



FMUP

HOSPITAL FUNDAÇÃO ESTATAL

GUILHERMINA REGO

RUI NUNES

COM A COLABORAÇÃO DE:

RAQUEL MACHADO LOPES

UNIDADE CURRICULAR DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

PORTO, JUNHO DE 2009

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

1. ENQUADRAMENTO E EVOLUÇÃO DO PAPEL DO ESTADO NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

2. EVOLUÇÃO DOS MODELOS DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

2.1 MODELO TRADICIONAL DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

2.2 NOVO MODELO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

2.2.1 A NOVA GESTÃO PÚBLICA: FUNDAMENTOS

2.2.2 A NOVA GESTÃO PÚBLICA E A REFORMA NO SECTOR DA SAÚDE: DESAFIOS E IMPLICAÇÕES

2.2.2.1 FUNDAÇÃO ESTATAL. UMA SOLUÇÃO? UM MODELO DE GOVERNAÇÃO MAIS ÉTICO E SOCIALMENTE MAIS RESPONSÁVEL?

3. EMPRESARIALIZAÇÃO HOSPITALAR

3.1 MODELOS DE GESTÃO HOSPITALAR – O CASO PORTUGUÊS

3.1.1 EVOLUÇÃO E BREVE CARACTERIZAÇÃO DOS MODELOS. O EXPERIMENTALISMO E A NOVA LEI DE GESTÃO HOSPITALAR

4. FUNDAÇÃO ESTATAL: MODELO DE GESTÃO PARA HOSPITAIS PÚBLICOS?

4.1 PERSPECTIVA JURÍDICA: DEFINIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO À LUZ DO DIREITO PORTUGUÊS

4.2 MODELO FUNDAÇÕES PÚBLICAS DE DIREITO PRIVADO – APLICAÇÃO ÀS INSTITUIÇÕES PÚBLICAS DE ENSINO SUPERIOR EM PORTUGAL – RJIES

4.3 DESCRIÇÃO DO MODELO DE GOVERNAÇÃO

4.4 EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS NO SECTOR HOSPITALAR

4.4.1 EXPERIÊNCIA BRITÂNICA: *NHS FOUNDATION TRUST*

4.4.2 EXPERIÊNCIA BRASILEIRA: FUNDAÇÃO ESTATAL

5. ANÁLISE SWOT: METODOLOGIA DE PLANEAMENTO ESTRATÉGICO

6. SÍNTESE E RECOMENDAÇÕES

HOSPITAL FUNDAÇÃO ESTATAL DE DIREITO PRIVADO

UM NOVO PARADIGMA PARA OS HOSPITAIS DO SNS

INTRODUÇÃO

1 – ENQUADRAMENTO E EVOLUÇÃO DO PