, que sem estas implementações não teriam sobrevivido.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Para mim prevaleceram os custos estabelecidos de acordo com contratos-programa, o financiamento com base na produção; o facto de termos “menos Estado” no processo decisivo e os atos de gestão serem sujeitos a ação disciplinar.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: a); b); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Sim, gerou resultados positivos. Permitiu uma poupança económica pela adequação de meios às necessidades.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim, com a redução dos 200 milhões da troika. Prestação de cuidados aquém do esperado.

## ENTREVISTA E08

Data da entrevista: 12/11/2014

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 15 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Os hospitais SPA tiveram altos custos de manutenção e de gestão. Estas unidades dependiam do controlo central para tudo. Mesmo que eu quisesse fazer mais pelo meu hospital, enquanto membro do CA, tinha sempre de pedir autorização quando o financiamento estaria ultrapassado.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

Os hospitais empresa vieram traduzir a participação do cidadão como elemento central do sistema. Com a máxima eficiência e maximização dos recursos proporcionou-se uma nova perspetiva de prestar cuidados centrada na qualidade e nos ganhos em saúde para quem necessita de recorrer aos cuidados hospitalares.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Como diz e bem, a contratualização dos serviços e atividades, o pagamento em função da prestação (substituição do financiamento histórico pelo financiamento real), a menor influência

central na tomada de decisão e a maior experiência nos recursos humanos para servir o utente com qualidade

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
  - a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Todas as opções

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Não. A produtividade no meu Centro Hospitalar baixou. Esperávamos um aumento do número de consultas e da realização de MCDTs, mas a desmotivação profissional, aliada às políticas de austeridade, geraram um resultado inverso. Foi preciso implementar novas regras internas para mover os profissionais desmotivados a empenharem-se mais.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim, devido à quebra de 200 milhões nos orçamentos. Passou a haver subprestação nos serviços de urgência, uma deficiente qualidade na prestação e instalou-se a desmotivação geral dos funcionários.



## ENTREVISTA E09

Data da entrevista: 12/11/2014

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 30 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

O modelo da administração pública apresentava na sua orgânica um conjunto de relações do tipo superior-subordinado, o que jamais possibilitaria a construção de um modelo próspero. Não havendo assim, no meu ponto de vista, qualquer vantagem num modelo completamente desfasado.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

A empresarialização constituiu a transição para a gestão de carácter produtivo que pressupunha uma maior autonomia relativamente ao Estado, que assim assumia a função de regulador em vez de prestador direto. Esta questão resultou em unidades mais produtivas, eficientes, capazes e com uma melhor organização.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Entre várias novidades destaco: a contratualização da atividade oferecida pelo hospital; a aplicação de um contrato-programa por especialidades médicas e cirúrgicas, a implementação

de um novo modelo de financiamento, o prospectivo; a implementação de uma eficiente gestão de recursos; a publicação de resultados e a aposta na qualidade em "servir" o doente/utilizador com profissionais mais preparados.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
  - a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); c); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

A produtividade resultou em melhores resultados financeiros, manifestados sobretudo pela maior capacidade em contratar.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Os resultados foram bons. Mas não escondo que possam ter existido algumas restrições na qualidade e um baixo investimento em meios tecnológicos.

## ENTREVISTA E10

Data da entrevista: 14/11/2014

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos Centros Hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Este modelo permitia o controlo central das ações. Esta vantagem permitiu ter um controlo de custos das unidades baseado no histórico. Uma desvantagem que posso apontar será a resignação dos funcionários, pois para progredirem bastaria terem uma carreira e deixar o tempo tratar do resto

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

A prestação passou a ser realizada mediante um contrato ao qual se fixou um novo tipo de financiamento baseado na prospeção dos cuidados a realizar. Este sistema proporcionou uma gestão responsável que pretende procurar cumprir os objetivos propostos.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Sim, a contratualização da atividade prevista, através da implementação de contratos programa por área de intervenção. Também a nova forma de financiamento em função da produção, com uma gestão que funciona com mais autonomia mas sombreada por uma responsabilização pelos

atos. Ainda quero referir a publicação de contas e a emissão de relatórios de gestão que muito contribuíram para a transparência.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
  - a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); c); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Sim, permitiu juntar valências dispersas em várias unidades. Algumas destas sem movimento assistencial que justificasse a sua continuidade.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim. Perda de qualidade e a desmotivação dos funcionários, que se instalou.

## ENTREVISTA E11

Data da entrevista: 14/11/2014

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 35 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Os hospitais do Setor Público Administrativo nos inícios do século XXI, portanto no período de 2002 a 2004, representavam ainda uma forte presença na rede de unidades. Nestes tempos, nestas unidades existiam ineficiências de gestão. Quero com isto dizer que perante as novidades do processo empresarial, estas unidades tiveram de se readaptar pela contaminação gerada pela vontade política. Não significa necessariamente que o modelo tradicional da administração pública devesse ser extinto. Pelo contrário, existiam características que a meu ver dever-se-iam ter mantido, nomeadamente a hierarquia e a autoridade formal que de alguma forma mantinha um certo respeito e coordenação nas unidades. A figura do CA era tida com uma maior consideração.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

A organização dos hospitais com o modelo empresarial apresentou uma nova tipo de cultura que tem na base uma maior autonomia de gestão. Este facto aliado à descentralização da decisão, veio reforçar o poder de decisão do CA sobre as estratégias a adotar dentro do previsto na lei. Foi uma vantagem clara para o sistema de saúde.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E.

Trouxe uma maior flexibilidade da gestão e um maior sentido de responsabilidade para os gestores.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
  - a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); c); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Considero uma boa medida. A produtividade levou a uma melhor gestão dos equipamentos.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim, com a redução de verbas. Mas há uma subprestação no atendimento, com maior tempo de espera associado à desmotivação.

## ENTREVISTA E12

Data da entrevista: 15/11/2014

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 25 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Analiso a sua questão sobre o ponto de vista dos utentes, que a meu ver devem ser considerados como a figura de destaque em todo o sistema de saúde. A gestão do modelo SPA caracteriza-se por uma falta de preocupação com a qualidade e com a capacidade de resposta dos hospitais. Este aspeto contrasta com os ideais que defendo e por isso sempre considere o modelo como ineficiente quando aplicado à saúde. Não vejo qualquer vantagem a apontar.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

As vantagens deste modelo observam-se pela redução da despesa e pela contemplação das necessidades dos utentes. Foi acompanhado o desenvolvimento tecnológico e científico. Não vejo desvantagens na empresarialização.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Como referi, destaco a promoção da satisfação do utente, a aposta na qualidade e a gestão adequada de recursos.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Todas as opções

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Esta medida gerou melhores resultados em todos os níveis, desde a prestação aos custos.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Não tenho ideia construída.



## ENTREVISTA E13

Data da entrevista: 15/11/2014

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 15 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Como vantagem posso referir a forte estrutura organizacional marcada por uma hierarquia dos gestores e responsáveis intermédios, onde destaco a figura dos diretores de serviço e os extintos enfermeiros-chefes. Porém, reconheço que nestas unidades existia uma baixa qualidade e uma fraca disponibilidade.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

Este modelo proporcionou uma maior oferta de serviços para o utente, melhorando a acessibilidade. É esta a única vantagem do modelo. Sou um defensor do modelo de controlo do SPA, apenas considero que precisaria de ser reajustado e não quase extinto.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Talvez a aposta na qualidade e a aposta na formação dos recursos humanos.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

A reorganização não gerou produtividade, pois considero que foi pedido um esforço acrescido aos técnicos e profissionais de saúde e perdeu-se a orgânica dos serviços.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim. Nunca observei, na minha experiência, nestes 3 anos qualquer consequência.

## ENTREVISTA E14

Data da entrevista: 20/11/2014

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 25 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

O ponto forte da estrutura dos hospitais SPA assenta no conhecimento técnico e rigor normativo dos profissionais. Mas como em Portugal por cada ponto positivo há três fracos, a qualidade dos cuidados era baixa, a produtividade reduzida e a oferta desajustada

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

A gestão empresarial quer S.A. ou E.P.E. agilizou a participação dos gestores no processo decisivo, através da melhor autonomia e poder decisório.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

O menor condicionamento às ações de gestão; menos dependência central para as decisões; um compromisso de gerir perante ações de penalização por más práticas; o fim do pagamento histórico e a transição para um financiamento prospetivo; a nova metodologia de contratualização com o SNS e um apropriado usufruto dos recursos.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimming*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); c); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

A produtividade resultou da centralização de meios que gerou um maior número de atendimentos, contribuindo para a equidade no acesso.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim. A subprestação domina o atendimento urgente. Para além disto, há a considerar um maior tempo de espera e ainda a falta de motivação instaurada.

## ENTREVISTA E15

Data da entrevista: 20/11/2014

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

O modelo de gestão da administração pública era claramente ineficiente, com falhas na qualidade.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

A preocupação com a qualidade e a primazia pelo acesso colocaram o cidadão no centro de atenção das unidades empresariais. Este facto deu origem a melhores resultados assistenciais.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Refiro: a promoção da qualidade da assistência, a maior experiência do pessoal médico, a promoção de ações de formação para a redução do consumo de recursos e a permeabilidade em usar novos instrumentos de gestão.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: c); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Sim. Para este fator contribuiu a reorganização de serviços (urgências e UAC por exemplo), que melhorou o acesso aos cidadãos.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim, mas não há consequências a referir

## ENTREVISTA E16

Data da entrevista: 20/11/2014

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Com este modelo, a baixa produção no movimento assistencial era habitual, perante os custos que tinha na minha unidade. Mas como presidente do CA estava igualmente limitado pela forte regulamentação a que estava sujeito.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

Este modelo originou uma aproximação à cultura empresarial. Foram premiados os resultados, os níveis de eficiência e de produtividade. Um outro aspeto positivo foi a preocupação com a essência dos cuidados hospitalares: maior abertura a receber e tratar os cidadãos com respeito, dignidade e qualidade.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Nesta base posso referir: o estabelecimento de um contrato; o financiamento prospetivo; a responsabilização da administração; a menor intervenção do Estado e o posicionamento da satisfação do utente em primeiro lugar.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: c); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

A concentração foi uma medida eficaz. Os serviços deixaram de estar duplicados numa mesma área geográfica sem cruzamento de informação. Assim evitaram-se desperdícios e geraram-se ganhos de eficiência.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim, houve melhorias na produtividade, mas com menos eficácia na observação do utente e devido ao menor número de recursos humanos e a materiais de menor resistência.



## ENTREVISTA E17

Data da entrevista: 21/11/2014

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

O fraco incentivo e a grande regulamentação em torno dos funcionários gerou uma fraca disponibilidade para produzir. Esta particularidade criou um insucesso geral. Por mais imperativa que fosse a regulamentação ou por mais brava que fosse a força da estrutura orgânica, são os profissionais que fazem a instituição e quando estes estão insatisfeitos, os resultados negativos aparecem.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

Os hospitais empresa vieram dinamizar a prestação dos cuidados. Foram tidos em conta, na prática, aspetos relacionados com a gestão (maior autonomia e responsabilização) e com os utentes (capacidade de resposta alargada e qualidade acrescida), mas ficaram de fora os profissionais que viram os incentivos prometidos ficarem esquecidos.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Na base do diferencial posso considerar a menor intromissão central nas ações de gestão, a sensibilização para a gestão de recursos técnicos e humanos (mais experientes) e a atenção centrada no utente.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
  - a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); c)

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

A produtividade pode ter aumentado em algumas unidades e diminuído em outras. Numa forma global penso que aumentou nas unidades que dispunham de uma gestão profissional capaz de aproveitar o poder negocial e realizar uma eficaz mobilização de recursos.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim. Não há limitações. Há mitos.

## ENTREVISTA E18

Data da entrevista: 21/11/2014

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Os hospitais SPA tinham na minha perspetiva uma pesada linha normativa em toda a estrutura, desde a gestão ao profissional de saúde que prestava cuidados. Esta forte regulamentação contribuiu para um modelo fraco e pouco ou nada ajustável à orgânica interna.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

A gestão empresarial trouxe uma maior eficiência, uma maior disponibilidade de recursos e um maior grau de satisfação dos gestores, utentes e profissionais.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Entre outros: o dever de gerir com integridade; a boa gestão de recursos; a prestação de contas; a preocupação com a qualidade e a centralização dos cuidados no doente.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: a); b); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Não. Penso que a alteração da produtividade não terá sido significativa. Por um lado podem-se ter ganhos financeiros mas a motivação profissional não foi a melhor. O ambiente laboral foi prejudicado pela falta de motivação dos funcionários.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Não sei. Não faço ideia.

## ENTREVISTA E19

Data da entrevista: 25/11/2014

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

A forte submissão ao poder central e suas estruturas constituiu um ponto de rotura destas unidades, que se limitaram a abrir as portas aos utentes sem aproximar os seus cuidados à população. Ou seja, não houve uma preocupação em servir o cidadão em todas as suas necessidades.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

Na minha opinião, o ponto central que caracteriza a gestão destes hospitais não se deve focar nos resultados económicos mas sim na prestação de cuidados, sem esgotar os recursos e com qualidade devida. Considero como pontos de sucesso o novo modo de financiamento e a contratualização da prestação por GDH.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Na base das diferenças poderemos considerar: a contratualização da prestação por diagnóstico, a aplicação de contrato-programa para as patologias mais frequentes, a mudança de um sistema retrospectivo para um prospectivo, a maior destreza para a gestão e claro, a publicação de contas.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
  - a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); c); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Sim. Estas medidas trouxeram uma maior poder aos gestores para negociar com fornecedores.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim, o subfinanciamento conduziu à força a uma redução de custos. Como consequências: uma menor qualidade e maior tempo de espera. Enfim, o detrimento da qualidade em relação aos preços dos consumíveis.

## ENTREVISTA E20

Data da entrevista: 25/11/2014

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Classifico o modelo como ineficiente e incompetente para a execução dos objetivos dos hospitais. Com ele houve um crescimento da despesa e uma redução da capacidade de atendimento.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

Este classifico como modelo inovador, integral, capaz e potencialmente produtor de produtividade e eficiência, que promove acima de tudo a qualidade do atendimento e a equidade no acesso.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Posso por exemplo enunciar: a demonstração pontual de resultados (gestores passaram a ser responsáveis pelas suas decisões), a aposta na formação em serviço e um aumento da preocupação com a qualidade e com a promoção da satisfação do utente.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); c); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Sim, pela reorganização dos serviços.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim. Sobre a segunda parte da questão nada tenho a argumentar.



## ENTREVISTA E21

Data da entrevista: 26/11/2014

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 30 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Os hospitais do setor público foram negativamente caracterizados como unidades que dispunham de um aumento avultado dos custos e por isto ineficiente em termos de resultados, bem como pela pouca preocupação com a qualidade dos serviços. Mas na base destas críticas, o problema poderia não estar propriamente no modelo de gestão em si, mas na falta de formação dos administradores que não faziam uso do seu poder, que apesar de autoritário era necessário. Veja a realidade atual de algumas unidades da saúde no setor privado, onde as hierarquias têm um poder que move a capacidade de trabalho de toda a organização.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

O modelo empresarial é caracterizado por uma menor participação do Estado, permitindo uma maior liberdade aos gestores para fazerem o que sabem e da melhor forma. Isto resultou em ganhos progressivos de eficiência e de satisfação para os utentes. Estas minhas conclusões são baseadas nos resultados dos inquéritos aos utentes.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Posso atrever-me a selecionar a maior flexibilidade na tomada de decisão, a desintervenção do Estado e a imputação de responsabilidades atribuídas aos gestores.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
  - a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); c); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Sem dúvidas: os serviços mais centralizados numa mesma região proporcionaram uma poupança de recursos humanos e técnicos.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Obviamente, com o corte no orçamento. Atrevo-me a referir uma menor qualidade, um maior tempo de espera e ainda um fraco investimento em atualizações tecnológicas.

## ENTREVISTA E22

Data da entrevista: 26/11/2014

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Nos hospitais SPA a prestação era caracterizada por recursos insuficientes perante as necessidades dos cidadãos. Não vejo aspetos positivos quando estão em causa os desígnios constitucionais.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

Os novos ideais do modelo empresarial caracterizam-se por uma luta contra os desperdícios, por um foco de qualidade nos cuidados de saúde e por uma gestão rigorosa em todo o processo.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Como fatores diferenciadores encontro a gestão adequada de recursos, a aposta na qualidade, nos relatórios anuais e a maior responsabilização da direção.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); c); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Não tenho opinião formulada. Desconheço os resultados das avaliações aos centros hospitalares.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim. Como implicação, a menor qualidade.

## ENTREVISTA E23

Data da entrevista: 26/11/2014

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 15 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Por um lado o modelo SPA apresentava uma especialização no trabalho, promovendo as relações profissionais, o que considero um aspeto positivo do modelo. Por outro lado, demonstrou-se falível e incapaz de acompanhar o desenvolvimento da sociedade.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

A responsabilidade atribuída aos gestores gerou melhores ações para a decisão. Este facto promoveu bons resultados económicos, financeiros e de saúde.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Na minha opinião, na base das diferenças está a maior autonomia dos gestores, a prestação de contas, a elaboração de relatórios anuais e o facto de ter profissionais mais atentos para a nova realidade.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: a); c)

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

A produtividade decorreu da junção de vários serviços e do conseqüente aumento da atividade realizada, reduzindo o tempo de espera e claro, aumentando a acessibilidade.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim, frente a um custo reduzido por imposição. Consequências há várias, entre as quais o caos das urgências e nos cuidados, cada vez com menos qualidade nos equipamentos e serviços.

## ENTREVISTA E24

Data da entrevista: 03/12/2014

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

As vantagens foram para mim a estratificação dos departamentos e dos funcionários. Cada um sabia o que deveria fazer no seu posto. Não se empurrava o trabalho. Os funcionários obedeciam a um conjunto de regras e estavam satisfeitos. A promoção era em função da sua boa conduta ao longo do tempo

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

Este modelo proporcionou uma excelência de gestão, com fundamento numa maior responsabilização na prestação de contas. No entanto, pecou por não implementar os prometidos incentivos aos profissionais.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

O novo modelo inovador de contratos para os serviços, o pagamento por caso clínico, a maior responsabilidade para os cargos de gestão e a maior maleabilidade para as suas ações.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Todas as opções

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Não defendo esta política. Perdeu-se a orgânica de cada unidade e gerou-se uma desmotivação dos profissionais.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim, com subfinanciamento imposto. Como consequências: digo e afirmo a menor qualidade nos cuidados, o aumento de listas de espera e o estado instalado de agonia nos profissionais que se sentem limitados.



## ENTREVISTA E25

Data da entrevista: 03/12/2014

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 15 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

A inexistência de planeamento da atividade levou a um aumento de custos, que não poderiam ser previstos com exatidão, mas apenas com a despesa histórica.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

O modelo empresarial permitiu, através das novas regras de financiamento e de contratualização, promover uma otimização de meios e recursos públicos.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Entre outros fatores encontram-se os custos definidos pela contratualização, o financiamento baseado na produção e a menor limitação no poder de decisão.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); c); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Sim. Para este facto contribuiu a reorganização dos serviços e a utilização correta de meios humanos e técnicos.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim. Mas não há falta de recursos.

## ENTREVISTA E26

Data da entrevista: 03/12/2014

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 15 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

A principal desvantagem deste modelo foi limitar a ação da administração de cada hospital, que assim se vê impotente perante as novas e crescentes necessidades dos doentes.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

As novas formas de organização e contratualização permitiram uma maior capacidade de resposta às necessidades, manifestada pela maior alocação de recursos.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

O financiamento em função da atividade, a flexibilização das funções de gestão, o investimento na formação dos recursos humanos, a promoção da qualidade e a otimização de recursos.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

A produtividade resultou de uma maximização dos resultados.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

(Não respondeu).

## ENTREVISTA E27

Data da entrevista: 04/12/2014

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

O aumento da despesa dos hospitais em saúde, sem a devida justificação com o número de casos atendidos, diz tudo acerca deste maravilhoso modelo.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

A essência desta reforma consistiu na redução de custos evitando os desperdícios e promovendo a adequada utilização de meios.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

A responsabilização da gestão, a possibilidade para usar mais e melhores instrumentos de gestão e a otimização de recursos.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:

- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
- b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
- c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
- d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
- e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
- f) Outras opções.

Todas as opções

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Sim, observei ganhos de eficiência nos custos e de eficácia na maior acessibilidade no acesso.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Não respondo, para não ser mal interpretado.

## ENTREVISTA E28

Data da entrevista: 04/12/2014

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

As vantagens do modelo de gestão tradicional para os hospitais centraram-se numa cadeia de comando funcional e coordenada. A principal desvantagem foi a falta de flexibilidade e de estímulo ao CA para promover uma gestão eficiente.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

Caraterizo este modelo como inovador e claramente eficiente. Constituiu a base de corte com o modelo desajustado presente no SPA e permitiu uma gestão personalizada a cada unidade com uma maior flexibilidade de instrumentos, que se refletiu numa maior autonomia de gestão.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Saliento o pagamento prospetivo, a responsabilização da gestão, a maior autonomia para a gestão, a flexibilidade de instrumentos e a otimização de recursos.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); c); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Concordo com a medida. A produtividade aumentou essencialmente, pela centralização de serviços e pela gestão mais eficiente dos recursos.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Claro que sim, o orçamento diminuiu. As consequências manifestaram-se por um maior tempo de espera e meios tecnológicos desadequados.



## ENTREVISTA E29

Data da entrevista: 04/12/2014

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Os hospitais do SPA eram despesistas e pouco produtivos. Estas são as palavras que melhor caracterizam este modelo de forma negativa. Como aspetos positivos destaco a forte estrutura organizacional.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

O modelo de gestão empresarial aplicado aos hospitais transformou a organização interna de um modo radical e num sopro. Critico já a forma como foi implementado, foi muito rápida e de uma só vez foram, acho que, 20 e tal hospitais. Dever-se-ia integrar de uma forma mais faseada de modo a que os hospitais pudessem ir-se adaptando e acompanhando o modelo. Sintetizando, apesar deste desabafo, considero a gestão empresarial como positiva no sentido em que propiciou novas formas de gerir os hospitais, com autonomia e novos mecanismos já usados no setor privado, carregados de energia para contrariar o sentido despesista.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Na base das diferenças, ora, posso apontar: a contratualização da atividade programada; o pagamento/financiamento em função da prestação, a responsabilização dos órgãos de decisão, as menores restrições à atividade de gestão, a publicação regular dos resultados e o forte investimento na qualidade.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
  - a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Não observo ganhos. Repare que os recursos humanos não aumentaram. Apenas se fundiram, trocaram-se os postos de trabalho e aumentou substancialmente o número de pacientes/utentes. Isto é produtivo? Terá a qualidade ficado comprometida?

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim, ocorreu um aumento de eficiência, mas condenada por uma menor qualidade nos cuidados e pela desmotivação dos prestadores.

## ENTREVISTA E30

Data da entrevista: 11/12/2014

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Os hospitais do setor público estavam definidos como as principais unidades prestadoras de cuidados de saúde, cuja participação na despesa pública era substancialmente avultada. Estes prestadores antes de 2002 eram muito despesistas, ineficientes e com baixa preocupação com a qualidade.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

A nova cultura assentou numa base de redução dos custos e com menor intervenção do Estado. A preocupação do modelo empresarial assemelha-se ao que se observa no setor privado. As palavras-chave são evitar custos desnecessários mantendo a qualidade dos serviços.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais e equacionou um adequado uso aos recursos, entre outras medidas. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

A contratualização dos serviços realizados, o fim do financiamento retrospectivo, a responsabilização da administração, a adequação no uso de recursos, o estímulo ao desenvolvimento de competências dos profissionais e a efetiva prestação de contas.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
  - a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); c); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Foi uma política positiva que evitou a duplicação de serviços.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim. De momento não tenho qualquer implicação a referir.

## ENTREVISTA E31

Data da entrevista: 11/12/2014

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 25 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Com o modelo SPA registou-se um aumento de custos gradual, com uma baixa disponibilidade de recursos que punham em causa a limitação do acesso. O poder da gestão na organização era vasto e forte em todos os níveis, mas incompetente.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

As vantagens do modelo empresarial são a construção de uma nova cultura organizacional, focada na gestão eficiente de recursos, na qual resultaria uma redução de custos. A desvantagem mais alarmante foi a perda de algum controlo e comando.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Na minha opinião encontro: a aplicação eficiente de recursos, a prestação de contas e a contratualização com a ACSS.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); c); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Esta medida gerou uma poupança de recursos e portanto permitiu uma poupança económica.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim, a redução de verba teve efeitos negativos, como por exemplo, a falta de investimento tecnológico, a subprestação e qualidade baixíssima.

## ENTREVISTA E32

Data da entrevista: 12/12/2014

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 25 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Os hospitais SPA geraram graves aumentos nos custos com a prestação hospitalar, que colocaram em risco o atendimento e a capacidade de resposta. Estas são as desvantagens que revejo neste modelo.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

Modelo que proporcionou uma melhor gestão dos recursos, maior satisfação e prosperou com a autonomia atribuída aos gestores. Mas um lapso na aplicação das medidas preconizadas foi a implementação de incentivos aos profissionais, medida que não passou do papel.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Na base das diferenças entre os modelos destaco a preocupação com a satisfação do utente, a aposta na qualidade, a forte prestação de contas e a nova gestão de recursos.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Todas as opções

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

O sucesso da medida, para mim, veio associada a uma melhor coordenação de meios humanos e técnicos, que geraram ganhos de eficiência.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim e sim. As consequências são visíveis num reinternamento elevado, no caos das urgências e na falta de investimento em tecnologia.



## ENTREVISTA E33

Data da entrevista: 12/12/2014

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 22 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

No imediato, as vantagens que me ocorrem não são muitas. Posso dizer-lhe, por exemplo a forte regulamentação associada à conduta e comportamento dos profissionais.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

O estabelecido de quadro contratual com o Estado constituiu uma das principais inovações deste modelo. Neste sentido foi possível promover bons resultados económico-financeiros e assistenciais

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

A implementação de processos contratuais, o pagamento prospetivo, o poder decisor do CA deixa de ser limitado e ainda porque não, a maior responsabilização da gestão.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); c); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Os ganhos de produtividade deveram-se à melhor gestão que evitou a duplicação de serviços e a subutilização dos equipamentos.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim. Implicações são reveladas por indicadores como o retorno dos doentes internados, que é frequente na semana seguinte à alta, e com a utilização de materiais mais fracos em termos de durabilidade e qualidade.

## ENTREVISTA E34

Data da entrevista: 18/12/2014

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Este modelo contribuiu para o aumento da despesa hospitalar. Mas, também possibilitou a construção da rede hospitalar. A ineficiência deste modelo é mais que reconhecida, pelo peso no Orçamento do Estado.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

O planeamento ativo realizado por uma gestão mais autónoma gerou ganhos financeiros, de qualidade e na capacidade assistencial.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Como exemplos: a implementação da contratualização para a produção, a introdução de um modelo prospetivo de financiamento, a responsabilização do Conselho de Administração pelas opções tomadas, a maior autonomia de gestão, a aposta na qualidade e a obrigatoriedade de realização de relatórios de contas.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: a); c)

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

A produtividade resultou de ganhos de eficiência, consequência da contratualização das compras, da mobilidade de profissionais e da melhor utilização de recursos.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim. As sequelas registam-se na subprestação nos serviços, na aquisição de materiais mais baratos e na desmotivação dos funcionários.

## ENTREVISTA E35

Data da entrevista: 18/12/2014

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Neste modelo existia uma má avaliação das necessidades dos cidadãos/dos profissionais para desempenhar as suas funções. Várias vezes me deparei com falta de recursos para poder assistir os utentes.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

Só encontro vantagens nos hospitais empresa. Centro as principais melhorias na preocupação com a qualidade e na valorização em assegurar a equidade no acesso, bem como a gestão responsável em gerir desperdícios.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Podem estar na base aspetos como: os contratos fechados entre o hospital e a ACSS; o corte com a despesa histórica; a flexibilização das ações de gestão; a optimização dos recursos a negociação com fornecedores; a demonstração de resultados e a aposta na qualidade dos serviços.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: c); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Para os resultados da produtividade teve influência a reorganização das unidades hospitalares e a melhoria do acesso, reduzindo as listas de espera para consultas e exames.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim pode ter existido mais eficiência, mas é o fruto de uma boa colheita e não há problemas a apontar.

## ENTREVISTA E36

Data da entrevista: 19/12/2014

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

A principal desvantagem no modelo de gestão encontra-se nos maus resultados económicos tendo em conta uma baixa produtividade. A meu ver a ausência de regulação do sistema contribuiu para este facto.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

Promoveu uma maior produtividade para os hospitais, em relação ao SPA e tornou a atividade hospitalar mais eficiente, com um maior dinamismo.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

O estabelecimento de contratos-programa, o financiamento em função da produção, o *terminus* do orçamento histórico, a maior liberdade dada à direção e a prestação de contas.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); c); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

A produtividade resultou da capacidade de trabalho de uma só administração e da otimização de meios.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim. Nada a destacar. 100% de qualidade nos hospitais do SNS. Se me falar dos privados, a questão é outra. Posso apontar vários fatores.



## ENTREVISTA E37

Data da entrevista: 19/12/2014

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

A gestão SPA gerou uma rutura para o SNS a nível financeiro e a nível técnico pela falta de recursos que avassalou a minha administração. Senti na pele a falta de autonomia.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

As principais vantagens que tornaram este modelo eficiente foram a nova organização na gestão, na qual a decisão cabe aos gestores e não aos departamentos centrais da saúde.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

O compromisso de prestar uma boa ação de gestão, gerir com menos intervenção do Estado junto do CA e a elaboração de relatórios de gestão.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); c); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

A concentração de unidades criou a possibilidade de se aproveitar a capacidade instalada em cada unidade, fundir serviços e reduzir os custos.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim. Sem problemas de maior, o atendimento é excelente.

## ENTREVISTA E38

Data da entrevista: 07/01/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

O modelo dos hospitais SPA foi completamente desajustado à realidade portuguesa, despesista e nada produtivo.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

Este modelo trouxe uma agilização dos processos produtivos, o que conferiu melhores resultados para as finanças e para os utilizadores.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Por exemplo, a transição de um modelo de financiamento pré-histórico para um modelo inovador, a diminuição dos entraves à gestão, a agilização de procedimentos, a elaboração de relatórios anuais, o investimento na satisfação do utilizador e a forte qualidade.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); c)

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Esta fusão melhorou os resultados. Facultou a centralização dos meios e a melhor utilização, gerando assim poupanças.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim. Saliento como problemas: a subprestação no atendimento; o maior tempo de espera; a existência de equipamentos com menor duração quando aplicados e a falta de motivação dos médicos.

## ENTREVISTA E39

Data da entrevista: 07/01/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 25 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Os hospitais integrados no SPA contribuíram e muito para o aumento na despesa da saúde com a sua pesada e ineficiente dependência do poder central.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

O financiamento é feito de forma diferente, com a introdução do contrato-programa. Esta metodologia permite prever os custos e a produção a realizar, o que promove um maior controlo sobre os custos nas atividades realizadas. Este modelo pecou pelo corte radical com o anterior. Faria falta algum controlo a nível central para evitar os deslizes que se vêm ainda hoje em algumas unidades.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

A contratualização por linha de produção, o fim do orçamento retrospectivo, a introdução do pagamento em função da prestação, a demonstração pública de resultados e o fomento da participação dos profissionais junto da gestão.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
  - a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

A produtividade aumentou com a melhor capacidade de gestão da oferta, permitindo reorganizar a assistência, promover a melhor utilização de recursos subutilizados nas unidades e permitiu ainda melhorar a posição negociada nas compras.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim. Destaco a fraca qualidade dos serviços, o maior tempo de espera, o não desenvolvimento de meios tecnológicos e a falta de motivação dos funcionários.

## ENTREVISTA E40

Data da entrevista: 07/01/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Neste modelo o poder de gestão dos administradores é limitado e fraco, o que condicionou o desempenho das instituições que se classificaram como despesistas, incapazes e ineficientes.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

Este modelo inovador aumentou a capacidade de gestão dos gestores, como se faz na iniciativa privada. Com este efeito, para bons gestores, bons resultados e perante maus gestores, péssimos resultados. Não há que enganar.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Os maus gestores podem ser responsabilizados pelas suas práticas, há melhores ações de decisão e existe uma transparência na contabilidade, com demonstração de resultados.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); c); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

A produtividade resultou da centralização dos serviços, respetivos meios e equipamentos, o que gerou poupança de recursos.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim. Um ou outro caso, mas é normal.



## ENTREVISTA E41

Data da entrevista: 08/01/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

No modelo SPA existiam regras de gestão e controlo, o que arrisco a considerar o aspeto positivo destes hospitais quando comparado com a baixa produtividade e a falta de controlo de qualidade que se observava.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

O financiamento passou de uma base histórica para uma base prospetiva por serviço prestado mediante uma contratação de serviços com SNS, o que confluíu num Estado menos participativo nas ações de gestão. Contudo, o modelo teve uma lacuna ao nível do corte radical com o anterior. Deviam ter sido mantidos alguns aspetos como a relação hierárquica e alguma regulamentação mais forte.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

A nova forma de relação com o Estado, a contratualização da produção e o financiamento prospetivo

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

b); d); e);

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

A concentração de unidades de saúde evita duplicação de serviços e desperdício de recursos.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim, houve aumento de eficiência logo pela reduzida verba transferida. A acompanhar a falta de dinheiro e com movimento assistencial mantido, as listas de espera cresceram, bem como dificuldades acrescidas no acesso

## ENTREVISTA E42

Data da entrevista: 08/01/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Não considero aspetos negativos ou positivos do modelo de gestão dos hospitais SPA. Para mim, o aumento das necessidades da população foi maior que os recursos, o que conduziu a uma decisão fraturante. Considero esta uma forma natural que gerou ineficiência.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

Para mim caracterizo as unidades empresa como promotoras de eficiência e eficácia na gestão.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Na minha opinião estão fatores como a implementação de um processo contratual anualmente definido, o financiamento com base na produção, a maior responsabilização para o conselho de administração, a maior flexibilidade para decidir, a otimização dos recursos e a prestação de contas.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); c); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Questão pertinente, à qual não sei responder. Repare nos malabarismos que envolvem as políticas de saúde nos últimos 4 anos. Até que ponto os efeitos desta política podem ser influenciados pela austeridade? Não sabemos.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim, com a redução de verbas. Ocorreram problemas como um maior tempo de espera e prevalência de meios tecnológicos não atualizados.

## ENTREVISTA E43

Data da entrevista: 08/01/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Nas unidades SPA a estrutura orgânica dos hospitais era forte e consistente. Porém este modelo pecou pelo exagerado controlo central por parte da tutela.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

Neste momento desde a aplicação do primeiro hospital empresa, admito o meu ceticismo inicial. Agora decorridos alguns anos considero que este modelo foi positivo na busca de uma maior sustentabilidade para o sistema. Para isso contribuiu o modelo organizacional implementado, o novo sistema de financiamento e a percepção do cidadão como o principal alvo dos trabalhos e das reformas.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

A prestação efetivada por meio de um contrato, o financiamento prospetivo, a demonstração de resultados, a centralização dos cuidados no doente e a promoção da formação dos trabalhadores.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Foi uma medida bastante positiva na luta contra os desperdícios. Evitou-se a duplicação de serviços e a subutilização de recursos em cada unidade.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Não sei responder.

## ENTREVISTA E44

Data da entrevista: 09/01/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo Modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos Centros Hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

A falta de agilização da gestão das unidades foi o ponto central do descalabro que representou a ação dos hospitais SPA no aumento da despesa em saúde.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

Estes hospitais obtiveram uma gestão mais eficiente, caracterizada por uma relação contratual com o Estado, o que consistiu numa nova perspetiva financeira perante as limitações de recursos, que se tornaram óbvias no modelo anterior.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Como termos exemplificativos do diferencial aponto: a definição de contratos para a programação da atividade a prestar, a transição de um financiamento baseado no histórico para um financiamento movido pela atividade realizada, a existência de menos Estado e mais gestão, a elaboração de relatórios de gestão, a promoção de mais formação em serviço para os profissionais de saúde.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Sem dúvidas que o sucesso deste modelo proveio do aumento do poder negocial com os fornecedores de serviços que gerou ganhos de eficiência.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim. Todos os utentes foram bem atendidos.



## ENTREVISTA E45

Data da entrevista: 09/01/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Esta gestão apresentava um défice de autonomia e de capacidade de trabalho, o que constituiu o principal entrave ao sucesso dos hospitais.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

O novo modelo promoveu uma maior autonomia de gestão, responsável, para combater desperdícios.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

A contratualização das funções a desempenhar, o modelo prospetivo de financiamento, a possibilidade de penalização dos gestores pelas ações tomadas, a maior liberdade para gerir, profissionais mais desportos para a contenção de custos e otimização de recursos

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); c); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

A produtividade foi gerada pela maximização dos recursos e pela coordenação mais eficiente centrada, num único CA.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim, com a redução no financiamento a eficiência aumentaria. Mas com isto registou-se uma diminuição do número de MCDT pedidos por clínicos.

## ENTREVISTA E46

Data da entrevista: 09/01/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

As despesas dos hospitais SPA não cobriam as necessidades dos cidadãos. Logo eram unidades ineficientes e incapazes de satisfazer as necessidades dos seus utilizadores.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

Para a sua questão destaco que este modelo trouxe novos mecanismos de gestão que se centraram na adequada gestão dos recursos e dos meios, contribuindo assim para garantir a eficiente prestação de cuidados aos utentes.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Prevaleceram no diferencial, aspetos como uma boa gestão de recursos, a maior autonomia de gestão e a melhoria na decisão, associada a um risco de penalização.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Todas as opções

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Sim, a produtividade aumentou. Foi gerado um aproveitamento de recursos não utilizados.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim. Não há consequências, algum efeito menos positivo foi pontual em uma ou outra situação.

## ENTREVISTA E47

Data da entrevista: 14/01/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

A ação do CA nestes hospitais estava bloqueada por uma estrutura de organização muito centralizada. Este aspeto negativo ofusca qualquer vantagem do modelo.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

Em oposição à questão anterior, resumo em dois aspetos esta questão. O primeiro pela potenciação da autonomia dos CA e o segundo pela preocupação com a qualidade dos cuidados prestados.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Menos mão do Estado na gestão de cada unidade, a publicação de resultados, o investimento na formação do pessoal e a centralização dos cuidados no doente.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Sim. A melhor coordenação dos meios permitiu ganhos resultantes da poupança de recursos. Por um lado, pela adequada utilização e por outro pela capacidade negocial com os fornecedores.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim, pode ter existido aumento na produtividade. Um corte de vários milhões tinha obrigatoriamente que originar consequências, tais como uma menor qualidade, que gerou recentemente o caos das urgências. Recorre-se cada vez mais aos exames no setor privado que, em oposição, mantém o investimento nas novas tecnologias.

## ENTREVISTA E48

Data da entrevista: 14/01/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos Centros Hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Os hospitais SPA apresentavam pouca produtividade, estavam limitados pela dependência do poder central em vários níveis. A falta de responsabilização pelos atos de gestão tornou este modelo ineficiente e pouco eficaz.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

Este é um novo modelo que constituiu uma evolução positiva para a gestão dos hospitais. Os métodos e técnicas empresariais vieram criar um impulso na gestão dos hospitais, permitiram a aplicação de novas regras até então exclusivas do mundo empresarial. O que contribuiu para uma menor intervenção pública do Estado nestas instituições.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

A contratualização dos serviços em cada linha de atividade, o financiamento através da prestação efetiva, o pagamento prospetivo, a menor limitação da gestão, a promoção do uso

eficiente de recursos e o facto de estarem previstas ações disciplinares para as más ações de gestão.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
  - a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

A produtividade dos centros hospitalares resultou de uma melhor e mais eficiente gestão de recursos, equipamentos e outros meios.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim, com o corte de 200 milhões previsto no programa. Como implicação refiro a existência de consumíveis de fraca qualidade, que originam uma qualidade inferior.



## ENTREVISTA E49

Data da entrevista: 15/01/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Quando falo no modelo de gestão do Setor Público Administrativo, revejo um modelo que poderia ter sido aplicado no Estado Novo. Controlador, opressor e manipulador dos profissionais.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

O modelo empresa focou-se em transformações radicais com o modelo anterior. Entre as várias vantagens destaco o aspeto positivo para as finanças das instituições face à produção que tiveram. O melhor acesso aos cuidados e a forte qualidade na prestação. Na minha unidade, em 4 anos de gestão, os resultados foram muito melhores comparando com os dois anos que nos antecederam.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Ressalvo a introdução do programa de contratualização dos serviços; o maior rigor na despesa mediante contratos; a nova forma de financiamento - prospetivo; mais gestão e menos limitação; a responsabilização pela decisão tomada e a aposta na qualidade dos cuidados.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
  - a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Sim, os efeitos que influenciaram a produtividade partiram de uma maior centralização de serviços próximos e da luta contra o desperdício e acumulação de stocks.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim, por imposição do entendimento com o FMI. Regista-se uma menor oferta de serviços, um atraso tecnológico comparativamente ao setor privado e profissionais desmotivados, o que culmina com a política de austeridade nos pagamentos.

## ENTREVISTA E50

Data da entrevista: 15/01/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos Centros Hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Nos hospitais SPA o Estado dispunha de uma participação como principal prestador e financiador do sistema. Sem objetivos previamente definidos e com um financiamento elaborado com base no histórico.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

Os hospitais empresa aprimoraram com a implementação de um sistema contratual com o Estado, diminuindo a intervenção direta destes a nível interno. Os novos modelo promoveram gradualmente o cumprimento de objetivos de gestão, cujo financiamento passou a ser realizado de acordo com a produção realizada, como peça fundamental desta reforma. Estas implementações dotaram o sistema hospitalar de maior eficiência e qualidade.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

A atividade confinada a intervenções por contratos nas especialidades médicas e operatórias, o financiamento realizado mediante a produção efetiva, a maior liberdade para decidir, a penalização da gestão e o foco do utente como figura central do sistema de saúde.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
  - a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); c); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Sim, através de uma nova organização das atividades.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim, com a imposição da austeridade. Verificou-se a subprestação no atendimento, problemas nas urgências e utilização de consumíveis de menor qualidade.

## ENTREVISTA E51

Data da entrevista: 15/01/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

O modelo SPA prosperou pelo fomento de relações impessoais entre os funcionários. Mas pecou pelos maus resultados com custos crescentes e pelo facto de não haver recursos suficientes para satisfazer as necessidades.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

As principais vantagens são a implementação de uma nova cultura nos hospitais, promotora de uma redução de custos. Como desvantagem penso apenas em uma: a perda de poder interno.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Por exemplo: a contratualização dos serviços; o financiamento prospetivo; a prestação de contas e uma gestão adequada de recursos.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opção: a); b); d); e)

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Sim, através da redução de custos.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim. Alguns défices na prestação.

## ENTREVISTA E52

Data da entrevista: 21/01/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

No meu ponto de vista o modelo hospitalar dos anos 80 e 90 caracteriza-se por uma má gestão, ou seja, por um conjunto de ineficiências (na gestão de recursos, na qualidade e na equidade).

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

Apesar de excelentes resultados de eficiência e eficácia, que se pensam quando falamos neste modelo, ficou aquém das expectativas o incentivo aos funcionários. Penso que os resultados poderiam ainda ter sido melhores se não fosse esquecida esta importante questão.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

A contratualização dos cuidados a prestar, o financiamento pelas intervenções, a maior responsabilização imputada aos órgãos da gestão, a adequada gestão de recursos e uma ação de gestão liberta do paradigma centralizador.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: a); b); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

A base do aumento da produtividade focou-se na melhoria do acesso aos serviços. Repare-se como exemplo a reorganização dos serviços de urgências.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim. Não há falta de recursos.



## ENTREVISTA E53

Data da entrevista: 21/01/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Sou defensor da gestão tradicional para os hospitais. Vantagens e desvantagens existem em todos os modelos. Não considero que as dificuldades registadas nos hospitais SPA se devessem à gestão, mas sim à evolução da própria sociedade.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

Caraterizo o modelo empresarial como um modelo levado ao colo pelo poder político, se não resultasse a bem, teria de ser à força.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Investimento na formação dos recursos humanos e o facto de agora se focarem os serviços no utente

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Não tenho ideia se a produtividade aumentou ou diminuiu. A crise que assolou o nosso país veio encobrir os efeitos recentes desta medida. Repare que neste momento os bons ou maus resultados poderemos associá-los aos efeitos negativos das políticas, a longo prazo, ou aos efeitos, a curto prazo, das medidas de austeridade?

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim, a eficiência é fácil de alcançar cortando no orçamento. Agora a prestação de cuidados tem uma menor eficácia, existem défices de qualidade e perda de motivação do pessoal.

## ENTREVISTA E54

Data da entrevista: 22/01/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Este modelo não teve qualquer vantagem digna de registo. Há a salientar apenas despesas e mais despesas associada a uma baixa produção.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

A implementação do modelo empresarial veio implementar de forma definitiva um novo modelo de financiamento mais justo e equilibrado, que permitiu poupar recursos antes inutilizados.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Como fatores explicativos posso referir: a definição de preços de acordo com um contrato; o corte com a despesa histórica; o financiamento em função da atividade; as responsabilidades atribuídas aos gestores, desde o CA aos intermédios, a maior liberdade de decisão para os gestores e a optimização dos recursos.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

A produtividade foi uma consequência do aumento do poder negocial, o que gerou uma redução de custos.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim, com a redução de dezenas de milhões da troika. Isto originou: uma subprestação no atendimento; a perda de qualidade e um maior tempo de espera.

## ENTREVISTA E55

Data da entrevista: 22/01/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Um modelo baseado num financiamento histórico nunca poderia ter qualquer vantagem pelo aumento de custos que gerou. A crítica que apresento diz tudo. Penso que poderá tirar as suas elações.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

Este modelo caracteriza-se por uma reforma no tipo de financiamento, com base numa contratualização dos cuidados a realizar e num corte na relação direta com o Estado, enquanto prestador.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

A contratualização dos serviços, a abolição do orçamento baseado no histórico, o pagamento através do controlo de atividade, a maior responsabilidade afeta ao Conselho de Administração.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: a); c)

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

A produtividade resultou da adequação dos meios às necessidades da população da área geográfica. Isto permitiu uma melhor gestão da administração sobre os meios a contratar para cobrir as necessidades, sem acumulação de stock.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim, a eficiência como consequência do subfinanciamento originou menor qualidade.

## ENTREVISTA E56

Data da entrevista: 28/01/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Este modelo demonstrou uma esquizofrenia do poder central perante as necessidades dos cidadãos. Foi esquecida a qualidade e o direito à saúde

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

O modelo privado caracteriza-se por uma gestão adequada de recursos que responde claramente às necessidades dos utentes.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Os gestores são mais livres para decidir, a boa alocação de recursos, profissionais com formação para as limitações e promoção da qualidade dos cuidados.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: a); b); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Proporcionou uma melhor utilização de recursos e evitou os desperdícios.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim, devido ao subfinanciamento os profissionais sentem-se desgastados. Há quebra de qualidade e desmotivação dos profissionais.



## ENTREVISTA E57

Data da entrevista: 28/01/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

A prevalência de um financiamento histórico, independente da produção conduziu este modelo à rotura.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

A qualidade dos cuidados descorada em tempos anteriores ganhou aqui um destaque. Associada a esta melhoria estão igualmente os bons resultados financeiros.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Com um maior impacto, concordo com a contratualização de serviços, seguindo-se o financiamento em função da produção, a maior flexibilidade de gestão, a boa gestão de recursos e a promoção da qualidade.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: a); c)

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Sim, permitiu reformular a oferta de cuidados.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Prefiro não me pronunciar.

## ENTREVISTA E58

Data da entrevista: 28/01/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Recordo-me dos recursos serem escassos e da incapacidade que tinha em obter maior financiamento. Conseguia mas a muito custo. As necessidades da população eram cada vez maiores e nem sempre iam ao encontro dos gastos ocorridos nos anos transatos.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

O novo modelo promoveu um financiamento prospetivo com recurso à contratualização e implementação de grupos de diagnóstico homogéneo, o que veio clarificar os custos com os procedimentos em cada linha de atividade. O objetivo foi a contenção de custos e uma melhor gestão de recursos que se encontravam em esgotamento.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

A contratualização da atividade por grupo de diagnóstico, a definição de contratos-programa, o pagamento em função da prestação, o corte com a despesa histórica, a maior flexibilidade de

gestão, a utilização eficiente de recursos, a demonstração de resultados (relatórios anuais; Tableau de Bord) e a publicação pública de contas

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
  - a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

A produtividade resultou da maior capacidade do CA negociar a uma só voz com os fornecedores de serviços. Mediante a compra de mais produtos, negociados apenas por uma administração, conseguem-se melhores preços/quantidade.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim, menos dinheiro, menos se gasta, logo reduziu-se o custo à força. Isto manifestou-se com a compra de consumíveis de menor qualidade o que originou a desmotivação dos funcionários.

## ENTREVISTA E59

Data da entrevista: 04/02/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Os principais problemas encontram-se no aumento dos custos, na ausência de meios, verbas e equipamentos que não acompanharam o desenvolvimento.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

O modelo empresa constituiu um novo paradigma de evolução, modernização e crescimento para o setor público, pela separação poder político e do administrativo e aplicação de medidas usadas na gestão empresarial.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Posso referir aspetos como a separação da gestão dos hospitais do poder central, a otimização de recursos, a prestação de contas, o compromisso dos gestores perante a lei para bem gerir e as publicações regulares dos resultados

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); c)

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Sim, permitiu melhoria de acesso, serviços centralizados e melhor gestão de recursos.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim, pelos cortes de 100 milhões em cada ano, impostos pela austeridade, regista-se uma elevada taxa de reinternamentos, uma menor qualidade, um maior tempo de espera e um défice de recursos humanos.

## ENTREVISTA E60

Data da entrevista: 04/02/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Ação, controlo e comando. Estas palavras classificam este modelo.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

A desintervenção do Estado marcou os novos hospitais. A figura de um Estado menos intervencionista proporcionou uma libertação da gestão que até aqui estaria condicionada, de mãos atadas. Com os hospitais empresa surgiu uma cultura organizacional remodelada. Observou-se uma alteração no tipo de financiamento e na relação com o Estado.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Na base do diferencial, equaciono aspetos como: a contratualização da atividade, o papel de um Estado mais regulador e menos produtor; o pagamento prospetivo e a otimização de recursos.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); c); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Sim, através dos ganhos de eficiência de um modo global: recursos, compras, assistência.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim, com a redução nos orçamentos surgiram problemas na qualidade, na motivação dos recursos humanos, na capacidade de resposta e nos meios tecnológicos que não foram alvo de inovação.



## ENTREVISTA E61

Data da entrevista: 04/02/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 15 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

O modelo SPA dispunha de uma autoridade interna para os elementos da administração, porém limitada externamente pela supremacia do poder central. Esta situação deveras culminava igualmente com uma forte responsabilização central e uma fraca atribuição de responsabilidade à administração e mesmo às restantes chefias.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

O modelo empresarial teve, na minha perspetiva, um sucesso que se pode atribuir à política de qualidade e a uma maior autonomia de gestão.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

A promoção da qualidade; mais flexibilidade para a gestão e os gestores podem ser alvo de sanções por má gestão.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opção: c); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Sim. Devido à gestão de meios e recursos mais eficiente.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim. Mas com défices na qualidade e falta de motivação dos clínicos.

## ENTREVISTA E62

Data da entrevista: 05/02/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

A gestão dos hospitais SPA gerou dificuldades na manutenção na qualidade e no acesso pela má prática de gestão pouco flexível e muito rígida.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

A gestão eficiente e o incremento de autonomia para os gestores caracterizam este modelo, na medida em que com uma maior flexibilidade é possível utilizar melhor os meios e recursos até aqui desperdiçados.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

A maior flexibilidade para as ações de direção, a gestão de recursos, a responsabilização da gestão, o pagamento prospetivo num modelo de contratualização da prestação por caso clínico.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Todas as opções

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

A produtividade foi reduzida. Apesar de aspetos positivos, como a redução de custos, a otimização de meios humanos gerou um ambiente laboral negativo.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim. Observam-se doentes teoricamente despachados nos serviços, um maior tempo de espera e utilização de materiais com menor qualidade.

## ENTREVISTA E63

Data da entrevista: 05/02/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

As vantagens foram claras: normas, hierarquia, respeito e cumprimento do dever. A libertinagem dos tempos modernos veio romper esta boa gestão.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

Uma rebaldaria. Um modelo politizado, com corte radical com o que sempre existiu.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Investimento na satisfação do utilizador.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
  - a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;

- c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
- d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
- e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
- f) Outras opções.

Opções: b); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Não. A concentração de unidades mexeu com a orgânica interna dos serviços, havendo profissionais insatisfeitos e desmotivados, o que gera mais gastos e desperdícios.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

(Não respondeu).

## ENTREVISTA E64

Data da entrevista: 13/02/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Este modelo era composto por um desajustamento da oferta de cuidados e portanto uma reduzida qualidade e responsabilidade social. Quando um hospital não serve para a sua função essencial, não se pode falar em vantagens.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

É com a palavra liberdade que respondo à sua questão. Este modelo proporcionou uma maior liberdade no acesso, uma maior liberdade de decisão da gestão e da atuação dos profissionais.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Fundamentalmente a contratualização e a responsabilização dos administradores.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:

- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
- b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
- c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
- d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
- e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
- f) Outras opções.

Opções: b); c); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Não, não se comprovam os ganhos. O que se verificou foi a perda de relação profissional com a mobilização de funcionários, o que originou desmotivação profissional.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim, devem ter sido mais eficientes. Cortando no salário dos funcionários e na qualidade qualquer um é eficiente. Também se registou um maior tempo de espera.



## ENTREVISTA E65

Data da entrevista: 13/02/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Este modelo foi aplicado tarde demais. A base controladora e hierarquizada são de meados do século XX e não poderiam perdurar até ao século XXI.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

Este modelo revelou uma dinâmica crescente para a gestão dos hospitais e atendimento aos utentes. Gerou um corte umbilical com o Estado e uma maior liberdade e criatividade para prestar o devido serviço público.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Por exemplo: a implementação de contratos-programa com o SNS, um maior controlo da produção através desta contratualização, a base de financiamento é prospetiva, a diminuição do condicionamento gerado pela tutela à administração e a responsabilidade passa a ser exigida aos tomadores de decisão.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: a); b); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

A produtividade gerou-se nesta política devido a uma otimização dos meios e ao melhor acesso a serviços pela centralização da capacidade técnica.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Foram eficientes pois reduziram os custos. Consequências são várias, nomeadamente de qualidade com meios tecnológicos ultrapassados e profissionais sem motivação para trabalhar.

## ENTREVISTA E66

Data da entrevista: 18/02/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Os principais problemas deste modelos centrou-se na limitação dos recursos que gerou ineficiências na prestação e um descalabro nas contas das unidades pelo facto de os utentes piorarem o seu estado de saúde.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

A adaptação da gestão empresarial culminou com uma preocupação com a qualidade e o bem-estar dos utentes. Aliada a estas preocupações estiveram mecanismos de controlo de custos e de produção eficientes.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

A inovação dos instrumentos de gestão, o corpo clínico com um conhecimento mais apurado, a promoção da qualidade, passando o foco de atenção a ser o utente.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); c); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Gerou produtividade. Foi evitada a sobreprestação de atividades e a subutilização de recursos em cada hospital que compõe o centro hospitalar.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim. Porém não se atende ao doente como um todo na prestação, existe uma baixa atenção no cidadão quando observado, o que se congrega numa menor qualidade, com uma situação crítica nas urgências.

## ENTREVISTA E67

Data da entrevista: 18/02/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

As desvantagens e vantagens do modelo SPA. No momento só me ocorre uma palavra: descalabro

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

A empresarialização resultou numa gestão mais autónoma com uma menor intervenção do Estado e resultados mais positivos.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Na base do diferencial registou-se uma menor influência das estruturas centrais na decisão, a responsabilização da administração, a publicação de contas e o investimento no utilizador.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

A fusão de unidades evitou a duplicação de serviços.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

(Não respondeu).

## ENTREVISTA E68

Data da entrevista: 19/02/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

A fraca gestão dos hospitais SPA destaca-se quando se pensa neste modelo. Na base da ineficiência estava o forte controlo pelas entidades centrais do MS e os maus resultados na assistência aos utentes e na produtividade.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

A empresarialização dos hospitais pode ser categorizada por uma menor regulamentação das unidades em termos da sua dependência central, mas que promove um maior controlo de encargos dadas as mudanças na forma de relação com o Estado (contratualização) e no modelo de financiamento inovador.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

A termo exemplificativo posso referir: a contratualização da prestação por GDH; o controlo de custos baseada em contratos-programa, o fim do modelo de financiamento do SPA; a aplicação

do pagamento prospectivo; a maior agilidade para a decisão com a devida responsabilização; a gestão eficiente de recursos e a centralização dos cuidados no utente.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
  - a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); c); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Com a fusão de unidades fez-se uma centralização de serviços com proximidade geográfica, o que aumentou a capacidade de oferta e coordenação entre as várias atividades.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim. Não vejo sinais negativos. Alguns andam a plantar problemas para ganhar a confiança das pessoas.



## ENTREVISTA E69

Data da entrevista: 19/02/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 15 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Os hospitais SPA são vistos por uma gestão muito pouco eficiente e despesista. Situação esta que como sabe, gerou mais riscos para os utentes, que se prendiam com a qualidade e falta de equipamentos.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

As transformações implementadas por este novo modelo tiveram uma aspensão semelhante ao setor privado. Os hospitais ganharam com uma nova forma de organização da gestão e serviços, com melhores resultados económicos e de qualidade para os utilizadores.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

A contratualização da atividade, a alteração do modelo de financiamento, a penalização para más ações de gestão, a preocupação com a qualidade e a preocupação com a promoção da satisfação do utente.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: c); d); e)

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Sim, gerou para além da centralização de serviços, uma poupança de meios.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim. Não há consequências a subtrair.

## ENTREVISTA E70

Data da entrevista: 25/02/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Estes hospitais apresentaram-se como unidades despesistas, controlados pelo Estado e sem publicação de resultados disponíveis para consulta pública. Estes eram de alguma forma ocultados.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

A forte implementação da gestão empresarial face ao modelo SPA foi a transparência nos resultados, que promoveu uma gestão responsável, numa constante luta contra a ineficiência.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

A responsabilização dos decisores, a demonstração financeira regular e pública e a participação do utente na avaliação da qualidade dos serviços prestados.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); c); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Sim. Evitou-se a duplicação de serviços e subutilização de recursos.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim. Aumento do volume de reassistência em serviço de urgência, menor qualidade dos recursos e falta de motivação dos recursos humanos (profissionais).

## ENTREVISTA E71

Data da entrevista: 25/02/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

O aspeto de maior fragilidade dos hospitais SPA foi a fraca capacidade de gestão dos seus administradores, o que gerou ineficiências na gestão. Este ponto crítico, para mim, diz tudo. Não vejo qualquer aspeto positivo a registar.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

O modelo empresarial trouxe uma nova forma de financiamento mais eficaz e produtiva, que promove o reforço da qualidade, através do estabelecimento de um processo contratual entre SNS e as unidades.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Atribuição de liberdade de decisão para os gestores; elaboração de relatórios de gestão; profissionais mais preparados; investimento na qualidade e o início de um financiamento prospetivo.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: a); b); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Proporcionou uma maior acessibilidade e gestão de consumíveis.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim. Como implicações destaco a subprestação no atendimento, o tempo de espera nas urgências, o fraco investimento tecnológico e a desaposta na qualidade.

## ENTREVISTA E72

Data da entrevista: 26/02/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

O modelo SPA entrou em colapso pelo risco de não ser garantida a equidade e universalidade no acesso aos utilizadores. Não observo aspetos positivos neste modelo.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

As mais valias do modelo empresarial focam-se numa maior autonomia de gestão, no incentivo à produção e no combate aos desperdícios.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

O maior controlo da prestação contratualizada, o financiamento em função da atividade, a maior responsabilização para a gestão que dispõe de uma maior autonomia e a gestão de recursos.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: a); b); c)

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Sim, pela reorganização de serviços e pela boa utilização de recursos.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim. Entre as consequências há problemas de qualidade, dando preferência ao preço em vez da qualidade do material e o pesado ambiente de desmotivação.



## ENTREVISTA E73

Data da entrevista: 26/02/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

As desvantagens do modelo eram a limitação dos recursos, a falta de controlo de qualidade e a fraca capacidade de resposta às necessidades.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

A menor intervenção do Estado e maior preocupação com a qualidade, para mim, consistem nos principais pontos que se destacam neste modelo.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Saliento a maior flexibilidade da gestão, a prestação de contas (passa a ser regular), a promoção da qualidade, a centralização dos cuidados no doente, o desenvolvimento de mais formação em serviço para os profissionais de saúde.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

A produtividade foi o resultado obtido com esta política. Observaram-se ganhos pela redução de custos e um melhor reaproveitamento de recursos, entre os quais destaco os meios técnicos.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim mais eficientes não ponho em causa, mas com défices de qualidade na prestação, maior tempo de espera e com recurso a materiais mais baratos, sem qualidade e em menor quantidade.

## ENTREVISTA E74

Data da entrevista: 26/02/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Este modelo era ineficiente e sem objetivos e vivia de um financiamento baseado no ano anterior, o que não acautelava a poupança.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

Com este novo modelo há, na minha perspetiva, uma transformação na cultura organizacional com um apertado controle de custos, contratualização de serviços, e novas formas de financiamento que sobrevivem até ao presente ano.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Foram na minha opinião fatores como: a prestação contratualizada com a ACSS, a implementação de um novo sistema de financiamento da produção, a atribuição de mais responsabilidade para os dirigentes e a publicação de relatórios.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: a); b); c)

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Para o aumento da produtividade contribuiu o maior controlo de gestão sobre os *stocks*, a maior acessibilidade e a otimização dos meios humanos.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim. Como implicações: a subprestação; um maior tempo de espera; a menor qualidade dos materiais; a falta de motivação do pessoal e a tecnologia que não acompanhou o desenvolvimento europeu.

## ENTREVISTA E75

Data da entrevista: 04/03/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Má gestão. Esta para mim resume o modelo. Como poderia haver preocupação com as ações se a responsabilização não existia na prática?

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

A responsabilização da gestão e a implementação de sistemas de qualidade vieram promover este modelo. A par deste modelo refiro que a política de regulação (como a criação da ERS) contribuiu também para o sucesso destas unidades.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

A gestão adequada de recursos, a elaboração de relatórios de contas, a maior formação para o pessoal e a aposta na certificação da qualidade.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: c); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

O poder contratual e negocial foi a chave para o aumento da produtividade nestas unidades.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Acho melhor não responder para não ferir susceptibilidades de ninguém.

## ENTREVISTA E76

Data da entrevista: 04/03/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Modelo ineficiente. Este modelo pecou por não atribuir um maior poder de decisão aos gestores, que dessa forma poderiam torná-lo mais eficiente e menos despesista.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

Modelo inovador e eficiente que trouxe: a contração da despesa; maior capacidade de resposta e maior autonomia nas ações de decisão.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Entre outras hipóteses, pode-se referir: a definição de contratos para as atividades previstas, o financiamento prospetivo, a maior liberdade para decidir e a responsabilização da gestão.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:

- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
- b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
- c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
- d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
- e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
- f) Outras opções.

Opções: b); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Os ganhos da política de fusão registam-se na poupança de recursos, na centralização dos meios e na capacidade negocial com fornecedores.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim. Não há fatores negativos a apontar.



## ENTREVISTA E77

Data da entrevista: 05/03/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Com o tipo de gestão das unidades SPA a prestação de cuidados ficou marcada por uma menor qualidade. Esta é a principal desvantagem que me ocorre, que vai contra os objetivos das políticas de saúde.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

Caraterizo o modelo dos hospitais empresa como um modelo produtor: de eficiência, eficácia, autonomia e qualidade.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

A maior liberdade para administrar, o maior nível de experiência dos profissionais e o forte investimento na qualidade.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); c); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

O controlo sobre os vários hospitais que integram os Centros Hospitalares permite ganhos financeiros pela redução dos preços por unidade, aquando do processo negocial com os principais fornecedores.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim. Não revejo uma má prestação.

## ENTREVISTA E78

Data da entrevista: 05/03/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

A maior desvantagem da gestão associada ao setor público administrativo nos hospitais foi a incapacidade de lidar com a questão sensível da saúde, devido a uma forte normatização e opressão tutelar.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

As novidades implementadas pela contratualização impuseram ao sistema uma maior disponibilidade de serviços e uma maior alocação de recursos, o que permitiu às unidade responderem de melhor forma às debilidades dos doentes, de forma a que estes recuperem a sua saúde.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

A contratualização dos serviços por diagnóstico, a preparação contratual da prestação a realizar, um pagamento fiel à produção e a otimização de recursos.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); c); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Os ganhos de produtividade resultaram da contenção de custos, da melhoria da capacidade negocial e da obtenção de uma maior acessibilidade.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim, com a redução de verba. O utente não se encontra no centro do sistema, há deslizes, com drásticas implicações na qualidade, com maior tempo de espera e redução de meios.

## ENTREVISTA E79

Data da entrevista: 11/03/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

O excesso de controlo sobre os hospitais do SPA consubstanciou-se na principal desvantagem deste modelo. Não entendo qualquer vantagem neste modelo.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

A empresarialização culminou com uma maior autonomia de decisão e de responsabilização pelos atos de gestão. Estes factos por um lado permitem uma maior abertura e por outro exigem uma maior cuidado e precaução pelas atitudes tomadas, pois poderiam haver consequências pelas práticas de má gestão.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Na fundamentação destas diferenças posso indicar a maior autonomia de gestão, o compromisso de bem gerir - gestores em risco de penalização por erros e a prestação de contas.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); c)

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Não sei responder à sua questão. Nunca vi nada escrito sobre o tema. Foi a medida positiva ou não? Não sei, dir-me-á quando publicar este estudo.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim. Nunca ficou ninguém por atender, pois não?

## ENTREVISTA E80

Data da entrevista: 11/03/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

As desvantagens do modelo atribuído ao SPA resumem-se ao aumento de custos, ou melhor, uma má gestão que dependia da administração central.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

A empresarialização implicou a necessária desintervenção do papel do Estado e junto das administrações dos hospitais. Este fator deu um *refresh* na capacidade de organização e contribuição dos conhecimentos de gestão.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Entre outras justificações refiro: o contrato-programa para maioria das intervenções médicas/cirúrgicas, a promoção de medidas de controlo da atividade e custos através da contratualização, o financiamento prospetivo, a atribuição de responsabilidades por ações de má gestão, a otimização de recursos, a publicação assídua de contas, o incremento na formação em serviço dos profissionais, a aposta na qualidade e na satisfação dos clientes.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); c); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Não tenho opinião sobre esta questão. É uma dúvida que subsiste.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim até entendo que sejam eficientes. Porém, entendo também que há custos para os cortes, como uma fraca qualidade, falta de motivação dos médicos, técnicos, enfermeiros, auxiliares, administrativos, longas listas de espera, atendimento demorado nas urgências, falta de organização e de equipamentos.



## ENTREVISTA E81

Data da entrevista: 19/03/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 15 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Este modelo gerou uma falência do sistema. Os avultados gastos foram tendencialmente crescentes, o que deu origem a uma limitação na cobertura por falta de recursos.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

A menor intervenção do Estado veio promover uma melhor qualidade para os utentes, uma vez que a flexibilidade e os novos instrumentos de gestão permitiram ao CA poder fazer mais pela unidade de saúde.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

A maior responsabilização para os órgão de gestão, a flexibilidade acrescida para os atos de gestão, a contratualização de uma forma geral.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: a); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Sim, a luta contra os desperdícios gerou uma melhor gestão dos stocks e da negociação com os fornecedores.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim, com a redução imposta. Os armazéns dos hospitais dispõem de inúmeros consumíveis de qualidade zero.

## ENTREVISTA E82

Data da entrevista: 19/03/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

A gestão das unidades SPA era pouco clara. Por vezes não sabia o que fazer, pois não tinha liberdade suficiente para agir conforme o meu entendimento. Ou seja, a flexibilidade não era o forte desta gestão.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

Este modelo definiu uma aproximação às práticas do setor privado. Centrou-se na redução de custos e na promoção de uma maior atividade assistencial, promovendo uma maior cobertura aos cidadãos.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

A maior flexibilidade para os gestores, a elaboração de relatórios de gestão, a maior formação dos profissionais e a contratualização efetiva da produção.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

A produtividade derivou da nova reorganização dos serviços que melhorou o acesso aos cuidados.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

(Não respondeu).

## ENTREVISTA E83

Data da entrevista: 19/03/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

A responsabilidade pelos atos praticados não estava diretamente atribuída, dado o grande foco de poder centralizado. Este facto constituiu uma desvantagem na medida em que não era possível culpar os erros de gestão existentes.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

As reformas na gestão dos hospitais conseguiram com este modelo evitar custos maiores e melhorar a equidade no acesso.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Provavelmente não conseguirei apontar todos os aspetos, mas reforço alguns factos como: a implementação de GDH, o financiamento/atividade, a optimização dos recursos, o investimento na formação e a aposta na qualidade.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: a); b); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Não tenho opinião formulada. Como não o quero induzir em erro, prefiro não responder.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

(Não respondeu).

## ENTREVISTA E84

Data da entrevista: 24/03/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos Centros Hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

A falta de autonomia da gestão constituiu a base que conduziu ao colapso deste modelo de gestão nos hospitais.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

O modelo empresarial promove a maximização dos recursos sem esquecer a qualidade na assistência. Contribuíram para este efeito medidas como: a nova cultura dos hospitais; as novas regras de gestão e a promoção de uma maior autonomia para os gestores.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

A definição de termos contratuais para a prestação, o financiamento atribuído pelos cuidados prestados, a gestão aparentemente mais flexível, a maior responsabilização para a administração, a otimização de recursos, a elaboração de relatórios de gestão, a publicação do *Tableau de Bord*, a existência de médicos mais experientes e o investimento na satisfação do utilizador.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Todas as opções

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

A produção aumentou pela maior capacidade de prestação de cuidados e de realização de exames.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim, mas com um aparente défice de qualidade, manifestado por pouco investimento em meios tecnológicos e relacionado com um conjunto de profissionais desgastados.



## ENTREVISTA E85

Data da entrevista: 24/03/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

As vantagens deste modelo são poucas ou nenhuma. Foi despesista e condicionador da evolução da gestão hospitalar.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

O estímulo à gestão eficiente de recursos com menos intervenção do Estado gerou vantagens claras para o modelo empresarial, que veio revolucionar e dar uma lufada de ar fresco aos hospitais públicos.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Na base desta diferenciação pode estar a previsão dos serviços mediante contratos-programa, o pagamento em função da prestação, a preocupação em desempenhar boas ações de gestão, a maior flexibilidade de gestão, a prestação de contas (relatórios anuais) e o investimento na formação dos recursos humanos.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); c); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

A medida gerou melhores resultados pela otimização de recursos humanos e de meios técnicos.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim. Não considero que tenham existido consequências.

## ENTREVISTA E86

Data da entrevista: 02/04/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

No meu ponto de vista, existia nos momentos áureos deste modelo uma gestão ineficaz com um aumento de custos indissociável.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

Na minha visão caracterizo este modelo como incrementador de uma maior autonomia de gestão, de incentivos às boas práticas e de maior controlo sobre os custos.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

A produção contratualizada; o novo modelo de pagamento; o corte com o modelo de financiamento anterior; a responsabilização da administração e o compromisso dos gestores perante a lei para bem gerir.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); c); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Originou uma melhor utilização de recursos/meios e uma conseqüente redução de custos.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim. Não vejo conseqüências em boas medidas.

## ENTREVISTA E87

Data da entrevista: 02/04/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Os hospitais SPA apresentaram uma falta de transparência na gestão, associada a um aumento de custos na prestação.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

O SNS ganhou com a criação destes hospitais. Os custos são mais controlados perante cada tarefa desempenhada, distribuída em GDH.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

Maior autonomia de gestão e a contratualização da atividade realizada.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Sim. A produtividade resultou da poupança de recursos técnicos e humanos.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim. Não há implicações.

## ENTREVISTA E88

Data da entrevista: 03/04/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

O modelo SPA aplicado aos hospitais falhou. A despesa aumentou em grande proporção visto que as necessidades dos cidadãos eram cada vez maiores.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

A maior autonomia de gestão que estas unidades permitiram, contribuiu para os excelentes resultados para os utentes e para o Estado. Deu abertura à gestão, dotando o atendimento em meio hospitalar de mais eficiência e de uma melhor gestão dos seus recursos.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

A limitação do poder direto da tutela junto às decisões de gestão; os gestores passaram a ser responsabilizados pelos seus atos; a publicação de contas; o investimento na formação e a satisfação do utente.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); c); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Os ganhos com os centros hospitalares surgiram pela maior centralização de serviços numa mesma gestão. Ou seja, isto permite uma maior capacidade negocial, uma mobilização de profissionais e um maior acesso.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim. Não está em causa qualquer má prestação.



## ENTREVISTA E89

Data da entrevista: 03/04/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

As unidades SPA limitavam a ação dos profissionais por limitações de materiais e outros meios decididos a nível central.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

Foi uma tendência caracterizada pela implementação de métodos empresariais para a gestão de unidades públicas de saúde, com melhorias a todos os níveis, desde o atendimento à satisfação dos profissionais e gestores.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

A contratualização dos serviços oferecidos, o pagamento por prestação realizada, a menor restrição aos atos de gestão, a inovação do modo de gerir, a otimização de recursos, a prestação de contas e respetiva publicação (relatórios), a maior experiência dos médicos, enfermeiros e auxiliares, o maior profissionalismo do pessoal administrativo, a existência de mais e melhor formação em serviço e a promoção da qualidade e satisfação.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
- a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); c); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

A grande vantagem foi a capacidade negocial para a realização de compras.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Sim. Não há desvantagens a apontar.

## ENTREVISTA E90

Data da entrevista: 03/04/2015

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contato inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com as reformas na gestão hospitalar registadas em Portugal, entre os anos 2002 e 2013.

Apurados previamente os níveis de eficiência das unidades hospitalares através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se agora avaliar através da realização de entrevistas, os efeitos que estiveram na base dos diferenciais registados. Face ao exposto, os objetivos da realização desta entrevistas centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de entre unidades com diferentes estatutos jurídicos;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de unidade com o mesmo modelo de organização;
- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de produtividade com a criação dos centros hospitalares;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais por imposição do memorando de entendimento.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Como caracteriza o modelo de gestão dos hospitais integrados no Setor Público Administrativo (SPA)?

Os maus resultados visíveis nas unidades SPA eram associados por vezes a más práticas de gestão nas unidades. O crescimento das despesas era global e não específico de uma ou outra unidade. Perante isto, e não querendo de alguma forma afirmar que há boa/má gestão ou bons ou maus gestores, existiam unidades com resultados diferentes de outras.

2. Como caracteriza o modelo de gestão empresarial implementado nas unidades hospitalares.

A gestão empresarial proporcionou uma gestão mais transparente para a organização das unidades, o que permitiu a obtenção de melhores resultados. Esta transformação gerou um modelo menos despesista e mais claro sob o ponto de vista da demonstração responsável de contas. À partida, para classificar as ações de gestão têm indicadores cuja administração de cada unidade não pode controlar, como é o caso do movimento assistencial, que deve ser tido em conta. Com a implementação deste novo modelo, passou a ser obrigatória a publicação de vários documentos anualmente a partilha dessa informação, de forma integral, com os órgãos centrais do MS e com o público em geral, através dos sites dos hospitais.

3. A empresarialização trouxe como novidades a contratualização dos serviços, uma maior responsabilização da gestão, a promoção de incentivos para os profissionais, entre outras. Na sua opinião, refira quais os aspetos que poderão estar na base do diferencial de eficiência entre as unidades hospitalares SPA e S.A./E.P.E..

A contratualização dos serviços a disponibilizar às pessoas, o financiamento fundado na atividade, a menor restrição à ação de gestão mas com responsabilização dos elementos de gestão pelas suas práticas, a prestação de contas através da elaboração de relatórios de gestão de forma a permitir uma clara demonstração de resultados.

4. Apesar de partilharem um mesmo regime jurídico, observou-se que entre as unidades empresarializadas existem diferenciais de eficiência ao longo dos anos. Na sua opinião, este diferencial poder-se-á justificar com:
  - a) A existência de diferentes modelos de custeio;
  - b) A existência de elevadas dívidas aos fornecedores de serviços externos;
  - c) A prevalência de um maior número de doentes crónicos;
  - d) A necessidade de obter maiores ganhos financeiros. Sendo para isso, as unidades tentadas a admitir doentes com necessidades de tratamentos menores (*creaming*), evitando o tratamento de pacientes mais gravemente doentes ou com doenças específicas, encaminhando-os para outras unidades (*dumping*).
  - e) A possibilidade de admitir a existência de práticas que possam colocar em risco a qualidade assistencial, promovendo uma subprestação a doentes que exigem mais custos (*skimping*).
  - f) Outras opções.

Opções: b); c); d); e).

5. No seu entendimento, a concentração de unidades de saúde gerou melhores resultados ao nível da produtividade? Se sim, de que forma? Se não, indique os principais motivos que o levam a esta conclusão.

Em termos económicos ou financeiros, não sei responder. A nível da motivação dos meios humanos, esta foi uma má prática.

6. A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?

Os resultados poderão ter sido economicamente melhores, a austeridade assim obrigou com o subfinanciamento. Mas reparo numa prestação aquém do esperado, uma perda de qualidade com maior tempo de espera e algum exagero com a poupança que levou à aquisição de equipamentos de baixa qualidade, gerando desmotivação nos profissionais.

## ANEXO IX

### CATEGORIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS (ANÁLISE DE CONTEÚDO)



ANEXO IX – CATEGORIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo	Unidades de Contexto
1- Percepção sobre os diferentes modelos de gestão hospitalar pública	Modelo de gestão do Setor Público Administrativo	Ineficiência de gestão	"eficácia/eficiências nulas" (E3, p.1); "modelo era ineficiente" (E4, p.1); "ineficiência na gestão" (E5, p.1); "ausência de gestão, enquanto forma de gerir e promover a eficiência" (E6, p.1); "gestão ineficiente" (E7, p.1); "ineficiências de gestão" (E11, p.1); "considerei o modelo do SPA como ineficiente" (E12, p.1); "claramente ineficiente" (E15, p.1); "modelo fraco e pouco ou nada ajustável à orgânica interna" (E18, p.1); "ineficiente e incompetente" (E20, p.1); "ineficientes em termos de resultados" (E21, p.1); "falta de flexibilidade (...) para promover uma gestão eficiente" (E28, p.1); "ineficientes" (E30, p.1); "incompetente" (E31, p.1); "ineficiência deste modelo" (E34, p.1); "pesada e ineficiente" (E39, p.1); "instituições (...) despesistas" (E40, p.1); gerou ineficiência" (E42, p.1); "unidades ineficientes e ineficazes" (E46, p.1); "ineficiente e pouco eficaz" (E48, p.1); "conjunto de ineficiências" (E52, p.1); "fraca gestão" (E68, p.1); "ineficiência" (E68, p.1); "gestão muito pouco eficiente" (E69, p.1); "fraca capacidade de gestão" (E71, p.1); "ineficiências na gestão" (E71, p.1); "ineficiente" (E74, p.1); "ineficiente e sem objectivos" (E74, p.1); "má gestão" (E75, p.1; E80, p.1); "modelo ineficiente" (E76, p.1); "poderiam torná-lo mais eficiente" (E76, p.1); "gestão ineficaz" (E86, p.1); "falta de transparência na gestão" (E87, p.1); "más práticas de gestão" (E90, p.1);
		Aumento de custos	"altos custos de manutenção e de gestão" (E8, p.1); "controlo de custos das unidades baseado no histórico" (E10, p.1); "crescimento da despesa" (E20, p.1); "aumento avultado dos custos" (E21, p.1); "aumento de custos" (E25, p.1); "aumento da despesa dos hospitais" (E27, p.1); "hospitais SPA eram despesistas" (E29, p.1); "muito despesistas" (E30, p.1); "aumento de custos gradual" (E31, p.1); "graves aumentos nos custos" (E32, p.1); "aumento da despesa hospitalar" (E34, p.1); "peso no orçamento de estado" (E34, p.1); "maus resultados económicos" (E36, p.1); "despesista" (E38, p.1); "aumento na despesa" (E39, p.1); "instituições (...) incapazes e ineficientes" (E40, p.1); "aumento da despesa em saúde" (E44, p.1); "financiamento efetuado com base no histórico" (E50, p.1); "custos crescentes" (E51, p.1); "despesas e mais despesas associada a uma baixa produção" (E54, p.1); "aumento de custos que gerou" (E55, p.1); "financiamento histórico" (E57, p.1); "aumento dos custos" (E59, p.1); "descalabro nas contas das unidades" (E66, p.1); "descalabro" (E67, p.1); "gestão despesista" (E69, p.1); "unidades despesistas" (E70, p.1); "financiamento baseado no ano anterior, o que não acautelava a poupança" (E74, p.1); "poderiam torná-lo (...) menos despesista" (E76, p.1); "aumento de custos" (E80, p.1); "gerou uma falência do sistema" (E81, p.1); "avultados gastos" (E81, p.1); "despesista" (E85, p.1); "aumento de custos indissociável" (E86, p.1); "aumento de custos na prestação" (E87, p.1); "despesa aumentou" (E88, p.1); "crescimento das despesas era global e não específico de uma ou outra unidade" (E90, p.1);
		Falta de recursos	"recursos insuficientes" (E1, p.1); "uma baixa disponibilidade de recursos" (E31, p.1); "roptura para o SNS (...) a nível técnico pela falta de recursos" (E37, p.1); "ineficiências (...) na gestão de recursos" (E52, p.1); "ausência de meios" (E59, p.1); "ausência de verbas" (E59, p.1); "equipamentos que não acompanharam o desenvolvimento" (E59, p.1); "limitação dos recursos" (E66, p.1); "mais riscos para os utentes que se prendiam com a (...) falta de equipamentos" (E69, p.1); "limitação dos recursos" (E73, p.1); "limitações de materiais e outros meios" (E89, p.1).
		Risco de garantia de acesso e cobertura	"incapacidade de resposta das instituições" (E1, p.1); "incapacidade de cobrir as necessidades em saúde" (E2, p.1); "risco de quebrar a equidade no acesso" (E2, p.1); "incapacidade de cobrir as necessidades dos utentes" (E7, p.1); "falta de (...) capacidade de resposta dos hospitais" (E12, p.1); "fraca disponibilidade" (E13, p.1); "oferta desajustada" (E14, p.1); "não houve uma preocupação em servir o cidadão em todas as suas necessidades" (E19, p.1); "redução da capacidade de atendimento" (E20, p.1); "recursos insuficientes perante as necessidades dos cidadãos" (E22, p.1); "fálvel e incapaz de acompanhar o desenvolvimento da sociedade" (E23, p.1); "hospital (...) impotente perante as novas e crescentes necessidades dos doentes" (E26, p.1); "punham em causa a limitação do acesso" (E31, p.1); "colocaram em risco o atendimento e a capacidade de resposta" (E32, p.1); "falta de recursos para poder assistir os utentes" (E35, p.1); "aumento das necessidades da população foi maior que os recursos o que conduziu a uma rotura" (E42, p.1); "despesas dos hospitais SPA não cobriam as necessidades" (E46, p.1); "não haver recursos suficientes para fazer face as

1- Percepção sobre os diferentes modelos de gestão hospitalar pública	Modelo de gestão do Setor Público Administrativo		necessidades" (E51, p.1); "ineficiências (...) na equidade" (E52, p.1); "esquecido (...) o direito à saúde" (E56, p.1); "dificuldades na manutenção do acesso" (E62, p.1); "desajustamento da oferta de cuidados" (E64, p.1); "risco de não ser garantida a equidade e universalidade no acesso aos utilizadores" (E72, p.1); "fraca capacidade de resposta às necessidades" (E73, p.1); "limitação na cobertura por falta de recursos" (E81, p.1);
		Défi ce de qualidade	"fraca qualidade" (E3, p.1); "ineficiência (...) na qualidade" (E5, p.1); "falta de preocupação com a qualidade" (E12, p.1); "baixa qualidade" (E13, p.1); "a qualidade dos cuidados era baixa" (E14, p.1); "falhas na qualidade" (E15, p.1); "pouca preocupação com a qualidade dos serviços" (E21, p.1); "com baixa preocupação com a qualidade" (E30, p.1); "falta de controlo de qualidade" (E41, p.1); "ineficiências (...) na qualidade" (E52, p.1); "esquecida a qualidade" (E56, p.1); "dificuldades na manutenção na qualidade" (E62, p.1); "reduzida qualidade e responsabilidade social" (E64, p.1); "mais riscos para os utentes que se prendiam com a qualidade" (E69, p.1); "falta de controlo de qualidade" (E73, p.1); "prestação de cuidados ficou marcada por uma menor qualidade" (E77, p.1);
		Baixa produtividade	"produtividade reduzida" (E14, p.1); "baixa produção do movimento assistencial" (E16, p.1); "fraca disponibilidade para produzir" (E17, p.1); "hospitais (...) pouco produtivos" (E29, p.1); "uma baixa produtividade" (E36, p.1); "nada produtivo" (E38, p.1); "baixa produtividade" (E41, p.1); "défi ce de capacidade de trabalho" (E45, p.1); "pouca produtividade" (E48, p.1); "gerou ineficiências na prestação" (E66, p.1); "maus resultados na assistência aos utentes" (E68, p.1);
		Estrutura orgânica centralizada	"hierarquia centralizada" (E1, p.1); "muito autoritário" (E2, p.1); "modelo era (...) centralizador" (E4, p.1); "estrutura orgânica centralizada" (E5, p.1); "controlo central" (E6, p.1); "unidades dependiam do controlo central para tudo" (E8, p.1); "controlo central das ações" (E10, p.1); "forte estrutura organizacional" (E13, p.1); "forte submissão ao poder central" (E19, p.1); "limitar a ação da administração" (E26, p.1); "falta de flexibilidade e de estímulo ao CA" (E28, p.1); "cadeia de comando funcional e coordenada" (E28, p.1); "poder da gestão na organização era vasto e forte" (E31, p.1); "falta de autonomia" (E37, p.1); "pesada e ineficiente dependência do poder central" (E39, p.1); "poder de gestão dos administradores é limitado e fraco" (E40, p.1); "controlo central por parte da tutela" (E43, p.1); "orgânica dos hospitais era forte e consistente" (E43, p.1); "falta de agilização da gestão das unidades" (E44, p.1); "défi ce de autonomia" (E45, p.1); "estrutura de organização muito centralizada" (E47, p.1); "limitados pela dependência do poder central" (E48, p.1); "Estado dispunha de uma participação como principal prestador" (E50, p.1); "poder central" (E56, p.1); "supremacia do poder central" (E61, p.1); "fraca atribuição de responsabilidade à administração" (E61, p.1); "forte controlo pelas entidades centrais do Ministério da Saúde" (E68, p.1); "sem publicação de resultados" (E70, p.1); "não atribuir um maior poder de decisão aos gestores" (E76, p.1); "incapacidade de lidar com a questão sensível da saúde devido a uma forte normatização e opressão tutelar" (E78, p.1); "excesso de controlo" (E79, p.1); "dependia da administração central" (E80, p.1); "flexibilidade não era o forte desta gestão" (E82, p.1); "poder centralizado" (E83, p.1); "falta de autonomia da gestão" (E84, p.1); "condicionador da evolução da gestão hospitalar" (E85, p.1); "decidida a nível central" (E89, p.1);
		Forte hierarquia/ regulamentação	"forte regulamentação" (E1, p.1); "estabelecimento de regras" (E2, p.1); "forte estrutura organizacional" (E3;E29, p.1); "modelo era (...) regulamentado" (E4, p.1); "carater normativo" (E6, p.1); "regras duras e pouco maleáveis" (E7, p.1); "relações do tipo superior-subordinado" (E9, p.1); "mantida (...) a hierarquia" (E11, p.1) "mantido (...) a autoridade formal" (E11, p.1); "hierarquia dos gestores e responsáveis intermédios" (E13, p.1); "rigor normativo dos profissionais" (E14, p.1); "forte regulamentação" (E16, p.1); "grande regulamentação em torno dos funcionários" (E17, p.1); "pesada linha normativa" (E18, p.1); "forte regulamentação" (E18, p.1); "promovendo as relações profissionais" (E23, p.1); "estratificação dos departamentos e dos funcionários" (E24, p.1); "funcionários obedeciam a um conjunto de regras" (E24, p.1); "forte regulamentação associada à conduta e comportamento dos profissionais" (E33, p.1); "regras de gestão e controlo" (E41, p.1); "controlador, opressor e manipulador dos profissionais" (E49, p.1); "relações impessoais entre os funcionários" (E51, p.1); "ação, controlo e comando" (E60, p.1); "autoridade interna" (E61, p.1); "má prática de gestão pouco flexível e muito rígida" (E62,



			p.1); "normas, hierarquia, respeito e cumprimento do dever" (E63, p.1); "base controladora e hierarquizada" (E65, p.1).
1- Percepção sobre os diferentes modelos de gestão hospitalar pública	Modelo de gestão empresarial (S.A./E.P.E.)	Gestão eficiente de recursos	"otimização de recursos" (E2, p.1); maximização dos recursos (E8, p.1); "unidades mais produtivas, eficientes" (E9, p.1); "gestão responsável" (E10, p.1); "maior disponibilidade de recursos" (E18, p.1); "prestação de cuidados, sem esgotar os recursos" (E19, p.1); "luta contra os desperdícios" (E22, p.1); "gestão rigorosa" (E22, p.1); "luta contra os desperdícios" (E22, p.1); "promover uma otimização de meios" (E25, p.1); "otimização de (...) recursos públicos" (E25, p.1); maior alocação de recursos (E26, p.1); "evitando desperdícios" (E27, p.1); "promovendo a adequada utilização de meios" (E27, p.1); "gestão eficiente de recursos" (E31, p.1); "melhor gestão dos recursos" (E32, p.1); "gestão responsável em gerir desperdícios" (E35, p.1); "nova perspectiva (...) perante as limitações de recursos (...) do modelo anterior" (E44, p.1); "combater desperdícios" (E45, p.1); "adequada gestão dos recursos" (E46, p.1); "adequada gestão dos (...) meios" (E46, p.1); "poupar recursos antes inutilizados" (E54, p.1); "gestão adequada de recursos" (E56, p.1); "veio clarificar os custos com os procedimentos em cada linha de atividade" (E58, p.1); "melhor gestão de recursos que se encontravam em esgotamento" (E58, p.1); "utilizar melhor os (...) recursos até aqui desperdiçados" (E62, p.1); "utilizar melhor os meios" (E62, p.1); "combate aos desperdícios" (E72, p.1); "maior alocação de recursos" (E78, p.1); "maximização dos recursos" (E84, p.1); "estímulo à gestão eficiente de recursos" (E85, p.1); "melhor gestão dos seus recursos" (E88, p.1).
		Procura da eficiência e eficácia	"resultados eficientes" (E3, p.1); "gestão mais eficiente" (E6, p.1); "máxima eficiência" (E8, p.1); "Unidades mais eficientes" (E9, p.1); "premiados os (...) níveis de eficiência" (E16, p.1); "maior eficiência" (E18, p.1); "modelo inovador, integral, capaz e potencialmente produtor de (...) eficiência" (E20, p.1); "excelência de gestão" (E24, p.1); "modelo inovador e claramente eficiente" (E28, p.1); "atividade hospitalar mais eficiente" (E36, p.1); "unidades empresa como promotoras de eficiência e eficácia" (E42, p.1); "gestão mais eficiente" (E44, p.1); "garantir a eficiente prestação" (E46, p.1); "maior eficiência" (E50, p.1); "excelentes resultados de eficiência e eficácia" (E52, p.1); "gestão eficiente" (E62, p.1); "luta contra a ineficiência" (E70, p.1); "modelo inovador e eficiente" (E76, p.1); "modelo produtor: de eficiência, eficácia" (E77, p.1); "mais eficiência" (E88, p.1).
		Redução de custos	"ganhos financeiros" (E5, p.1); "redução da despesa" (E12, p.1); "promover uma otimização de recursos públicos" (E25, p.1); "redução de custos" (E27, p.1); "contraria o sentido despesista" (E29, p.1); "redução dos custos" (E30, p.1); "redução de custos" (E31, p.1); "bons resultados económico-financeiro" (E33, p.1); "gerou ganhos financeiros" (E34, p.1); "melhores resultados para as finanças" (E38, p.1); "aspecto positivo para as finanças" (E49, p.1); "redução de custos" (E51, p.1); "bons resultados financeiros" (E57, p.1); "contenção de custos" (E58, p.1); "mecanismos de controlo de custos" (E66, p.1); "maior controlo de encargos" (E68, p.1); "melhores resultados económicos" (E69, p.1); "controlo de custos" (E74, p.1); "contração da despesa" (E76, p.1); "redução de custos" (E82, p.1); "maior controlo sobre os custos" (E86, p.1); "custos são mais controlados" (E87, p.1); "modelo menos despesista" (E90, p.1).
		Produtividade	"ganhos em termos da produtividade" (E1, p.1); "unidades mais produtivas" (E9, p.1); "premiados os (...) níveis de produtividade" (E16, p.1); "modelo inovador, integral, capaz e potencialmente produtor de produtividade" (E20, p.1); "bons resultados assistenciais" (E33, p.1); "maior produtividade para os hospitais em relação ao SPA" (E36, p.1); "mecanismos de (...) produção eficientes" (E66, p.1); "resultados mais positivos" (E67, p.1); "incentivo à produção" (E72, p.1); "promoção de uma maior atividade assistencial" (E82, p.1); "permitiu a obtenção de melhores resultados" (E90, p.1);
		Nova cultura organizacional	"nova cultura organizacional centrada nos cidadãos" (E5, p.1); "participação do cidadão como elemento central" (E8, p.1); "uma nova cultura" (E11, p.1); "cidadão no centro de atenção" (E15, p.1); "aproximação à cultura empresarial" (E16, p.1); "nova cultura" (E30, p.1); "nova cultura organizacional" (E31, p.1); "percepção do cidadão como o principal alvo dos trabalhos" (E43, p.1); "nova cultura nos hospitais" (E51, p.1); "cultura organizacional remodelada" (E60, p.1); "transformação na cultura organizacional" (E74, p.1); "nova cultura dos hospitais" (E84, p.1).
			"substituição do poder centralizador" (E4, p.1); "menor intervenção do Estado"

1- Percepção sobre os diferentes modelos de gestão hospitalar pública	Modelo de gestão empresarial (S.A./E.P.E.)	Desintervenção do Estado	(E4, p.1); "função de regulador em vez de prestador direto" (E9, p.1); "descentralização" (E10, p.1); "menor participação do Estado" (E21, p.1); "menor intervenção do Estado" (E30, p.1); "decisão cabe aos gestores e não aos departamentos centrais da saúde" (E37, p.1); "Estado menos participativo" (E41, p.1); "menor intervenção pública do Estado" (E48, p.1); "diminuindo a intervenção direta (do Estado)" (E50, p.1); "corte na relação direta com o Estado" (E55, p.1); "separação poder político e o administrativo" (E59, p.1); "desintervenção do Estado" (E60, p.1); "Estado menos intervencionista proporcionou uma libertação da gestão" (E60, p.1); "corte umbilical com o Estado" (E65, p.1); "menor intervenção do Estado" (E67, p.1); "menor regulamentação das unidades em termos da sua dependência central" (E68, p.1); "menor intervenção do Estado" (E73, p.1); "desintervenção do papel do Estado" (E80, p.1); "menor intervenção do Estado" (E81, p.1); "menos intervenção do Estado" (E85, p.1).
		Maior autonomia de gestão	"nova diretiva para a gestão hospitalar" (E2, p.1); "maior autonomia de gestão para os administradores" (E4, p.1); "nova dinâmica que promoveu uma gestão mais eficiente" (E6, p.1); "autonomia relativamente ao Estado" (E9, p.1); "autonomia de gestão" (E11, p.1); "reforçar o poder de decisão do CA" (E11, p.1); "agilizou a participação dos gestores no processo decisivo através da melhor autonomia e poder decisório" (E14, p.1); "com a gestão (...) maior autonomia" (E17, p.1); "liberdade aos gestores" (E21, p.1); "excelência de gestão" (E24, p.1); "uma gestão personalizada" (E28, p.1); "maior flexibilidade de instrumentos" (E28, p.1); "maior autonomia de gestão" (E28, p.1); "autonomia atribuída aos gestores" (E32, p.1); "gestão mais autónoma" (E34, p.1); "decisão cabe aos gestores e não aos departamentos centrais da saúde" (E37, p.1); "aumentou a capacidade de gestão aos gestores como se faz na iniciativa privada" (E40, p.1); "maior autonomia de gestão" (E45, p.1); "potenciação da autonomia dos CA" (E47, p.1); "corte na relação direta com o Estado" (E55, p.1); "Estado menos intervencionista proporcionou uma libertação da gestão" (E60, p.1); "maior autonomia de gestão" (E61, p.1); "incremento de autonomia para os gestores" (E62, p.1); "maior flexibilidade" (E62, p.1); "uma maior liberdade de decisão da gestão" (E64, p.1); "uma maior liberdade e criatividade para prestar o devido serviço público" (E65, p.1); "gestão mais autónoma" (E67, p.1); "maior autonomia de gestão" (E72, p.1); "maior autonomia nas ações de decisão" (E76, p.1); "modelo produtor: de (...) autonomia" (E77, p.1); "maior autonomia de decisão" (E79, p.1); "flexibilidade e os novos instrumentos de gestão" (E81, p.1); "uma maior autonomia para os gestores" (E84, p.1); "incrementador de uma maior autonomia de gestão" (E86, p.1); "maior autonomia de gestão" (E88, p.1); "gestão mais transparentes" (E90, p.1);
		Novo modelo de financiamento	"nova formas de financiamento" (E2, p.1); "novo tipo de financiamento baseado na prospeção dos cuidados a realizar" (E10, p.1); "novo modo de financiamento" (E19, p.1); "novas regras de financiamento" (E25, p.1); "financiamento passou de uma base histórica para uma base prospetiva" (E41, p.1); "novo sistema de financiamento" (E43, p.1); "financiamento passou a ser realizado de acordo com a produção realizada" (E50, p.1); "novo modelo de financiamento mais justo e equilibrado" (E54, p.1); "nova forma de financiamento" (E71, p.1); "novas formas de financiamento" (E74, p.1);
		Relação contratual com SNS	"contratualização e pagamento dos serviço" (E3, p.1); "relação de contratualização dos serviços" (E4, p.1); "prestação passou a ser realizada mediante um contrato" (E10, p.1); "contratualização da prestação por GDH" (E19, p.1); "novas regras de (...) contratualização" (E25, p.1); "novas formas de organização e contratualização" (E26, p.1); "quadro contratual com o Estado" (E33, p.1); "introdução do contrato-programa" (E39, p.1); "contratação de serviços com SNS" (E41, p.1); "relação contratual com o Estado" (E44, p.1); "implementação de um sistema contratual com o Estado" (E50, p.1); "contratualização e implementação de grupos de diagnóstico homogéneo" (E58, p.1); "forma de relação com o Estado (contratualização)" (E68, p.1); "processo contratual entre SNS e as unidades" (E71, p.1); "contratualização de serviços" (E74, p.1); "cada tarefa desempenhada distribuída em GDH" (E87, p.1).
		Responsabilização da gestão	"maior responsabilidade aos seus gestores" (E6, p.1); "política de responsabilização" (E7, p.1); "gestão responsável" (E90, p.1); "com a gestão (...) maior (...) responsabilização" (E17, p.1); "responsabilidade atribuída aos gestores gerou melhores ações" (E23, p.1); "responsabilização na prestação de contas" (E24, p.1); "responsável" (E45, p.1); "transparência nos resultados" (E70, p.1); "responsabilização pelos actos de gestão" (E79, p.1); "maior cuidado e precaução pelas atitudes tomadas, pois poderiam haver consequências pelas

1- Percepção sobre os diferentes modelos de gestão hospitalar pública	Modelo de gestão empresarial (S.A./E.P.E.)		práticas de má gestão" (E79, p.1); "modelo mais claro sob o ponto de vista da demonstração responsável de contas" (E90, p.1); "obrigatória a publicação de vários documentos" (E90, p.1);
		Melhoria na qualidade	"preocupação pela qualidade dos cuidados" (E6, p.1); "centrada na qualidade" (E8, p.1); "ganhos em saúde para quem necessita de recorrer aos cuidados hospitalares" (E8, p.1); "preocupação com a qualidade" (E15, p.1); "maior abertura a receber e tratar os cidadãos com respeito, dignidade e qualidade" (E16, p.1); "capacidade de resposta alargada e qualidade acrescida" (E17, p.1); "prestação de cuidados (...) com qualidade devida" (E19, p.1); "promove acima de tudo a qualidade do atendimento" (E20, p.1); "foco de qualidade" (E22, p.1); "mantendo a qualidade dos serviços" (E30, p.1); "gerou ganhos (...) de qualidade" (E34, p.1); "preocupação com a qualidade" (E35, p.1); "melhores resultados para os utilizadores" (E38, p.1); "preocupação com a qualidade dos cuidados prestados" (E47, P.1); "forte qualidade na prestação" (E49, p.1); "maior (...) qualidade" (E50, p.1); "qualidade dos cuidados" (E57, p.1); "política de qualidade" (E61, p.1); "preocupação com a qualidade e o bem-estar dos utentes" (E66, p.1); "melhores resultados (...) de qualidade para os utilizadores" (E69, p.1); "reforço da qualidade" (E71, p.1); "maior preocupação com a qualidade" (E73, p.1); "implementação de sistema de qualidade" (E75, p.1); "modelo produtor: de (...) qualidade" (E77, p.1); "melhor qualidade para os utentes" (E81, p.1); "qualidade na assistência" (E84, p.1); "incentivos às boas práticas" (E86, p.1); "contribuiu para os excelentes resultados para os utentes" (E88, p.1);
		Melhoria no acesso	"movimento assistencial aumentou" (E1, p.1); "continuidade dos cuidados" (E2, p.1); "boa capacidade de cobertura da população" (E3, p.1); "reforçar a capacidade de resposta das unidades" (E7, p.1); "contemplação das necessidades dos utentes" (E12, p.1); "desenvolvimento tecnológico e científico" (E12, p.1); "maior oferta de serviços para o utente" (E13, p.1); "melhorando a acessibilidade" (E13, p.1); "primazia pelo acesso" (E15, p.1); "maior disponibilidade" (E18, p.1); "promove (...) a equidade" (E20, p.1); "maior capacidade de resposta as necessidades manifestada" (E26, p.1); "gerou ganhos (...) na capacidade assistencial" (E34, p.1); "assegurar a equidade no acesso" (E35, p.1); "melhor acesso aos cuidados" (E49, p.1); "responde claramente às necessidades dos utentes" (E56, p.1); "maior liberdade no acesso" (E64, p.1); "maior capacidade de resposta" (E76, p.1); "uma maior disponibilidade de serviços" (E78, p.1); "maior cobertura aos cidadãos" (E82, p.1); "melhorar a equidade no acesso" (E83, p.1);
		Satisfação dos profissionais	"promoção da satisfação dos profissionais" (E2, p.1); "maior grau de satisfação dos gestores, utentes e profissionais" (E18, p.1); "maior satisfação" (E32, p.1); "uma maior liberdade (...) da atuação dos profissionais" (E64, p.1); "melhorias a todos os níveis, desde o atendimento à satisfação, profissionais e gestores" (E89, p.1);
		Fraco poder hierárquico	"dever-se-iam ter mantido alguns aspetos como a relação hierárquica" (E41, p.1);
		Fraca regulamentação	"dever-se-iam ter mantido alguns aspetos como uma regulamentação mais forte" (E41, p.1)
		Descentralização do poder	"falta algum controlo a nível central para evitar os deslizes" (E39, p.1); "perda de poder interno" (E51, p.1)
		Falta de incentivos aos profissionais	"ficaram de fora os profissionais que viram os incentivos prometidos ficarem esquecidos" (E17, p.1); "pecou por não implementar os prometidos incentivos aos profissionais" (E24, p.1); "incentivos aos profissionais, medida que não passou do papel" (E32, p.1); "ficou a quem das expectativas o incentivo aos funcionários" (E52, p.1).

<p>1- Percepção sobre os diferentes modelos de gestão hospitalar pública</p>	<p>Diferencial de eficiência entre os modelos</p>	<p>Contratualização</p>	<p>"contratualização por linha de atividade" (E3, p.1); "contratualização dos serviços e atividades" (E8, p.1); "contratualização mediante a definição de GDH" (E5, p.1); "contratualização com o SNS" (E14, p.1); "o estabelecimento de um contrato" (E16, p.1); "contratualização da prestação por diagnóstico" (E19, p.1); "aplicação de contrato programa para as patologias mais frequentes" (E19, p.1); "modelo inovador de contratos para os serviços" (E24, p.1); "custos definidos pela contratualização" (E25, p.1); "Contratualização da atividade programada" (E29, p.1); "contratualização dos serviços realizados" (E30, p.2); "contratualização com a ACSS" (E31, p.1); "implementação de processos contratuais" (E33, p.1); "implementação de uma contratualização para a produção" (E34, p.1); "contratos fechados entre o hospital e a ACSS" (E35, p.2); "Estabelecimento de contratos programa" (E36, p.1); "a contratualização por linha de produção" (E39, p.2); "a contratualização da produção" (E41, p.1); "prestação efetivada por meio de um contrato" (E43, p.1); "definição de contratos para a programação da atividade a prestar" (E44, p.1); "a contratualização das funções a desempenhar" (E45, p.1); "contratualização dos serviços em cada linha de atividade" (E48, p.1); "Introdução de o programa de contratualização dos serviços" (E49, p.2); "maior rigor na despesa mediante contratos" (E49, p.1); "intervenções por contratos" (E50, p.2); "contratualização dos cuidados a prestar" (E52, p.1); "Contratualização dos serviços" (E51, p.1); "definição de preços de acordo com um contrato" (E54, p.1); "a contratualização dos serviços" (E55; E57, p.1); "contratualização da atividade por Grupo de diagnóstico" (E58, p.1); "definição de contratos programa" (E58, p.1); "contratualização da atividade" (E60, p.1); "a contratualização da atividade" (E69, p.1); "modelo de contratualização da prestação por caso clínico" (E62, p.1); Contratualização (E64, p.1); "contratos programa com o SNS" (E65, p.1); "maior controlo da produção através da contratualização" (E65, p.1); "contratualização da prestação por GDH (E68, p.1); "controlo de custos baseada em contratos-programa" (E68, p.1); "maior controlo da prestação contratualizada" (E72, p.1); "prestação contratualizada com a ACSS" (E74, p.1); "contratualização dos serviços por diagnóstico" (E78, p.1); "preparação contratual da prestação a realizar" (E78, p.1); "definição de contratos para as atividades previstas" (E76, p.1); "contrato programa para maioria da intervenção médica/cirúrgica" (E80, p.1); "promoção de medidas de controlo da atividade e custos através da contratualização" (E80, p.1); "implementação de GDH na contratualização" (E83, p.1); "a contratualização de uma forma geral" (E81, p.1); "a contratualização efetiva da produção" (E82, p.1); "a definição de termos contratuais para a prestação" (E84, p.1); "previsão dos serviços mediante contratos-programa" (E85, p.1); "a produção contratualizada" (E86, p.1); "contratualização da atividade realizada" (E87, p.1); "contratualização dos serviços oferecidos" (E89, p.1); "contratualização dos serviços a disponibilizar" (E90, p.2);</p>
		<p>Modelo de financiamento</p>	<p>"financiamento anexo à produção" (E1, p.1); "financiamento com base na produção" (E4; E7, p.1); "financiamento prospetivo" (E2, p.1); "financiamento em função da produção" (E10, p.1); "novo modelo de financiamento: o prospetivo" (E9, p.1); "financiamento pelos serviços prestados" (E6; p.1); "financiamento em função da atividade" (E3, p.1); "pagamento em função da prestação" (E8, p.1); "substituição do financiamento histórico pelo financiamento real" (E8, p.1); "pagamento deixa de ser histórico e transita para um modelo baseado na produção" (E5, p.1); "fim do pagamento histórico e transição par um financiamento prospetivo" (E14, p.1); "financiamento prospetivo" (E16; E42; E43; E51; E71; E76; E80, p.1); "mudança de um sistema retrospectivo para um prospetivo" (E19, p.1); "pagamento por caso clínico" (E24, p.1); "Financiamento baseado na produção" (E25, p.1); "financiamento em função da atividade" (E26, p.1); "pagamento prospetivo" (E28; E33; E48; E60; E62, p.1); "pagamento/financiamento em função da prestação" (E29, p.1); "fim do financiamento retrospectivo - substituído pelo pagamento prospetivo" (E30, p.2); "modelo prospetivo de financiamento" (E34, p.1); "financiamento em função da produção" (E36, p.1); "transição de um modelo de financiamento pré-histórico para um modelo inovador" (E38, p.1); "fim do orçamento retrospectivo" (E39, p.2); "introdução do pagamento em função da prestação" (E39, p.1); "financiamento com base na produção" (E42, p.1); "financiamento movido pela atividade realizada" (E44, p.2); "modelo prospetivo de financiamento" (E45, p.1); "financiamento através da prestação efetiva" (E48, p.1); "Nova forma de financiamento: modelo prospetivo" (E49, p.2); "financiamento (...) mediante a produção efetiva" (E50, p.2); "financiamento pelas intervenções" (E52, p.1); "corte com a despesa histórica" (E54, p.1); "financiamento em função da atividade" (E54, p.1); "abolição do orçamento baseado no histórico" (E55, p.1); "pagamento através do controlo de atividade" (E55, p.1); "financiamento em função da produção" (E57, p.1); "pagamento em função da prestação" (E58, p.2); "corte com a despesa histórica" (E58, p.1); "alteração do modelo de financiamento" (E69, p.1); "base de financiamento prospetivo" (E65, p.1); "fim do modelo de financiamento da SPA" (E68, p.1); "aplicação do pagamento</p>

1- Percepção sobre os diferentes modelos de gestão hospitalar pública	Diferencial de eficiência entre os modelos		prospetivo" (E68, p.2); "Financiamento em função da atividade" (E72, p.1); "implementação de um novo sistema de financiamento da produção" (E74, p.1); "um pagamento fiel à produção" (E78, p.1); "financiamento/atividade" (E83, p.1) "financiamento atribuído pelos cuidados prestados" (E84, p.1); "pagamento em função da prestação" (E85, p.1); "novo modelo de pagamento" (E86, p.1); "corte com o modelo de financiamento anterior" (E86, p.1); "pagamento por prestação realizada" (E89, p.1); "financiamento fundado na atividade realizada" (E90, p.2).
		Responsabilização da gestão	"responsabilização da gestão" (E1, p.1); "mais responsabilidade para os órgãos efetivos de gestão" (E3, p.1); "responsabilização da gestão" (E4, p.1); "mais responsabilidade para os gestores para os atos realizados" (E5, p.1); "ações de gestão sujeitas a sanções" (E6, p.1); "atos de gestão sujeitos a ação disciplinar" (E7, p.1); "responsabilização pelos actos" (E10, p.1); "maior sentido de responsabilidade para os gestores" (E11, p.1); "compromisso de gerir perante ações de penalização por más práticas" (E14, p.2); "responsabilização da administração" (E16, p.1); "dever de gerir com integridade" (E18, p.1); "gestores passaram a ser responsáveis pelas suas decisões" (E20, p.1); "imputação de responsabilidades atribuídas aos gestores" (E21, p.2); "maior responsabilização da direção" (E22, p.1); "maior responsabilidade para os cargos de gestão" (E24, p.1); "responsabilização da gestão" (E27, p.1); "responsabilização de órgãos de decisão" (E29, p.1); "responsabilização da administração" (E30, p.2); "maior responsabilização da gestão" (E33, p.1); "responsabilização do Conselho de Administração pelas opções tomadas" (E34, p.1); "maus gestores podem ser responsabilizados pelas suas práticas" (E40, p.1); "maior responsabilização para o conselho de administração" (E42, p.1); "possibilidade de penalização os gestores pelas ações tomadas" (E45, p.1); "melhoria na decisão dado o risco de penalização" (E46, p.1); "previstas ações disciplinares para as más ações de gestão" (E48, p.1); "responsabilização pela decisão tomada" (E49, p.2); "penalização da gestão" (E50, p.2); "maior responsabilização imputada aos órgãos da gestão" (E52, p.1); "Responsabilidades atribuídas aos gestores desde o CA aos intermédios" (E54, p.1); "maior responsabilidade afeta ao Conselho de Administração" (E55, p.1); "compromisso dos gestores perante a lei para bem gerir" (E59, p.1); "gestores alvo de sanções por má gestão" (E61, p.1); "responsabilização da gestão" (E62, p.2); "responsabilização dos administradores" (E64, p.1); "responsabilidade passa a ser exigida aos tomadores de decisão" (E65, p.1); "responsabilização da administração" (E67, p.1); "maior agilidade para a decisão com a devida responsabilização" (E68, p.1); "penalização para más ações de gestão" (E69, p.2); "responsabilização dos decisores" (E70, p.1); "Maior responsabilização para a gestão" (E72, p.1); "mais responsabilidade para os dirigentes" (E74, p.1); "responsabilização da gestão" (E76, p.1); "compromisso de bem gerir - gestores em risco de penalização por erros" (E79, p.1); "atribuição de responsabilidades por ações de má gestão" (E80, p.1); "maior responsabilização para os órgãos de gestão" (E81, p.1); "maior responsabilização para a administração" (E84, p.1); "preocupação em desempenhar boas ações de gestão" (E85, p.1); "responsabilização da administração" (E86, p.1); "compromisso dos gestores perante a lei para bem gerir" (E86, p.1); "os gestores passaram a ser responsabilizados pelos seus atos" (E88, p.1); "responsabilização dos elementos de gestão pelas suas práticas" (E90, p.2).
		Prestação de contas	"publicação periódica dos resultados" (E4, p.1); "publicação de contas" (E10, p.1); "emissão de relatórios de gestão" (E10, p.1); "publicação de resultados" (E9, p.1); "publicação de resultados" (E5, p.1); "prestação de contas" (E18, p.1); "publicação de contas" (E19, p.1); "demonstração pontual de resultados" (E20, p.1); "nos relatórios anuais" (E22, p.1); "prestação de contas" (E23, p.1); "elaboração de relatórios anuais" (E23, p.1); "publicação periódica dos resultados" (E29, p.1); "prestação de contas" (E30, p.2); "prestação de contas" (E31; E32, p.1); "relatórios de contas" (E34, p.1); "demonstração de resultados" (E35, p.1); "prestação de contas" (E36, p.2); "elaboração de relatórios de gestão" (E37, p.1); "elaboração de relatórios anuais" (E38, p.2); "demonstração pública de resultados" (E39, p.2); "demonstração de resultados" (E40, p.1); "prestação de contas" (E42, p.1); "demonstração de resultados" (E43, p.2); "elaboração de relatórios de gestão" (E44, p.1); "publicação de resultados" (E47, p.1); "prestação de contas" (E51, p.1); "demonstração de resultados" (E58, p.1); "publicação pública de contas" (E58, p.2); "prestação de contas" (E59, p.1); "publicações regulares dos resultados" (E59, p.1); "publicação de contas" (E67, p.1); "demonstrações financeiras regulares e públicas" (E70, p.1); "elaboração de relatórios de gestão" (E71, p.1); "prestação de contas" (E73; E79, p.1); "publicação de relatórios mensais" (E74, p.1); "elaboração de relatórios de contas" (E75, p.1); "publicação assídua de contas" (E80, p.2); "elaboração de relatórios de gestão" (E82, p.1); "elaboração de relatórios de gestão" (E84, p.1); "publicação do <i>Tableau de Bord</i> " (E84, p.1); "prestação de contas" (E85, p.2);

1- Percepção sobre os diferentes modelos de gestão hospitalar pública	Diferencial de eficiência entre os modelos		"publicação de contas" (E88, p.1); "prestação de contas e respetiva publicação (relatórios)" (E89, p.1); "prestação de contas através da elaboração de relatórios de gestão" (E90, p.2).
		Autonomia de gestão	"novos instrumentos de gestão" (E4, p.1); "menos estado na decisão" (E4, p.1); "menos estado no processo decisivo" (E7, p.1); "gestão funciona com mais autonomia" (E10, p.1); "maior liberdade para os gestores" (E6, p.1); "menor influência central na tomada de decisão" (E8, p.1); "flexibilidade da gestão" (E11, p.1); "práticas de gestão com maior flexibilidade" (E5, p.1); "menor condicionamento às ações de gestão" (E14, p.1); "menos dependência central para as decisões" (E14, p.1); "permeabilidade em usar novos instrumentos de gestão" (E15, p.1); "menor intervenção do Estado" (E16, p.1); "menor intromissão central nas ações de gestão" (E17, p.1); "maior destreza para a gestão" (E19, p.1); "maior flexibilidade na tomada de decisão" (E21, p.1); "desintervenção do Estado" (E21, p.2); "maior autonomia para os gestores" (E23, p.1); "maleabilidade da gestão" (E24, p.1); "menor limitação no poder de decisão" (E25, p.1); "flexibilização das funções de gestão" (E26, p.1); "possibilidade para usar mais e melhores instrumentos de gestão" (E27, p.1); "maior autonomia para a gestão" (E28, p.1); "flexibilidade de instrumentos" (E28, p.1); "menores restrições à atividade de gestão" (E29, p.1); "poder decisor do CA deixa de ser limitado" (E33, p.1); "maior autonomia de gestão" (E34, p.2); "flexibilização das ações de gestão" (E35, p.1); "negociação com fornecedores" (E35, p.1); "maior liberdade à direção" (E36, p.1); "menos intervenção do Estado junto do CA" (E37, p.1); "diminuição dos entraves à gestão" (E38, p.1); "agilização de procedimentos" (E38, p.1); "Melhores ações de decisão" (E40, p.1); "a nova forma de relação com o Estado" (E41, p.1); "maior flexibilidade para decidir" (E42, p.1); "menos Estado, mais gestão" (E44, p.1); "maior liberdade para gerir" (E45, p.1); "maior autonomia de gestão" (E46, p.1); "menos mão do Estado na gestão de cada unidade" (E47, p.1); "menor limitação da gestão" (E48, p.1); "mais gestão, menor limitação central" (E49, p.1); "maior liberdade para decidir" (E50, p.2); "ação de gestão libertas do paradigma centralizador" (E52, p.1); "maior liberdade de decisão para os gestores" (E54, p.1); "gestores mais livres para decidir" (E56, p.1); "maior flexibilidade de gestão" (E57, p.1); "maior flexibilidade de gestão" (E58, p.1); "separação da gestão dos hospitais do poder central" (E59, p.1); "Estado mais regulador e menos produtor" (E60, p.1); "inovação dos instrumentos de gestão" (E66, p.1); "mais flexibilidade para a gestão" (E61, p.1); "a maior flexibilidade para as ações de direção" (E62, p.1); "diminuição do condicionamento gerado pela tutela à administração" (E65, p.1); "menor influência das estruturas centram na decisão" (E67, p.1); "atribuição de liberdade de decisão para os gestores" (E71, p.1); "gestão que dispõe de uma maior autonomia" (E72, p.1); "maior flexibilidade da gestão" (E73, p.1); "maior liberdade para administrar" (E77, p.1); "maior nível de experiência dos profissionais" (E77, p.1); "maior autonomia de gestão" (E79, p.1); "maior liberdade para decidir" (E76, p.1); "flexibilidade acrescida para os atos de gestão" (E81, p.1); "maior flexibilidade para os gestores" (E82, p.1); "gestão aparentemente mais flexível" (E84, p.1); "maior flexibilidade de gestão" (E85, p.1); "maior autonomia de gestão" (E87, p.1); "limitação do poder direto da tutela junto às decisões de gestão" (E88, p.1); "menor restrição aos atos de gestão" (E89, p.1); "inovação do modo de gerir" (E89, p.1); "menor restrição à ação de gestão" (E90, p.2);
		Gestão eficiente de recursos	"adequação do consumo de recursos as necessidades" (E2, p.1); "gestão de recursos" (E5, p.1); "implementação de uma eficiente gestão de recursos" (E9, p.1); "gestão adequada de recursos" (E12, p.1); "apropriado usufruto dos recursos" (E14, p.1) "promoção de ações de formação para a redução do consumo de recursos" (E15, p.1); "sensibilização para a gestão de recursos" (E17, p.1); "boa gestão de recursos" (E18; E57, p.1); "gestão adequada de recursos" (E22, p.1); "otimização de recursos" (E26; E27; E35; E42; E45; E59; E60; E78; E80; E83; E89, p.1); "otimização de recursos" (E28, p.1); "adequação no uso de recursos" (E30, p.2); "aplicação eficiente de recursos" (E31, p.1); "Gestão de recursos" (E32, p.1); "profissionais mais despertos para a contenção de custos" (E45, p.1); "boa gestão de recursos" (E46, p.1); "promoção do uso eficiente de recursos" (E48, p.1); "gestão adequada de recursos" (E51, p.1); "gestão de recursos" (E52, p.1); "otimização dos recursos" (E54, p.1); "boa alocação de recursos" (E56, p.1); "profissionais com formação para as limitações" (E56, p.1); "utilização eficiente de recursos" (E58, p.1); "a gestão de recursos" (E62, p.1) "gestão eficiente de recursos" (E68, p.1); "gestão de recursos" (E72, p.1); "gestão adequada de recursos" (E75, p.1); "otimizar recursos" (E84, p.1).
	"profissionais de saúde mais atentos" (E2, p.1); "funcionários com formação complementar" (E6, p.1); "maior experiência nos recursos humanos" (E8, p.1);		

1- Percepção sobre os diferentes modelos de gestão hospitalar pública	Diferencial de eficiência entre os modelos	Experiência dos profissionais	"com profissionais mais preparados" (E9, p.1); "aposta na formação dos recursos humanos" (E13, p.1); "maior experiência do pessoal médico" (E15, p.1); "gestão de recursos (...) humanos (mais experientes)" (E17, p.2); "aposta na formação em serviço" (E20, p.1); "profissionais mais atentos para a nova realidade" (E23, p.1); "investimento na formação dos recursos humanos" (E26, p.1); "estímulo ao desenvolvimento de competências dos profissionais" (E30, p.2); "fomento da participação dos profissionais junto da gestão" (E39, p.2); "promoção da formação em serviço para os profissionais de saúde" (E43, p.1); "mais formação em serviço para os profissionais de saúde" (E44, p.1); "profissionais mais despertos para a contenção de custos e otimização de recursos" (E45, p.1); "investimento na formação do pessoal" (E47, p.1); "investimento na formação dos recursos humanos" (E53; E83; E88, p.1); "profissionais com formação" (E56, p.1); "corpo clínico com um conhecimento mais apurado" (E66, p.1); "profissionais mais preparados" (E71, p.1); "mais formação em serviço para os profissionais de saúde" (E73, p.1); "maior formação para o pessoal" (E75, p.1); "maior nível de experiência dos profissionais" (E77, p.2); "incremento na formação em serviço (profissionais)" (E80, p.1); "maior formação dos profissionais" (E82, p.1); "médicos mais experientes" (E84, p.1); "investimento na formação dos recursos humanos" (E85, p.1); "maior experiência nos médicos, enfermeiros e auxiliares" (E89, p.1); "maior profissionalismo no pessoal administrativo" (E89, p.1); "mais e melhor formação em serviço" (E89, p.1).
		Preocupação com a qualidade	"qualidade de serviço" (E1, p.1); "promoção da qualidade" (E4, p.1); "aposta na qualidade em "servir" o doente/utilizador" (E9, p.1); "promoção da qualidade no atendimento" (E6, p.1); "servir o utente com qualidade" (E8, p.1); "promoção da satisfação do utente" (E12, p.1); "Aposta na qualidade" (E12, p.1); "preocupação com a qualidade" (E5, p.1); "aposta na qualidade" (E13, p.1); "promoção da qualidade da assistência" (E15, p.1); "satisfação do utente em primeiro lugar" (E16, p.1); "atenção centrada no utente" (E17, p.1); "a preocupação com a qualidade" (E18; E20, p.1); "centralização dos cuidados no doente" (E18, p.1); "promoção da satisfação do utente (E20, p.1); "aposta na qualidade" (E22; E34, p.1); "promoção da qualidade" (E26, p.1); "forte investimento na qualidade" (E29, p.1); "promoção da satisfação do utente" (E32, p.1); "aposta na qualidade" (E32, p.1); "aposta na qualidade dos serviços" (E35, p.1); "investimento na satisfação do utilizador" (E38, p.1); "forte qualidade" (E38, p.1); "centralização dos cuidados no doente" (E43, p.1); "centralização dos cuidados no doente" (E47, p.1); "aposta na qualidade dos cuidados" (E49, p.2); "foco do utente como figura central do sistema de saúde" (E50, p.2); "Focam-se os serviços no utente" (E53, p.1); "promoção da qualidade dos cuidados" (E56, p.1); "promoção da qualidade" (E57; p.1); "promoção da qualidade" (E66, p.1); "o foco de atenção passa a ser o utente" (E66, p.1); "a preocupação com a qualidade" (E69, p.1); "promoção da satisfação do utente" (E69, p.1); "promoção da qualidade" (E61, p.1); "investimento na satisfação do utilizador" (E63, p.1); "investimento no utilizador" (E67, p.1); "centralização dos cuidados no utente" (E68, p.1); "participação do utente na avaliação da qualidade dos serviços prestados" (E70, p.1); "Investimento na qualidade" (E71, p.1); "promoção da qualidade" (E73, p.1); "centralização dos cuidados no doente" (E73, p.1); "forte investimento na qualidade" (E77, p.1); "aposta na certificação da qualidade" (E75, p.1); "aposta na qualidade" (E80; E83, p.1); "aposta na satisfação dos clientes" (E80, p.1); "investimento na satisfação do utilizador" (E84, p.1); "promoção da satisfação do utente" (E88, p.1); "promoção da qualidade e satisfação" (E89, p.1).
	Diferencial de eficiência entre unidades com o mesmo estatuto (empresarial)	Diferentes modelos de Custeio	Opção a). Seleccionada 26x
		Dívidas a fornecedores	Opção b). Seleccionada 74x
		Maior número de doentes crónicos	Opção c). Seleccionada 59x
Seleção adversa de doentes		Opção d). Seleccionada 77x	
	Subprestação de cuidados	Opção e). Seleccionada 78x	
		"evitou (...) a existência de recursos subutilizados" (E1, p.2); "otimização dos fatores de produção" (E2, p.2); "rentabilidade no uso de MCDT" (E6, p.1); "melhor gestão dos equipamentos" (E11, p.2); "eficaz mobilização de recursos" (E17, p.2); "gestão mais eficiente dos recursos" (E28, p.2); "poupança de recursos humanos e técnicos" (E21, p.2); "gestão adequada de recursos" (E22, p.2); "utilização correta de meios humanos e técnicos" (E25, p.2); "poupança de recursos" (E31; E40, p.2); "melhor coordenação de meios humanos e técnicos" (E32, p.2); "evitou a (...) subutilização dos equipamentos" (E33, p.2); "mobilidade de profissionais" (E34, p.2); "melhor utilização de recursos" (E34,	

2 - Percepção acerca da política de fusão/concentração de unidades	Política de criação de Centros Hospitalares - Principais vantagens	Optimização de recursos	p.2); "otimização de meios" (E36, p.2); "aproveitar a capacidade instalada em cada unidade" (E37, p.2); "Facultou a (...) melhor utilização" (E38, p.2); "promover a melhor utilização de recursos subutilizados nas unidades" (E39, p.2); "evita (...) o desperdício de recursos" (E41, p.2); "luta contra os desperdícios" (E43, p.2); "evitou-se a (...) subutilização de recursos" (E43, p.2); "maximização dos recursos" (E45, p.2); "Foi gerado um aproveitamento de recursos não utilizados" (E46, p.2); "poupança de recursos" (E47, p.2); "adequada utilização" (E47, p.2); "melhor e mais eficiente gestão de recursos, equipamentos e outros meios" (E48, p.2); "reorganização dos serviços de urgências" (E52, p.2); "sem acumulação de <i>stock</i> " (E55, p.2); "melhor gestão de recursos" (E59, p.2); "melhor utilização de recursos" (E56, p.2); "evitou os desperdícios" (E56, p.2); ganhos de eficiência d (...) recursos (E60, p.2); "gestão de meios e recursos mais eficiente" (E61, p.2); "otimização dos meios" (E65, p.2); "evitada a subutilização de recursos" (E66, p.2); "poupança de meios" (E69, p.2); "evitou-se a subutilização de recursos" (E70, p.2); "gestão de consumíveis" (E71, p.2); "poupança de recursos" (E76, p.2); "boa utilização de recursos" (E72, p.2); "melhor reaproveitamento de recursos" (E73, p.2); "maior controlo de gestão sobre os <i>stocks</i> " (E74, p.2); "otimização dos meios humanos" (E74, p.2); "luta contra os desperdícios" (E81, p.2); "melhor gestão dos <i>stocks</i> " (E81, p.2); "otimização de recursos humanos e técnicos" (E85, p.2); "melhor utilização de recursos, meios" (E86, p.2); "poupança de recursos" (E87, p.2); "mobilização de profissionais" (E88, p.2).
		Redução de custos	"poupança económica" (E7; E31, p.2); "melhores resultados financeiros" (E9, p.2); "gerou melhores resultados (...) desde a prestação aos custos" (E12, p.2); "evitaram-se desperdícios" (E16, p.2); "ganhos financeiros" (E18, p.2); "ganhos de eficiência nos custos" (E27, p.2); "reduzir os custos" (E37, p.2); "gerando poupanças" (E38, p.2); "poupança de recursos" (E47, p.2); "redução de custos" (E51, p.2); "redução de custos" (E54, p.2); "melhores preços/quantidade" (E58, p.2); "redução de custos" (E62, p.2); "redução de custos" (E73, p.2); "redução dos preços por unidade" (E77, p.2); "contenção de custos" (E78, p.2); "redução de custos" (E86, p.2);
		Centralização/concentração de meios	"centralização dos serviços" (E2; E4; E69, p.2); "concentração de conhecimentos técnicos num mesmo local" (E4, p.2); "gestão integral de equipamentos, recursos e meios humanos" (E5, p.2); "juntar valências dispersas em várias unidades" (E10, p.2); "centralização de meios que gerou um maior número de atendimentos" (E14, p.2); "os serviços mais centralizados numa mesma região" (E21, p.2); "junção de vários serviços" (E23, p.2); "centralização de serviços" (E28, p.29); "se fundiram" (E29, p.2); "evitou a duplicação de serviços" (E30, p.2); "fundir serviços" (E37, p.2); "Facultou a centralização dos meios" (E38, p.2); "centralização dos serviços, respetivos meios e equipamentos" (E40, p.2); "maior centralização de serviços próximos" (E49, p.2); "serviços centralizados" (E59, p.2); "melhor acesso a serviços pela centralização da capacidade técnica" (E65, p.2); "centralização de serviços com proximidade geográfica" (E68, p.2); "centralização dos meios" (E76, p.2)
		Melhoria da capacidade negocial	"força negocial com os prestadores de serviços externos e fornecedores" (E6, p.2); "maior capacidade em contratar" (E9, p.2); "maior poder aos gestores para negociar com fornecedores" (E19, p.2); "gestão profissional capaz de aproveitar o poder negocial" (E17, p.2); "contratualização das compras" (E34, p.2); "melhorar a posição negocial nas compras" (E39, p.2); "capacidade negocial com os fornecedores" (E47, p.2); "aumento do poder negocial com os fornecedores" (E44, p.2); "capacidade do CA negociar a uma só voz com os fornecedores de serviços" (E58, p.2); "aumento do poder negocial" (E54, p.2); "ganhos de eficiência (...) compras" (E60, p.2); "melhorou a capacidade negocial" (E78, p.2); "capacidade negocial com fornecedores" (E76, p.2); "poder contratual e negocial" (E75, p.2); "ganhos financeiros pela redução dos preços por unidade aquando do processo negocial com os principais fornecedores" (E77, p.2); "maior capacidade negocial" (E88, p.2); "capacidade negocial para realização de compras" (E89, p.2); "negociação com os fornecedores" (E81, p.2)
		Organização de serviços	"evitou a duplicação de serviços" (E1, p.2); "reorganização de equipas" (E6, p.2); "reorganização dos serviços" (E20, p.2); "reorganização de serviços" (E15, p.2); "serviços deixaram de estar duplicados numa mesma área geográfica" (E16, p.2); "reorganização dos serviços" (E25, p.2); "reorganização das unidades" (E35, p.2); "reorganizar a assistência" (E39, p.2); "fundir serviços" (E37, p.2); "uma só administração" (E36, p.2); "nova organização das atividades" (E50, p.2); "maior centralização de serviços" (E49, p.2); "evita duplicação de serviços" (E41, p.2); "coordenação mais eficiente centrada num



2 - Percepção acerca da política de fusão/concentração de unidades	Política de criação de Centros Hospitalares - Principais vantagens		único CA" (E45, p.2); "evitou a duplicação de serviços" (E33, p.2); "Evitou-se a duplicação de serviços" (E43; E70, p.29); "evitou a duplicação de serviços" (E67, p.2); "centralização de serviços com proximidade geográfica" (E68, p.2); "evitada a sobreprestação de atividades" (E66, p.2); "reorganização de serviços" (E72, p.2); "maior centralização de serviços numa mesma gestão" (E88, p.2); "nova reorganização dos serviços" (E82, p.2);
		Promoção do acesso	"maior acessibilidade" (E2, p.2); "menos exames com espera pendente" (E3, p.2); "adequação de meios às necessidades" (E7, p.2); "melhorou o acesso aos cidadãos" (E15, p.2); "equidade no acesso" (E14, p.2); "gerou melhores resultados (...) desde a prestação aos custos" (E12, p.2); "aumento da atividade realizada" (E23, p.2); "reduzindo o tempo de espera" (E23, p.2); "aumentando a acessibilidade" (E23, p.2); "eficácia na maior acessibilidade no acesso" (E27, p.2); "melhoria do acesso" (E35, p.2); "reduzindo as listas de espera" (E35, p.2); "melhor capacidade de gestão da oferta" (E39, p.2); "melhoria de acesso" (E59, p.2); "adequação dos meios às necessidades da população da área geográfica" (E55, p.2); melhor gestão (...) sobre os meios a contratar para cobrir as necessidades" (E55, p.2); "melhoria do acesso" (E52, p.2); "aumentou a capacidade de oferta e coordenação entre as várias atividades" (E68, p.2); "maior acessibilidade" (E71, p.2); "obtenção de uma maior acessibilidade" (E78, p.2); "maior acessibilidade" (E74, p.2); "um maior acesso" (E88, p.2); "melhorou o acesso aos cuidados" (E82, p.2); "maior capacidade de prestação de cuidados" (E84, p.2);
	Política de criação de Centros Hospitalares - Pontos críticos	Desmotivação profissional/perda da organização dos serviços	"desmotivação profissional" (E8, p.2); "motivação profissional não foi a melhor" (E18, p.2); "ambiente laboral foi prejudicado pela falta de motivação dos funcionários" (E18, p.2); "perde-se a orgânica dos serviços" (E13, p.2); "trocaram-se os postos de trabalho" (E29, p.2); "perde-se a orgânica de cada unidade" (E24, p.2); "gerou-se uma desmotivação dos profissionais" (E24, p.2); "otimização de meios humanos gerou um ambiente laboral negativo" (E62, p.2); "perda de relação profissional" (E64, p.2); "desmotivação profissional" (E64, p.2); "motivação dos meios humanos, esta foi uma má prática" (E90, p.2);
3 - Percepção sobre os efeitos das medidas de austeridade aplicadas ao subsector hospitalar	Efeitos ao nível da eficiência das unidades (em termos financeiros)	Sim (Efeito positivo na eficiência)	Selecionada 79x
		Não (Efeito Negativo produtividade)	Selecionada 0x
		Não sabe/não responde	Selecionada 11x
	Implicações das medidas de austeridade na prestação de cuidados	Sem implicações	"confio no atendimento exemplar em todas as unidades" (E6, p.1); "nunca observei, na minha experiência, nestes 3 anos qualquer consequência" (E13, p.2); "não há consequências a referir" (E15, p.2); "não há limitações. Há mitos" (E17, p.2); "não tenho nada a acrescentar" (E20, p.2); "Não há falta de recursos" (E25, p.2); "de momento não tenho qualquer implicação a referir" (E30, p.2); "100% qualidade nos hospitais do SNS" (E36, p.2); "não há problemas a apontar" (E35, p.2); "o atendimento é excelente" (E37, p.2); "um ou outro caso, mas é normal" (E40, p.2); "todos os utentes foram bem atendidos" (E44, p.2); "não há consequências, algum efeito menos positivo foi pontual em uma ou outra situação" (E46, p.2); "não há falta de recursos" (E52, p.2); "não vejo sinais negativos. Alguns ou alguém andam a plantar problemas para ganhar a confiança das pessoas" (E68, p.2); "não há consequências a subtrair" (E69, p.2); "não há fatores negativos a apontar" (E76, p.2); "não revejo uma má prestação" (E77, p.2); "nunca ficou ninguém por atender, pois não?" (E79, p.2); "não considero que tenham existido consequências" (E85, p.2); "não vejo consequências em boas medidas" (E86, p.2); "não há implicações" (E87, p.2); "Não está em causa qualquer má prestação" (E88, p.2); "não há desvantagens a referir" (E89, p.2).
Subprestação de cuidados		"dificuldade em prestar um bom atendimento" (E4, p.2); "subprestação de uma forma geral" (E4, p.2); "subprestação nos serviços" (E8, p.2); "subprestação nas atividades realizadas" (E2, p.2); "altas precoces" (E3, p.2); "prestação de cuidados aquém do esperado" (E7, p.2); "subprestação domina o atendimento urgente" (E14, p.2); "subprestação no atendimento" (E11, p.2); "menos eficácia na observação do utente" (E16, p.2); "subprestação nos serviços" (E34, p.2); "subprestação no atendimento" (E38, p.2); "subprestação" (E31, p.2); "diminuição do número de MCDT pedidos por clínicos" (E45, p.2); "Subprestação no atendimento" (E50, p.2); "elevada taxa de reinternamentos" (E59, p.2); "subprestação no atendimento" (E54, p.2); "menor eficácia na prestação de cuidados" (E53, p.2); "aumento do volume de re-assistencia em serviço de urgência" (E70, p.2); "doentes despachados nos serviços" (E62, p.2);	

3 - Percepção sobre os efeitos das medidas de austeridade aplicadas ao subsector hospitalar	Implicações das medidas de austeridade na prestação de cuidados		"Subprestação no atendimento" (E71, p.2); "prestação aquém do esperado" (E90, p.2);
		Défices de qualidade na prestação	"perda de qualidade" (E1, p.2); "menor qualidade" (E2, p.2); "materiais de consumo com menor qualidade" (E3, p.2); "perda de qualidade" (E4, p.2); "inúmeras vezes à urgência sem diagnóstico concreto" (E5, p.2); "menor qualidade" (E5, p.2); "cuidados aquém do esperado" (E7, p.2); "deficiente qualidade na prestação" (E8, p.2); "algumas restrições na qualidade" (E9, p.2); "perda de qualidade" (E10, p.2); "menor qualidade" (E19, p.2); "menor qualidade" (E21, p.2); "menor qualidade" (E22, p.2); "menos qualidade nos equipamentos" (E23, p.2); "menor qualidade nos cuidados" (E24, p.2); "menor qualidade nos cuidados" (E29, p.2); "qualidade baixíssima" (E31, p.2); "reinternamento elevado" (E32, p.2); "retorno dos doentes internados" (E33, p.2); "materiais mais fracos" (E33, p.2); "materiais mais baratos" (E34, p.2); "maior tempo de espera" (E38, p.2); "fraca qualidade dos serviços" (E39, p.2); "menor qualidade" (E47, p.2); "consumíveis de fraca qualidade" (E48, p.2); "consumíveis de menor qualidade" (E50, p.2); "défices na prestação" (E51, p.2); "défices de qualidade" (E53, p.2); "perda de qualidade" (E54, p.2); "menor qualidade" (E55, p.2); "quebra de qualidade" (E56, p.2); "consumíveis de menor qualidade" (E58, p.2); "menor qualidade" (E59, p.2); "Problemas na qualidade" (E60, p.2); "défices na qualidade" (E61, p.2); "materiais com menor qualidade" (E62, p.2); "menor qualidade" (E64; E66, p.2); "nomeadamente de qualidade" (E65, p.2); "baixa atenção no cidadão quando observado" (E66, p.2); "menor qualidade dos recursos" (E70, p.2); "e a desaposta na qualidade" (E71, p.2); "preferência ao preço que à qualidade do material" (E72, p.2); "maior tempo de espera" (E73, p.2); "materiais mais baratos sem qualidade" (E73, p.2); "materiais com menor qualidade" (E74, p.2); "implicações na qualidade" (E78, p.2); "armazéns dos hospitais dispõem de inúmeros consumíveis de qualidade zero" (E81, p.2); "perda de qualidade" (E90, p.2); "exagero com a poupança levou à aquisição de equipamentos de baixa qualidade" (E90, p.2);
		Condicionamento do acesso	"problemas de acesso (ex: urgências)" (E1, p.2); "constrangimentos no acesso" (E2, p.2); "falta de meios humanos" (E4, p.2); "maior tempo de espera" (E14; E19; E21; E28; E38; E39; E54; E59; E62; E64; E74; E78; E90, p.2); "caos das urgências" (E23; E32; E42; E47; E50; E70, p.2); "aumento das listas de espera" (E24, p.2); "listas de espera cresceram" (E41, p.2); "dificuldades acrescidas no acesso" (E41, p.2); "diminuição do número de MCDT" (E45, p.2) "menor oferta de serviços" (E49, p.2); "problemas (...) na capacidade de resposta" (E60, p.2); "situação crítica nas urgências" (E66, p.2); "tempo de espera nas urgências" (E71, p.2); "longas listas de espera" (E80, p.2); "atendimento demorada nas urgências" (E80, p.2); "falta de organização" (E80, p.2).
		Diminuição dos equipamentos/ materiais	"falta de meios humanos" (E4, p.2); "baixo investimento em meios tecnológicos" (E9, p.2); "menor número de recursos humanos" (E16, p.2); "Défices de recursos humanos" (E59, p.2); "materiais (...) em menor quantidade" (E73, p.2); "redução de meios" (E78, p.2); "falta de (...) equipamentos" (E80, p.2).
		Desinvestimento tecnológico nos meios	"pouco investimento em adquirir mais e melhor tecnologia" (E1, p.2); "baixo investimento em meios tecnológicos" (E9, p.2); "materiais de menor resistência" (E16, p.2); "detrimento da qualidade em relação ao preço dos consumíveis" (E19, p.2); "fraco investimento em atualizações tecnológicas" (E21, p.2); "meios tecnológicos desadequados" (E28, p.2); "falta de investimento tecnológico" (E31, p.2); "falta de investimento em tecnologia" (E32, p.2); "equipamentos com menor duração quando aplicados" (E38, p.2); "não desenvolvimento de meios tecnológicos" (E39, p.2); "meios tecnológicos não atualizados" (E42, p.2); "setor privado que, em oposição, mantém o investimento nas novas tecnologias" (E47, p.2) "atraso tecnológico" (E49, p.2); "problemas (...) nos meios tecnológicos, que não foram alvo de inovação." (E60, p.2); "meios tecnológicos ultrapassados" (E65, p.2); "fraco investimento tecnológico" (E71, p.2); "tecnologia não acompanhou o desenvolvimento europeu" (E74, p.2); "pouco investimento em meios tecnológicos" (E84, p.2);
		Desmotivação Profissional	"desmotivação dos funcionários" (E2, p.2); "desmotivação dos trabalhadores em geral" (E3, p.1); "desmotivação do pessoal" (E5, p.2); "desmotivação geral dos funcionários" (E8, p.2); "desmotivação dos funcionários" (E10, p.2); "desmotivação" (E11, p.2); "falta de motivação" (E14, p.2); "agonia nos profissionais" (E24, p.2); "desmotivação dos prestadores" (E29, p.2); "desmotivação dos funcionários" (E34, p.2); "falta de motivação dos médicos" (E38, p.2); "falta de motivação dos funcionários" (E39, p.2); "profissionais

			desmotivados" (E49, p.2); "perda de motivação do pessoal" (E53, p.2); "profissionais desgastados" (E56, p.2); "desmotivação dos profissionais" (E56, p.2); "desmotivação dos funcionários" (E58, p.2); "problemas (...) na motivação dos recursos humanos (E60, p.2); "falta de motivação dos clínicos" (E61, p.2); "profissionais sem motivação para trabalhar" (E65, p.2); "falta de motivação dos recursos humanos" (E70, p.2); "ambiente de desmotivação" (E72, p.2); "falta de motivação do pessoal" (E74, p.2); "falta de motivação dos médicos" (E80, p.2); "falta de motivação dos técnicos" (E80, p.2); "falta de motivação dos enfermeiros" (E80, p.2); "falta de motivação dos auxiliares" (E80, p.2); "falta de motivação dos administrativos" (E80, p.2); "profissionais desgastados" (E84, p.2); "desmotivação" (E90, p.2).
--	--	--	---



## ANEXO X

# AVALIAÇÃO DA EFICIÊNCIA DAS UNIDADES HOSPITALARES (DEA/VRS/SBM)



Workbook Name = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Calculo DEA POR ANOS\2002 - SBM VRS.xlsx  
 Data File = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Amostra Tese\Dados hospitais (Formatado para DEA SOLVER).xlsxDAT (2002)  
 DEA model = DEA-Solver LV(V8)/ SBM-V  
 Problem =  
 No. of DMUs = 49

No. of Input items = 1  
 Input(1) = CUSTOS

No. of Output items = 5

Output(1) = N° DSI  
 Output(2) = N° SHD  
 Output(3) = N° EP.URG  
 Output(4) = N° T.Consultas  
 Output(5) = N° T.Cirurgias

Returns to Scale = Variable (Sum of Lambda = 1)

Statistics on Input/Output Data

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Cons	N° T.Cirurgias
Max	259085000	47273	48530	219713	414475	33132
Min	5847647,62	1415	121	6809	5259	607
Average	62597719,1	13204,16	9752,51	99367,9	109245,7	6834,204
SD	60045762,7	9707,421	10239,93	50270,17	91315,79	6506,232

Correlation

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Cons	N° T.Cirurgias
CUSTOS	1	0,86916	0,787077	0,67689	0,96372	0,892507
N° DSI	0,86916007	1	0,647889	0,796489	0,906496	0,910623
N° SHD	0,78707717	0,647889	1	0,532143	0,772601	0,627376
N° EP.URG	0,6768897	0,796489	0,532143	1	0,709035	0,686242
N° T.Cons	0,96371979	0,906496	0,772601	0,709035	1	0,935052
N° T.Cirurgias	0,89250656	0,910623	0,627376	0,686242	0,935052	1

No. of Efficient DMUs = 17  
 No. of Inefficient DMUs = 32

[SBM-V] LP started at 02-26-2015 22:37:40  
 Finished at 02-26-2015 22:37:41  
 Elapsed time = 2 seconds

Workbook Name = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Calculo DEA POR ANOS\2003 - SBM VRS.xlsx  
 Data File = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Amostra Tese\Dados hospitais (Formatado para DEA SOLVER).xlsxDAT (2003)  
 DEA model = DEA-Solver LV(V8)/ SBM-V  
 Problem =  
 No. of DMUs = 49

No. of Input items = 1  
 Input(1) = CUSTOS

No. of Output items = 5

- Output(1) = N° DSI
- Output(2) = N° SHD
- Output(3) = N° EP.URG
- Output(4) = N° T.Consultas
- Output(5) = N° T.Cirurgias

Returns to Scale = Variable (Sum of Lambda = 1)

Statistics on Input/Output Data

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Cons	N° T.Cirurgias
Max	281094816	47125	57535	249420	444505	32444
Min	4608353	275	148	7169	10485	743
Average	66472658,9	13422,37	11722,51	101057,7	117144	7335
SD	64267334,8	9787,98	13435,9	52086,68	96531,33	6645,874

Correlation

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Cons	N° T.Cirurgias
CUSTOS	1	0,895488	0,756725	0,711048	0,96298	0,916486
N° DSI	0,89548831	1	0,605226	0,80417	0,906046	0,891323
N° SHD	0,75672493	0,605226	1	0,514885	0,741625	0,573382
N° EP.URG	0,71104801	0,80417	0,514885	1	0,713934	0,685724
N° T.Cons	0,96298022	0,906046	0,741625	0,713934	1	0,93852
N° T.Cirurgias	0,91648631	0,891323	0,573382	0,685724	0,93852	1

No. of Efficient DMUs = 17  
 No. of Inefficient DMUs = 32

[SBM-V] LP started at 02-21-2015 00:37:09  
 Finished at 02-21-2015 00:37:10  
 Elapsed time = 0 seconds



Workbook Name = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Calculo DEA POR ANOS\2004 - SBM VRS.xlsx  
 Data File = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Amostra Tese\Dados hospitais (Formatado para DEA SOLVER).xlsxDAT (2004)  
 DEA model = DEA-Solver LV(V8)/ SBM-V  
 Problem =  
 No. of DMUs = 49

No. of Input items = 1  
 Input(1) = CUSTOS

No. of Output items = 5  
 Output(1) = N° DSI  
 Output(2) = N° SHD  
 Output(3) = N° EP.URG  
 Output(4) = N° T.Consultas  
 Output(5) = N° T.Cirurgias

Returns to Scale = Variable (Sum of Lambda = 1)

Statistics on Input/Output Data

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Cons	N° T.Cirurgias
Max	11135875979	50315	90182	233600	467734	28970
Min	5091192	957	71	7691	11000	828
Average	470939086,9	13355,2	14487,57	98864,84	126588,9	7730,327
SD	1971597155	10010,59	16656,46	51699,46	105733,2	6345,851

Correlation

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Cons	N° T.Cirurgias
CUSTOS	1	0,021723	0,606845	0,051405	0,076998	0,009062
N° DSI	0,021723018	1	0,520894	0,782991	0,913341	0,903142
N° SHD	0,606844976	0,520894	1	0,437756	0,635319	0,533019
N° EP.URG	0,051405309	0,782991	0,437756	1	0,727987	0,726063
N° T.Cons	0,076998174	0,913341	0,635319	0,727987	1	0,954915
N° T.Cirurgias	0,009061729	0,903142	0,533019	0,726063	0,954915	1

No. of Efficient DMUs = 18  
 No. of Inefficient DMUs = 31

[SBM-V] LP started at 02-21-2015 00:38:51  
 Finished at 02-21-2015 00:38:52  
 Elapsed time = 1 seconds

Workbook Name = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Calculo DEA POR ANOS\2005 - SBM VRS.xlsx  
 Data File = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Amostra Tese\Dados hospitais (Formatado para DEA SOLVER).xlsxDAT (2005)  
 DEA model = DEA-Solver LV(V8)/ SBM-V  
 Problem =  
 No. of DMUs = 49

No. of Input items = 1  
 Input(1) = CUSTOS

No. of Output items = 5

- Output(1) = N° DSI
- Output(2) = N° SHD
- Output(3) = N° EP.URG
- Output(4) = N° T.Consultas
- Output(5) = N° T.Cirurgias

Returns to Scale = Variable (Sum of Lambda = 1)

Statistics on Input/Output Data

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Cons	N° T.Cirurgias
Max	337734901	49367	85171	235111	495145	34199
Min	6003918	1685	79	7267	10826	624
Average	78593854,7	14048,55	16230,78	101100,2	134747	7725,816
SD	75921117,1	10254,26	17332,73	52137,91	114606,9	6877,42

Correlation

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Cons	N° T.Cirurgias
CUSTOS	1	0,880706	0,624557	0,717189	0,957312	0,862652
N° DSI	0,88070593	1	0,551566	0,824816	0,919937	0,910175
N° SHD	0,62455668	0,551566	1	0,484882	0,600788	0,504054
N° EP.URG	0,71718923	0,824816	0,484882	1	0,737543	0,695832
N° T.Cons	0,95731192	0,919937	0,600788	0,737543	1	0,94102
N° T.Cirurgias	0,86265232	0,910175	0,504054	0,695832	0,94102	1

No. of Efficient DMUs = 11

No. of Inefficient DMUs = 38

[SBM-V] LP started at 02-21-2015 00:39:40

Finished at 02-21-2015 00:39:40

Elapsed time = 1 seconds

Workbook Name = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Calculo DEA POR ANOS\2006 - SBM VRS.xlsx  
 Data File = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Amostra Tese\Dados hospitais (Formatado para DEA SOLVER).xlsxDAT (2006)  
 DEA model = DEA-Solver LV(V8)/ SBM-V  
 Problem =  
 No. of DMUs = 48

No. of Input items = 1

Input(1) = CUSTOS

No. of Output items = 5

Output(1) = N° DSI

Output(2) = N° SHD

Output(3) = N° EP.URG

Output(4) = N° T.Consultas

Output(5) = N° T.Cirurgias

Returns to Scale = Variable (Sum of Lambda = 1)

Statistics on Input/Output Data

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Cons	N° T.Cirurgias
Max	317680227	47701	62250	238076	520029	35483
Min	6418412	1720	81	7332	12937	781
Average	82407071,6	14012,81	16345,81	101040,7	142882,9	8723,896
SD	79146795,3	10276,74	15507,06	52522,64	127245,3	7757,536

Correlation

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Cons	N° T.Cirurgias
CUSTOS	1	0,89617	0,791874	0,785539	0,966125	0,883368
N° DSI	0,89616995	1	0,745614	0,850061	0,941202	0,928745
N° SHD	0,7918735	0,745614	1	0,669485	0,776585	0,676172
N° EP.URG	0,78553905	0,850061	0,669485	1	0,803696	0,746009
N° T.Cons	0,96612455	0,941202	0,776585	0,803696	1	0,945398
N° T.Cirurgias	0,88336836	0,928745	0,676172	0,746009	0,945398	1

No. of Efficient DMUs = 13

No. of Inefficient DMUs = 35

[SBM-V] LP started at 02-21-2015 00:41:15

Finished at 02-21-2015 00:41:15

Elapsed time = 1 seconds

Workbook Name = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Calculo DEA POR ANOS\2007 - SBM VRS.xlsx  
 Data File = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Amostra Tese\Dados hospitais (Formatado para DEA SOLVER).xlsxDAT (2007)  
 DEA model = DEA-Solver LV(V8)/ SBM-V  
 Problem =  
 No. of DMUs = 42

No. of Input items = 1  
 Input(1) = CUSTOS

No. of Output items = 5  
 Output(1) = N° DSI  
 Output(2) = N° SHD  
 Output(3) = N° EP.URG  
 Output(4) = N° T.Consultas  
 Output(5) = N° T.Cirurgias

Returns to Scale = Variable (Sum of Lambda = 1)

Statistics on Input/Output Data

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Cons	N° T.Cirurgias
Max	378931971	48266	64538	255973	567954	40261
Min	5687154	1774	83	8065	13286	454
Average	99870209	16699,45	21534,14	122299,5	182835	10868,83
SD	91556041	11762,81	17640,66	62044,74	155356,1	9166,947

Correlation

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Cons	N° T.Cirurgias
CUSTOS	1	0,888923	0,776699	0,759544	0,967048	0,858713
N° DSI	0,88892309	1	0,741316	0,868247	0,92054	0,903361
N° SHD	0,77669945	0,741316	1	0,655697	0,766174	0,634038
N° EP.URG	0,75954353	0,868247	0,655697	1	0,793604	0,726705
N° T.Cons	0,96704834	0,92054	0,766174	0,793604	1	0,920169
N° T.Cirurgias	0,8587128	0,903361	0,634038	0,726705	0,920169	1

No. of Efficient DMUs = 15  
 No. of Inefficient DMUs = 27

[SBM-V] LP started at 02-21-2015 00:44:40  
 Finished at 02-21-2015 00:44:41  
 Elapsed time = 1 seconds

Workbook Name = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Calculo DEA POR ANOS\2008 - SBM VRS.xlsx  
 Data File = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Amostra Tese\Dados hospitais (Formatado para DEA SOLVER).xlsxDAT (2008)  
 DEA model = DEA-Solver LV(V8)/ SBM-V  
 Problem =  
 No. of DMUs = 39

No. of Input items = 1  
 Input(1) = CUSTOS

No. of Output items = 5

Output(1) = N° DSI  
 Output(2) = N° SHD  
 Output(3) = N° EP.URG  
 Output(4) = N° T.Consultas  
 Output(5) = N° T.Cirurgias

Returns to Scale = Variable (Sum of Lambda = 1)

Statistics on Input/Output Data

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Cons	N° T.Cirurgias
Max	374037793	48591	95089	260363	757774	40611
Min	7481012,68	1668	78	8810	14583	129
Average	106376045	17455	24874,03	125582,2	203936,6	12649,59
SD	94132592	12362,67	23056,92	63419,34	177642,4	10142,87

Correlation

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Cons	N° T.Cirurgias
CUSTOS	1	0,905697	0,820571	0,789461	0,962579	0,877936
N° DSI	0,90569716	1	0,809544	0,885882	0,93341	0,911562
N° SHD	0,82057131	0,809544	1	0,666007	0,82087	0,707821
N° EP.URG	0,78946091	0,885882	0,666007	1	0,806191	0,774091
N° T.Cons	0,96257907	0,93341	0,82087	0,806191	1	0,910926
N° T.Cirurgias	0,8779361	0,911562	0,707821	0,774091	0,910926	1

No. of Efficient DMUs = 16  
 No. of Inefficient DMUs = 23

[SBM-V] LP started at 02-21-2015 00:45:42  
 Finished at 02-21-2015 00:45:43  
 Elapsed time = 0 seconds

Workbook Name = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Calculo DEA POR ANOS\2009 - SBM VRS.xlsx  
 Data File = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Amostra Tese\Dados hospitais (Formatado para DEA SOLVER).xlsxDAT (2009)  
 DEA model = DEA-Solver LV(V8)/ SBM-V  
 Problem =  
 No. of DMUs = 35

No. of Input items = 1  
 Input(1) = CUSTOS

No. of Output items = 5  
 Output(1) = N° DSI  
 Output(2) = N° SHD  
 Output(3) = N° EP.URG  
 Output(4) = N° T.Consultas  
 Output(5) = N° T.Cirurgias

Returns to Scale = Variable (Sum of Lambda = 1)

Statistics on Input/Output Data

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Cons	N° T.Cirurgias
Max	417140513	50128	118472	286430	787716	42988
Min	7259485,65	1005	7	8952	13516	918
Average	126089660	19315,86	29070,49	139425,1	237165,2	14947,97
SD	105067397	12588,36	26848,63	64618,38	187319,6	10916,89

Correlation

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Cons	N° T.Cirurgias
CUSTOS	1	0,865346	0,768738	0,731702	0,955458	0,859049
N° DSI	0,86534645	1	0,728838	0,843854	0,911897	0,878328
N° SHD	0,76873752	0,728838	1	0,580975	0,772119	0,628815
N° EP.URG	0,73170173	0,843854	0,580975	1	0,759461	0,699052
N° T.Cons	0,95545811	0,911897	0,772119	0,759461	1	0,911223
N° T.Cirurgias	0,85904863	0,878328	0,628815	0,699052	0,911223	1

No. of Efficient DMUs = 11  
 No. of Inefficient DMUs = 24

[SBM-V] LP started at 02-21-2015 00:46:35  
 Finished at 02-21-2015 00:46:35  
 Elapsed time = 1 seconds

Workbook Name = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Calculo DEA POR ANOS\2010 - SBM VRS.xlsx  
 Data File = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Amostra Tese\Dados hospitais (Formatado para DEA SOLVER).xlsxDAT (2010)  
 DEA model = DEA-Solver LV(V8)/ SBM-V  
 Problem =  
 No. of DMUs = 35

No. of Input items = 1  
 Input(1) = CUSTOS

No. of Output items = 5  
 Output(1) = N° DSI  
 Output(2) = N° SHD  
 Output(3) = N° EP.URG  
 Output(4) = N° T.Consultas  
 Output(5) = N° T.Cirurgias

Returns to Scale = Variable (Sum of Lambda = 1)

Statistics on Input/Output Data

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Cons	N° T.Cirurgias
Max	447490024	49333	124123	344293	735157	44552
Min	6350146	117	17	8927	11724	220
Average	127433148	18809,66	30903,51	140260,2	243619,7	14635,71
SD	107659397	12220,35	27701,26	67603,26	185790,5	10726,8

Correlation

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Cons	N° T.Cirurgias
CUSTOS	1	0,92219	0,75887	0,76483	0,959182	0,868267
N° DSI	0,92218986	1	0,767211	0,836735	0,941947	0,907934
N° SHD	0,75886972	0,767211	1	0,581561	0,768524	0,664956
N° EP.URG	0,76483038	0,836735	0,581561	1	0,77201	0,701009
N° T.Cons	0,95918159	0,941947	0,768524	0,77201	1	0,933327
N° T.Cirurgias	0,86826707	0,907934	0,664956	0,701009	0,933327	1

No. of Efficient DMUs = 14  
 No. of Inefficient DMUs = 21

[SBM-V] LP started at 02-21-2015 00:48:12  
 Finished at 02-21-2015 00:48:13  
 Elapsed time = 0 seconds

Workbook Name = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Calculo DEA POR ANOS\2011 - SBM VRS.xlsx  
 Data File = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\  
 DEA TESE\Amostra Tese\Dados hospitais (Formatado para DEA SOLVER).xlsxDAT (2011)  
 DEA model = DEA-Solver LV(V8)/ SBM-V  
 Problem =  
 No. of DMUs = 30

No. of Input items = 1

Input(1) = CUSTOS

No. of Output items = 5

Output(1) = N° DSI

Output(2) = N° SHD

Output(3) = N° EP.URG

Output(4) = N° T.Consultas

Output(5) = N° T.Cirurgias

Returns to Scale = Variable (Sum of Lambda = 1)

Statistics on Input/Output Data

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Cons	N° T.Cirurgias
Max	460719983	80644	126950	359067	2136258	45570
Min	23777549,3	5465	5765	9455	73329	4286
Average	142379287	24559,07	37196,63	161393,5	362950,9	16797,63
SD	113332451	18548,61	29904,39	73936,64	396236,8	11732,16

Correlation

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Cons	N° T.Cirurgias
CUSTOS	1	0,708418	0,69954	0,733944	0,43055	0,870119
N° DSI	0,70841775	1	0,350082	0,687711	0,361958	0,727555
N° SHD	0,69954031	0,350082	1	0,393531	0,232376	0,666686
N° EP.URG	0,73394363	0,687711	0,393531	1	0,513345	0,785553
N° T.Cons	0,43054992	0,361958	0,232376	0,513345	1	0,438382
N° T.Cirurgias	0,87011868	0,727555	0,666686	0,785553	0,438382	1

No. of Efficient DMUs = 12

No. of Inefficient DMUs = 18

[SBM-V] LP started at 02-21-2015 00:49:00

Finished at 02-21-2015 00:49:00

Elapsed time = 1 seconds



Workbook Name = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Calculo DEA POR ANOS\2012 - SBM VRS.xlsx  
 Data File = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Amostra Tese\Dados hospitais (Formatado para DEA SOLVER).xlsxDAT (2012)  
 DEA model = DEA-Solver LV(V8)/ SBM-V  
 Problem =  
 No. of DMUs = 28

No. of Input items = 1

Input(1) = CUSTOS

No. of Output items = 5

Output(1) = N° DSI

Output(2) = N° SHD

Output(3) = N° EP.URG

Output(4) = N° T.Consultas

Output(5) = N° T.Cirurgias

Returns to Scale = Variable (Sum of Lambda = 1)

Statistics on Input/Output Data

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Cons	N° T.Cirurgias
Max	447409435	65962	125580	289172	873611	42882
Min	21771174	5192	3819	9526	70862	3656
Average	144672612	23100,39	38839,36	152977,4	312271,3	17344,71
SD	120351096	14001,29	31793,15	62879,96	224819,2	11731,57

Correlation

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Cons	N° T.Cirurgias
CUSTOS	1	0,946877	0,641143	0,705709	0,959768	0,885936
N° DSI	0,94687734	1	0,557713	0,820261	0,955659	0,910755
N° SHD	0,64114262	0,557713	1	0,290079	0,675988	0,6906
N° EP.URG	0,7057087	0,820261	0,290079	1	0,732666	0,728555
N° T.Cons	0,9597684	0,955659	0,675988	0,732666	1	0,955805
N° T.Cirurgias	0,88593573	0,910755	0,6906	0,728555	0,955805	1

No. of Efficient DMUs = 10

No. of Inefficient DMUs = 18

[SBM-V] LP started at 02-24-2015 20:10:45

Finished at 02-24-2015 20:10:46

Elapsed time = 1 seconds

Workbook Name = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Calculo DEA POR ANOS\2013 - SBM VRS.xlsx  
 Data File = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Amostra Tese\Dados hospitais (Formatado para DEA SOLVER).xlsxDAT (2013)  
 DEA model = DEA-Solver LV(V8)/ SBM-V  
 Problem =  
 No. of DMUs = 19

No. of Input items = 1  
 Input(1) = CUSTOS

No. of Output items = 5

- Output(1) = N° DSI
- Output(2) = N° SHD
- Output(3) = N° EP.URG
- Output(4) = N° T.Consultas
- Output(5) = N° T.Cirurgias

Returns to Scale = Variable (Sum of Lambda = 1)

Statistics on Input/Output Data

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Cons	N° T.Cirurgias
Max	423450626	52306	127368	283748	814852	44090
Min	21672105,6	5115	2426	9612	62678	3142
Average	156431112	23209,21	45101,26	156031,3	342244,7	18571
SD	117968694	12746,9	34032,58	65833,07	227165,1	12637,86

Correlation

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Cons	N° T.Cirurgias
CUSTOS	1	0,951657	0,689227	0,652277	0,95305	0,859793
N° DSI	0,95165742	1	0,681352	0,795319	0,948397	0,913129
N° SHD	0,68922691	0,681352	1	0,369617	0,736273	0,740247
N° EP.URG	0,65227716	0,795319	0,369617	1	0,653766	0,645977
N° T.Cons	0,95305016	0,948397	0,736273	0,653766	1	0,946559
N° T.Cirurgias	0,85979311	0,913129	0,740247	0,645977	0,946559	1

No. of Efficient DMUs = 10

No. of Inefficient DMUs = 9

[SBM-V] LP started at 02-24-2015 20:11:21

Finished at 02-24-2015 20:11:21

Elapsed time = 0 seconds

## ANEXO XI

### AVALIAÇÃO DA SUPEREFICIÊNCIA DAS UNIDADES HOSPITALARES (DEA/VRS/SBM)



Workbook Name = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Calculo DEA POR ANOS COM SUPEREFICIENCIA\2002 - SUPER SBM VRS.xlsx  
 Data File = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Amostra Tese\Dados hospitais (Formatado para DEA SOLVER).xlsxDAT (2002)  
 DEA model = DEA-Solver LV(V8)/ Super-SBM NonOriented(Super-SBM-V)  
 Problem = Unidade Hospitalar

No. of DMUs = 49

No. of Input items = 1

Input(1) = CUSTOS

No. of Output items = 5

Output(1) = N° DSI

Output(2) = N° SHD

Output(3) = N° EP.URG

Output(4) = N° T.Consultas

Output(5) = N° T.Cirurgias

Returns to Scale = Variable (Sum of Lambda = 1)

Statistics on Input/Output Data

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Consu	N° T.Cirurgias
Max	259085000	47273	48530	219713	414475	33132
Min	5847647,62	1415	121	6809	5259	607
Average	62597719,1	13204,16	9752,51	99367,9	109245,7	6834,204
SD	60045762,7	9707,421	10239,93	50270,17	91315,79	6506,232

Correlation

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Consu	N° T.Cirurgias
CUSTOS	1	0,86916	0,787077	0,67689	0,96372	0,892507
N° DSI	0,86916007	1	0,647889	0,796489	0,906496	0,910623
N° SHD	0,78707717	0,647889	1	0,532143	0,772601	0,627376
N° EP.URG	0,6768897	0,796489	0,532143	1	0,709035	0,686242
N° T.Consu	0,96371979	0,906496	0,772601	0,709035	1	0,935052
N° T.Cirurgias	0,89250656	0,910623	0,627376	0,686242	0,935052	1

DMUs with inappropriate Data with respect to the chosen Model

No.	DMU
-----	-----

None

No. of DML 49

Average 0,71635385

SD 0,32782655

Maximum 1,31879712

Minimum 0,11671743

Frequency in Reference Set	
Reference	Frequency to other DMUs
Hospital de São João, SPA	2
Hospital Nossa Senhora da Conceição, SPA	3
Hospital Nossa Senhora da Oliveira, S.A.	0
Hospital de São Sebastião, S.A.	27
Hospital de São João da Madeira, SPA	1
Hospital Padre Américo, S.A.	6
Hospital de Vila Nova de Gaia, SPA	4
Hospital Distrital Santa Maria Maior, S.A.	1
Hospital Nossa Senhora do Rosário, S.A.	7
Hospital de Santa Maria, SPA	0
Centro Hospitalar Médio Tejo, SPA	0
Hospital Garcia da Orta, S.A.	1
Hospital Distrital de Águeda, SPA	0
Hospital de São Teotónio, S.A.	0
Hospitais da Universidade de Coimbra, SPA	1
Hospital Distrital da Figueira da Foz, S.A.	0
Hospital Distrital de Pombal, SPA	0
Hospital Cândido de Figueiredo, SPA	0
Hospital Nossa Senhora da Assunção, SPA	21

No. of DMUs in Data =	49
No. of DMUs with inappropriate Data =	0
No. of evaluated DMUs =	49

Average of scores =	0,716354
No. of efficient DMUs =	18
No. of inefficient DMUs =	31
No. of over iteration DMUs =	0

[Super-SBM-V] LP started at 02-26-2015 22:38:16 and completed at 02-26-2015 22:38:16

Elapsed time = 1 seconds

Total number of simplex iterations = 1037

Workbook Name = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Calculo DEA POR ANOS COM SUPEREFICIENCIA\2003 - SUPER SBM VRS.xlsx  
 Data File = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Amostra Tese\Dados hospitais (Formatado para DEA SOLVER).xlsxDAT (2003)  
 DEA model = DEA-Solver LV(V8)/ Super-SBM NonOriented(Super-SBM-V)  
 Problem = Unidade Hospitalar

No. of DMUs = 49

No. of Input items = 1

Input(1) = CUSTOS

No. of Output items = 5

Output(1) = N° DSI

Output(2) = N° SHD

Output(3) = N° EP.URG

Output(4) = N° T.Consultas

Output(5) = N° T.Cirurgias

Returns to Scale = Variable (Sum of Lambda = 1)

Statistics on Input/Output Data

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Consu	N° T.Cirurgias
Max	281094816	47125	57535	249420	444505	32444
Min	4608353	275	148	7169	10485	743
Average	66472658,9	13422,37	11722,51	101057,7	117144	7335
SD	64267334,8	9787,98	13435,9	52086,68	96531,33	6645,874

Correlation

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Consu	N° T.Cirurgias
CUSTOS	1	0,895488	0,756725	0,711048	0,96298	0,916486
N° DSI	0,89548831	1	0,605226	0,80417	0,906046	0,891323
N° SHD	0,75672493	0,605226	1	0,514885	0,741625	0,573382
N° EP.URG	0,71104801	0,80417	0,514885	1	0,713934	0,685724
N° T.Consu	0,96298022	0,906046	0,741625	0,713934	1	0,93852
N° T.Cirurg	0,91648631	0,891323	0,573382	0,685724	0,93852	1

DMUs with inappropriate Data with respect to the chosen Model

No.	DMU
-----	-----

None

No. of DML 49

Average 0,74224733

SD 0,30934479

Maximum 1,40598403

Minimum 0,10051062

Frequency in Reference Set		Frequency to other DMUs
Reference		
Hospital de São João, SPA		7
Hospital Nossa Senhora da Conceição, SPA		4
Hospital Nossa Senhora da Oliveira, S.A.		2
Hospital de Santo Tirso, SPA		6
Hospital Geral de Santo António, SPA		0
Hospital de São Sebastião, S.A.		29
Hospital de São João da Madeira, SPA		1
Hospital Padre Américo, S.A.		3
Hospital de Vila Nova de Gaia, SPA		0
Hospital Nossa Senhora do Rosário, S.A.		0
Centro Hospitalar Médio Tejo, S.A.		0
Hospital de Curry Cabral, SPA		10
Instituto Português de Oncologia de Lisboa, S.A.		0
Hospitais da Universidade de Coimbra, SPA		2
Hospital Distrital de Pombal, SPA		0
Hospital Cândido de Figueiredo, SPA		0
Hospital Nossa Senhora da Assunção, SPA		24
No. of DMUs in Data =	49	
No. of DMUs with inappropriate Data =	0	
No. of evaluated DMUs =	49	
Average of scores =	0,742247	
No. of efficient DMUs =	17	
No. of inefficient DMUs =	32	
No. of over iteration DMUs =	0	

[Super-SBM-V] LP started at 02-21-2015 00:53:50 and completed at 02-21-2015 00:53:50

Elapsed time = 1 seconds

Total number of simplex iterations = 1009



Workbook Name = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\Calculo DEA POR ANOS COM SUPEREFICIENCIA\2004 - SUPER SBM VRS.xlsx  
 Data File = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\Amostra Tese\Dados hospitais (Formatado para DEA SOLVER).xlsxDAT (2004)  
 DEA model = DEA-Solver LV(V8)/ Super-SBM NonOriented(Super-SBM-V)  
 Problem = Unidade Hospitalar

No. of DMUs = 49

No. of Input items = 1

Input(1) = CUSTOS

No. of Output items = 5

Output(1) = N° DSI

Output(2) = N° SHD

Output(3) = N° EP.URG

Output(4) = N° T.Consultas

Output(5) = N° T.Cirurgias

Returns to Scale = Variable (Sum of Lambda = 1)

Statistics on Input/Output Data

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Consu	N° T.Cirurgias
Max	11135875979	50315	90182	233600	467734	28970
Min	5091192	957	71	7691	11000	828
Average	470939086,9	13355,2	14487,57	98864,84	126588,9	7730,327
SD	1971597155	10010,59	16656,46	51699,46	105733,2	6345,851

Correlation

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Consu	N° T.Cirurgias
CUSTOS	1	0,021723	0,606845	0,051405	0,076998	0,009062
N° DSI	0,021723018	1	0,520894	0,782991	0,913341	0,903142
N° SHD	0,606844976	0,520894	1	0,437756	0,635319	0,533019
N° EP.URG	0,051405309	0,782991	0,437756	1	0,727987	0,726063
N° T.Consu	0,076998174	0,913341	0,635319	0,727987	1	0,954915
N° T.Cirurgias	0,009061729	0,903142	0,533019	0,726063	0,954915	1

DMUs with inappropriate Data with respect to the chosen Model

No.	DMU
-----	-----

None

No. of DML 49

Average 0,736194332

SD 0,333285981

Maximum 1,496314061

Minimum 0,006690829

Frequency in Reference Set		Frequency to other DMUs
Reference		
Hospital de São João, SPA		3
Hospital Nossa Senhora da Conceição, SPA		3
Hospital Nossa Senhora da Oliveira, S.A.		1
Hospital de Santo Tirso, SPA		2
Hospital Geral de Santo António, SPA		0
Hospital de São Sebastião, S.A.		28
Hospital de São Miguel, SPA		0
Hospital de Lamego, SPA		1
Hospital de Vila Nova de Gaia, SPA		0
Centro Hospitalar do Alto Minho, S.A.		0
Hospital de Santa Maria, SPA		1
Centro Hospitalar Médio Tejo, S.A.		0
Hospital de Curry Cabral, SPA		0
Instituto Português de Oncologia de Lisboa, S.A.		2
Hospital Distrital de Águeda, SPA		1
Hospital de São Teotónio, S.A.		10
Hospitais da Universidade de Coimbra, SPA		1
Hospital Distrital de Pombal, SPA		0
Hospital Cândido de Figueiredo, SPA		0
Hospital Nossa Senhora da Assunção, SPA		23

No. of DMUs in Data =	49
No. of DMUs with inappropriate Data =	0
No. of evaluated DMUs =	49

Average of scores =	0,736194
No. of efficient DMUs =	20
No. of inefficient DMUs =	29
No. of over iteration DMUs =	0

[Super-SBM-V] LP started at 02-21-2015 00:54:40 and completed at 02-21-2015 00:54:40

Elapsed time = 0 seconds

Total number of simplex iterations = 1338

Workbook Name = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Calculo DEA POR ANOS COM SUPEREFICIENCIA\2005 - SUPER SBM VRS.xlsx  
 Data File = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Amostra Tese\Dados hospitais (Formatado para DEA SOLVER).xlsxDAT (2005)  
 DEA model = DEA-Solver LV(V8)/ Super-SBM NonOriented(Super-SBM-V)  
 Problem = Unidade Hospitalar

No. of DMUs = 49

No. of Input items = 1

Input(1) = CUSTOS

No. of Output items = 5

Output(1) = N° DSI

Output(2) = N° SHD

Output(3) = N° EP.URG

Output(4) = N° T.Consultas

Output(5) = N° T.Cirurgias

Returns to Scale = Variable (Sum of Lambda = 1)

Statistics on Input/Output Data

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Consu	N° T.Cirurgias
Max	337734901	49367	85171	235111	495145	34199
Min	6003918	1685	79	7267	10826	624
Average	78593854,7	14048,55	16230,78	101100,2	134747	7725,816327
SD	75921117,1	10254,26	17332,73	52137,91	114606,9	6877,419722

Correlation

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Consu	N° T.Cirurgias
CUSTOS	1	0,880706	0,624557	0,717189	0,957312	0,862652317
N° DSI	0,88070593	1	0,551566	0,824816	0,919937	0,910174576
N° SHD	0,62455668	0,551566	1	0,484882	0,600788	0,504053878
N° EP.URG	0,71718923	0,824816	0,484882	1	0,737543	0,695831517
N° T.Consu	0,95731192	0,919937	0,600788	0,737543	1	0,9410205
N° T.Cirurg	0,86265232	0,910175	0,504054	0,695832	0,94102	1

DMUs with inappropriate Data with respect to the chosen Model

No.	DMU
-----	-----

None

No. of DML 49

Average 0,6758998

SD 0,3213362

Maximum 1,30790835

Minimum 0,08336345

Frequency in Reference Set		Frequency to other DMUs
Reference		
Hospital de São João, SPA		2
Hospital Nossa Senhora da Conceição, SPA		3
Hospital Nossa Senhora da Oliveira, E.P.E.		0
Hospital de Santo Tirso, SPA		11
Hospital de São Sebastião, E.P.E.		29
Hospital de São Miguel, SPA		4
Hospital de Vila Nova de Gaia, SPA		0
Hospital de Santa Maria, SPA		0
Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E.		0
Hospital de Curry Cabral		0
Hospital de São Teotónio, E.P.E.		24
Hospitais da Universidade de Coimbra, SPA		5
Hospital Distrital de Pombal, SPA		0
Hospital Cândido de Figueiredo, SPA		1
Hospital Nossa Senhora da Assunção, SPA		24
No. of DMUs in Data =	49	
No. of DMUs with inappropriate Data =	0	
No. of evaluated DMUs =	49	
Average of scores =	0,6759	
No. of efficient DMUs =	14	
No. of inefficient DMUs =	35	
No. of over iteration DMUs =	0	

[Super-SBM-V] LP started at 02-21-2015 00:56:34 and completed at 02-21-2015 00:56:34

Elapsed time = 0 seconds

Total number of simplex iterations = 1050

Workbook Name = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Calculo DEA POR ANOS COM SUPEREFICIENCIA\2006 - SUPER SBM VRS.xlsx  
 Data File = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Amostra Tese\Dados hospitais (Formatado para DEA SOLVER).xlsx\DAT (2006)  
 DEA model = DEA-Solver LV(V8)/ Super-SBM NonOriented(Super-SBM-V)  
 Problem = Unidade Hospitalar

No. of DMUs = 48

No. of Input items = 1

Input(1) = CUSTOS

No. of Output items = 5

Output(1) = N° DSI

Output(2) = N° SHD

Output(3) = N° EP.URG

Output(4) = N° T.Consultas

Output(5) = N° T.Cirurgias

Returns to Scale = Variable (Sum of Lambda = 1)

Statistics on Input/Output Data

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Consu	N° T.Cirurgias
Max	317680227	47701	62250	238076	520029	35483
Min	6418412	1720	81	7332	12937	781
Average	82407071,6	14012,81	16345,81	101040,7	142882,9	8723,895833
SD	79146795,3	10276,74	15507,06	52522,64	127245,3	7757,536175

Correlation

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Consu	N° T.Cirurgias
CUSTOS	1	0,89617	0,791874	0,785539	0,966125	0,883368358
N° DSI	0,89616995	1	0,745614	0,850061	0,941202	0,928745077
N° SHD	0,7918735	0,745614	1	0,669485	0,776585	0,676171523
N° EP.URG	0,78553905	0,850061	0,669485	1	0,803696	0,746009145
N° T.Consu	0,96612455	0,941202	0,776585	0,803696	1	0,945398323
N° T.Cirurg	0,88336836	0,928745	0,676172	0,746009	0,945398	1

DMUs with inappropriate Data with respect to the chosen Model

No.	DMU
-----	-----

None

No. of DML 48

Average 0,70361437

SD 0,30949818

Maximum 1,18626205

Minimum 0,11866712

Frequency in Reference Set		Frequency to other DMUs
Reference		
Hospital de São João, E.P.E.		7
Hospital Nossa Senhora da Conceição, SPA		3
Hospital Nossa Senhora da Oliveira, E.P.E.		0
Hospital de Santo Tirso, SPA		4
Hospital de São Sebastião, E.P.E.		10
Hospital de São João da Madeira, SPA		0
Hospital de São Miguel, SPA		7
Hospital Padre Américo, E.P.E.		25
Hospital de Santa Maria, E.P.E.		0
Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E.		0
Hospital de Santo André, E.P.E.		0
Hospital de São Teotónio, E.P.E.		15
Hospitais da Universidade de Coimbra, SPA		4
Hospital Distrital de Pombal, SPA		0
Hospital Cândido de Figueiredo, SPA		1
Hospital Nossa Senhora da Assunção, SPA		16

No. of DMUs in Data =	48
No. of DMUs with inappropriate Data =	0
No. of evaluated DMUs =	48

Average of scores =	0,703614
No. of efficient DMUs =	16
No. of inefficient DMUs =	32
No. of over iteration DMUs =	0

[Super-SBM-V] LP started at 02-21-2015 00:55:47 and completed at 02-21-2015 00:55:47

Elapsed time = 0 seconds

Total number of simplex iterations = 941

Workbook Name = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Calculo DEA POR ANOS COM SUPEREFICIENCIA\2007 - SUPER SBM VRS.xlsx  
 Data File = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Amostra Tese\Dados hospitais (Formatado para DEA SOLVER).xlsx\DAT (2007)  
 DEA model = DEA-Solver LV(V8)/ Super-SBM NonOriented(Super-SBM-V)  
 Problem = Unidade Hospitalar

No. of DMUs = 42

No. of Input items = 1

Input(1) = CUSTOS

No. of Output items = 5

Output(1) = N° DSI

Output(2) = N° SHD

Output(3) = N° EP.URG

Output(4) = N° T.Consultas

Output(5) = N° T.Cirurgias

Returns to Scale = Variable (Sum of Lambda = 1)

Statistics on Input/Output Data

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Consu	N° T.Cirurgias
Max	378931971	48266	64538	255973	567954	40261
Min	5687154	1774	83	8065	13286	454
Average	99870209	16699,45	21534,14	122299,5	182835	10868,83333
SD	91556041	11762,81	17640,66	62044,74	155356,1	9166,947217

Correlation

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Consu	N° T.Cirurgias
CUSTOS	1	0,888923	0,776699	0,759544	0,967048	0,858712801
N° DSI	0,88892309	1	0,741316	0,868247	0,92054	0,903360665
N° SHD	0,77669945	0,741316	1	0,655697	0,766174	0,634038328
N° EP.URG	0,75954353	0,868247	0,655697	1	0,793604	0,726705292
N° T.Consu	0,96704834	0,92054	0,766174	0,793604	1	0,920168962
N° T.Cirurg	0,8587128	0,903361	0,634038	0,726705	0,920169	1

DMUs with inappropriate Data with respect to the chosen Model

No.	DMU
-----	-----

None

No. of DML 42

Average 0,71089305

SD 0,30888448

Maximum 1,34355214

Minimum 0,12694975

Frequency in Reference Set		Frequency to other DMUs
Reference		
Hospital de São João, E.P.E.		2
Hospital Nossa Senhora da Conceição, SPA		2
Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.		0
Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.		0
Hospital de São Sebastião, E.P.E.		1
Hospital de São João da Madeira, SPA		0
Hospital de São Miguel, SPA		10
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.		26
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.		1
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.		1
Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.		0
Hospital de São Teotónio, E.P.E.		3
Hospitais da Universidade de Coimbra, SPA		1
Hospital Cândido de Figueiredo, SPA		1
Hospital Nossa Senhora da Assunção, SPA		14
No. of DMUs in Data =	42	
No. of DMUs with inappropriate Data =	0	
No. of evaluated DMUs =	42	
Average of scores =	0,710893	
No. of efficient DMUs =	15	
No. of inefficient DMUs =	27	
No. of over iteration DMUs =	0	

[Super-SBM-V] LP started at 02-21-2015 00:57:26 and completed at 02-21-2015 00:57:27

Elapsed time = 0 seconds

Total number of simplex iterations = 859



Workbook Name = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Calculo DEA POR ANOS COM SUPEREFICIENCIA\2008 - SUPER SBM VRS.xlsx  
 Data File = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Amostra Tese\Dados hospitais (Formatado para DEA SOLVER).xlsxDAT (2008)  
 DEA model = DEA-Solver LV(V8)/ Super-SBM NonOriented(Super-SBM-V)  
 Problem = Unidade Hospitalar

No. of DMUs = 39

No. of Input items = 1

Input(1) = CUSTOS

No. of Output items = 5

Output(1) = N° DSI

Output(2) = N° SHD

Output(3) = N° EP.URG

Output(4) = N° T.Consultas

Output(5) = N° T.Cirurgias

Returns to Scale = Variable (Sum of Lambda = 1)

Statistics on Input/Output Data

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Consu	N° T.Cirurgias
Max	374037793	48591	95089	260363	757774	40611
Min	7481012,68	1668	78	8810	14583	129
Average	106376045	17455	24874,03	125582,2	203936,6	12649,58974
SD	94132592	12362,67	23056,92	63419,34	177642,4	10142,87315

Correlation

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Consu	N° T.Cirurgias
CUSTOS	1	0,905697	0,820571	0,789461	0,962579	0,877936104
N° DSI	0,90569716	1	0,809544	0,885882	0,93341	0,911562237
N° SHD	0,82057131	0,809544	1	0,666007	0,82087	0,707820989
N° EP.URG	0,78946091	0,885882	0,666007	1	0,806191	0,774090794
N° T.Consu	0,96257907	0,93341	0,82087	0,806191	1	0,910925754
N° T.Cirurg	0,8779361	0,911562	0,707821	0,774091	0,910926	1

DMUs with inappropriate Data with respect to the chosen Model

No.	DMU
-----	-----

None

No. of DML 39

Average 0,7879554

SD 0,27097727

Maximum 1,16957132

Minimum 0,15053806

Frequency in Reference Set

Reference Frequency to other DMUs

Hospital de	1
Hospital Nc	15
Centro Hos	0
Centro Hos	0
Hospital de	0
Hospital de	1
Hospital de	1
Centro Hos	19
Centro Hos	0
Centro Hos	0
Centro Hos	4
Centro Hos	0
Hospital de	0
Hospital Di:	1
Hospital de	8
Hospitals d	2
Hospital Di:	0
Hospital Câ	1

No. of DMUs in Data = 39

No. of DMUs with inappropriate Data = 0

No. of evaluated DMUs = 39

Average of scores = 0,787955

No. of efficient DMUs = 18

No. of inefficient DMUs = 21

No. of over iteration DMUs = 0

[Super-SBM-V] LP started at 02-21-2015 00:58:14 and completed at 02-21-2015 00:58:14

Elapsed time = 0 seconds

Total number of simplex iterations = 833

Workbook Name = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Calculo DEA POR ANOS COM SUPEREFICIENCIA\2009 - SUPER SBM VRS.xlsx  
 Data File = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Amostra Tese\Dados hospitais (Formatado para DEA SOLVER).xlsxDAT (2009)  
 DEA model = DEA-Solver LV(V8)/ Super-SBM NonOriented(Super-SBM-V)  
 Problem = Unidade Hospitalar

No. of DMUs = 35

No. of Input items = 1

Input(1) = CUSTOS

No. of Output items = 5

Output(1) = N° DSI

Output(2) = N° SHD

Output(3) = N° EP.URG

Output(4) = N° T.Consultas

Output(5) = N° T.Cirurgias

Returns to Scale = Variable (Sum of Lambda = 1)

Statistics on Input/Output Data

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Consu	N° T.Cirurgias
Max	417140513	50128	118472	286430	787716	42988
Min	7259485,65	1005	7	8952	13516	918
Average	126089660	19315,86	29070,49	139425,1	237165,2	14947,97
SD	105067397	12588,36	26848,63	64618,38	187319,6	10916,89

Correlation

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Consu	N° T.Cirurgias
CUSTOS	1	0,865346	0,768738	0,731702	0,955458	0,859049
N° DSI	0,86534645	1	0,728838	0,843854	0,911897	0,878328
N° SHD	0,76873752	0,728838	1	0,580975	0,772119	0,628815
N° EP.URG	0,73170173	0,843854	0,580975	1	0,759461	0,699052
N° T.Consu	0,95545811	0,911897	0,772119	0,759461	1	0,911223
N° T.Cirurg	0,85904863	0,878328	0,628815	0,699052	0,911223	1

DMUs with inappropriate Data with respect to the chosen Model

No.	DMU
-----	-----

None

No. of DML 35

Average 0,74485471

SD 0,28082646

Maximum 1,38641407

Minimum 0,17356652

Frequency in Reference Set

Reference Frequency to other DMUs

Hospital de	4
Hospital Nc	13
Centro Hos	0
Centro Hos	0
Centro Hos	21
Centro Hos	6
Centro Hos	0
Centro Hos	0
Centro Hos	0
Hospital de	11
Hospitals d	2
Hospital Di	0
Hospital Cê	0

No. of DMUs in Data = 35

No. of DMUs with inappropriate Data = 0

No. of evaluated DMUs = 35

Average of scores = 0,744855

No. of efficient DMUs = 12

No. of inefficient DMUs = 23

No. of over iteration DMUs = 0

[Super-SBM-V] LP started at 02-21-2015 00:58:56 and completed at 02-21-2015 00:58:56

Elapsed time = 0 seconds

Total number of simplex iterations = 658

Workbook Name = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Calculo DEA POR ANOS COM SUPEREFICIENCIA\2010 - SUPER SBM VRS.xlsx  
 Data File = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Amostra Tese\Dados hospitais (Formatado para DEA SOLVER).xlsxDAT (2010)  
 DEA model = DEA-Solver LV(V8)/ Super-SBM NonOriented(Super-SBM-V)  
 Problem = Unidade Hospitalar

No. of DMUs = 35

No. of Input items = 1

Input(1) = CUSTOS

No. of Output items = 5

Output(1) = N° DSI

Output(2) = N° SHD

Output(3) = N° EP.URG

Output(4) = N° T.Consultas

Output(5) = N° T.Cirurgias

Returns to Scale = Variable (Sum of Lambda = 1)

Statistics on Input/Output Data

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Consu	N° T.Cirurgias
Max	447490024	49333	124123	344293	735157	44552
Min	6350146	117	17	8927	11724	220
Average	127433148	18809,66	30903,51	140260,2	243619,7	14635,71
SD	107659397	12220,35	27701,26	67603,26	185790,5	10726,8

Correlation

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Consu	N° T.Cirurgias
CUSTOS	1	0,92219	0,75887	0,76483	0,959182	0,868267
N° DSI	0,92218986	1	0,767211	0,836735	0,941947	0,907934
N° SHD	0,75886972	0,767211	1	0,581561	0,768524	0,664956
N° EP.URG	0,76483038	0,836735	0,581561	1	0,77201	0,701009
N° T.Consu	0,95918159	0,941947	0,768524	0,77201	1	0,933327
N° T.Cirurg	0,86826707	0,907934	0,664956	0,701009	0,933327	1

DMUs with inappropriate Data with respect to the chosen Model

No.	DMU
-----	-----

None

No. of DML 35

Average 0,79214868

SD 0,25643873

Maximum 1,11961288

Minimum 0,18464639

Frequency in Reference Set		Frequency to other DMUs
Reference		
Hospital de São João, E.P.E.		4
Hospital Nossa Senhora da Conceição, SPA		10
Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.		0
Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.		0
Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.		1
Centro Hospitalar entre Douro e Vouga, E.P.E.		11
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.		12
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.		0
Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.		1
Centro Hospitalar Oeste Norte, SPA		0
Hospital de Santo André, E.P.E.		0
Hospital de São Teotónio, E.P.E.		4
Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E.		1
Hospital Distrital de Pombal, SPA		1
Hospital Cândido de Figueiredo, SPA		0
No. of DMUs in Data =	35	
No. of DMUs with inappropriate Data =	0	
No. of evaluated DMUs =	35	
Average of scores =	0,792149	
No. of efficient DMUs =	14	
No. of inefficient DMUs =	21	
No. of over iteration DMUs =	0	

[Super-SBM-V] LP started at 02-21-2015 00:59:46 and completed at 02-21-2015 00:59:47

Elapsed time = 0 seconds

Total number of simplex iterations = 797

Workbook Name = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Calculo DEA POR ANOS COM SUPEREFICIENCIA\2011 - SUPER SBM VRS.xlsx  
 Data File = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Amostra Tese\Dados hospitais (Formatado para DEA SOLVER).xlsx\DAT (2011)  
 DEA model = DEA-Solver LV(V8)/ Super-SBM NonOriented(Super-SBM-V)  
 Problem = Unidade Hospitalar

No. of DMUs = 30

No. of Input items = 1

Input(1) = CUSTOS

No. of Output items = 5

Output(1) = N° DSI

Output(2) = N° SHD

Output(3) = N° EP.URG

Output(4) = N° T.Consultas

Output(5) = N° T.Cirurgias

Returns to Scale = Variable (Sum of Lambda = 1)

Statistics on Input/Output Data

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Consu	N° T.Cirurgias
Max	460719983	80644	126950	359067	2136258	45570
Min	23777549,3	5465	5765	9455	73329	4286
Average	142379287	24559,07	37196,63	161393,5	362950,9	16797,63333
SD	113332451	18548,61	29904,39	73936,64	396236,8	11732,16142

Correlation

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Consu	N° T.Cirurgias
CUSTOS	1	0,708418	0,69954	0,733944	0,43055	0,870118684
N° DSI	0,70841775	1	0,350082	0,687711	0,361958	0,727554991
N° SHD	0,69954031	0,350082	1	0,393531	0,232376	0,666686136
N° EP.URG	0,73394363	0,687711	0,393531	1	0,513345	0,785552647
N° T.Consu	0,43054992	0,361958	0,232376	0,513345	1	0,438381811
N° T.Cirurg	0,87011868	0,727555	0,666686	0,785553	0,438382	1

DMUs with inappropriate Data with respect to the chosen Model

No.	DMU
-----	-----

None

No. of DML 30

Average 0,68375366

SD 0,3718228

Maximum 1,38268302

Minimum 0,19129843

Frequency in Reference Set

Reference	Frequency to other DMUs
Centro Hospitalar de São João, E.P.E.	4
Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.	0
Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.	4
Centro Hospitalar entre Douro e Vouga, E.P.E.	0
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.	4
Hospital Distrital Santa Maria Maior, E.P.E.	6
Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.	1
Instituto Português de Oncologia de Lisboa, E.P.E.	0
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.	18
Centro Hospitalar Leiria-Pombal, E.P.E.	6
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.	14
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E.P.E.	0

No. of DMUs in Data =	30
No. of DMUs with inappropriate Data =	0
No. of evaluated DMUs =	30

Average of scores =	0,683754
No. of efficient DMUs =	12
No. of inefficient DMUs =	18
No. of over iteration DMUs =	0

[Super-SBM-V] LP started at 02-21-2015 01:00:39 and completed at 02-21-2015 01:00:40

Elapsed time = 0 seconds

Total number of simplex iterations = 628



Workbook Name = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Calculo DEA POR ANOS COM SUPEREFICIENCIA\2012 - SUPER SBM VRS.xlsx  
 Data File = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Amostra Tese\Dados hospitais (Formatado para DEA SOLVER).xlsx\DAT (2012)  
 DEA model = DEA-Solver LV(V8)/ Super-SBM NonOriented(Super-SBM-V)  
 Problem = Unidade Hospitalar

No. of DMUs = 28

No. of Input items = 1

Input(1) = CUSTOS

No. of Output items = 5

Output(1) = N° DSI

Output(2) = N° SHD

Output(3) = N° EP.URG

Output(4) = N° T.Consultas

Output(5) = N° T.Cirurgias

Returns to Scale = Variable (Sum of Lambda = 1)

Statistics on Input/Output Data

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Consu	N° T.Cirurgias
Max	447409435	65962	125580	289172	873611	42882
Min	21771174	5192	3819	9526	70862	3656
Average	144672612	23100,39286	38839,36	152977,4	312271,3	17344,71429
SD	120351096	14001,28547	31793,15	62879,96	224819,2	11731,57218

Correlation

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Consu	N° T.Cirurgias
CUSTOS	1	0,946877344	0,641143	0,705709	0,959768	0,885935728
N° DSI	0,94687734	1	0,557713	0,820261	0,955659	0,910754635
N° SHD	0,64114262	0,55771293	1	0,290079	0,675988	0,690599562
N° EP.URG	0,7057087	0,820261342	0,290079	1	0,732666	0,7285551
N° T.Consultas	0,9597684	0,955658766	0,675988	0,732666	1	0,955804797
N° T.Cirurgias	0,88593573	0,910754635	0,6906	0,728555	0,955805	1

DMUs with inappropriate Data with respect to the chosen Model

No.	DMU
	None

No. of DMUs 28  
 Average 0,82485194  
 SD 0,26183272  
 Maximum 1,50829208  
 Minimum 0,43473841

Frequency in Reference Set

Reference	Frequency to other DMUs
Centro Hospitalar de São João, E.P.E.	5
Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.	0
Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.	2
Centro Hospitalar entre Douro e Vouga, E.P.E.	14
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.	4
Hospital Distrital Santa Maria Maior, E.P.E.	6
Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.	0
Instituto Português de Oncologia de Lisboa, E.P.E.	1
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.	0
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.	1
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E.P.E.	1
Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.	0

No. of DMUs in Data =	28
No. of DMUs with inappropriate Data =	0
No. of evaluated DMUs =	28

Average of scores =	0,824852
No. of efficient DMUs =	12
No. of inefficient DMUs =	16
No. of over iteration DMUs =	0

[Super-SBM-V] LP started at 02-24-2015 20:12:24 and completed at 02-24-2015 20:12:24

Elapsed time = 1 seconds

Total number of simplex iterations = 576

Workbook Name = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Calculo DEA POR ANOS COM SUPEREFICIENCIA\2013 - SUPER SBM VRS.xlsx  
 Data File = C:\Users\AMN\Desktop\Doutoramento\Tese\DEA SOLVER\DEA TESE\  
 Amostra Tese\Dados hospitais (Formatado para DEA SOLVER).xlsxDAT (2013)  
 DEA model = DEA-Solver LV(V8)/ Super-SBM NonOriented(Super-SBM-V)  
 Problem = Unidade Hospitalar

No. of DMUs = 19

No. of Input items = 1

Input(1) = CUSTOS

No. of Output items = 5

Output(1) = N° DSI

Output(2) = N° SHD

Output(3) = N° EP.URG

Output(4) = N° T.Consultas

Output(5) = N° T.Cirurgias

Returns to Scale = Variable (Sum of Lambda = 1)

Statistics on Input/Output Data

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Consu	N° T.Cirurgias
Max	423450626	52306	127368	283748	814852	44090
Min	21672105,6	5115	2426	9612	62678	3142
Average	156431112	23209,21	45101,26	156031,3	342244,7	18571
SD	117968694	12746,9	34032,58	65833,07	227165,1	12637,86

Correlation

	CUSTOS	N° DSI	N° SHD	N° EP.URG	N° T.Consu	N° T.Cirurgias
CUSTOS	1	0,951657	0,689227	0,652277	0,95305	0,859793
N° DSI	0,95165742	1	0,681352	0,795319	0,948397	0,913129
N° SHD	0,68922691	0,681352	1	0,369617	0,736273	0,740247
N° EP.URG	0,65227716	0,795319	0,369617	1	0,653766	0,645977
N° T.Consu	0,95305016	0,948397	0,736273	0,653766	1	0,946559
N° T.Cirurg	0,85979311	0,913129	0,740247	0,645977	0,946559	1

DMUs with inappropriate Data with respect to the chosen Model

No.	DMU
-----	-----

None

No. of DML 19

Average 0,90887958

SD 0,23126295

Maximum 1,28734623

Minimum 0,54569759

Frequency in Reference Set		Frequency to other DMUs
Reference		
Centro Hospitalar de São João, E.P.E.		3
Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.		0
Centro Hospitalar entre Douro e Vouga, E.P.E.		8
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.		0
Hospital Distrital Santa Maria Maior, E.P.E.		2
Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.		0
Instituto Português de Oncologia de Lisboa, E.P.E.		0
Centro Hospitalar Oeste, SPA		0
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.		3
Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.		2
Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.		0
No. of DMUs in Data =	19	
No. of DMUs with inappropriate Data =	0	
No. of evaluated DMUs =	19	
Average of scores =	0,90888	
No. of efficient DMUs =	11	
No. of inefficient DMUs =	8	
No. of over iteration DMUs =	0	

[Super-SBM-V] LP started at 02-24-2015 20:13:23 and completed at 02-24-2015 20:13:23

Elapsed time = 0 seconds

Total number of simplex iterations = 517



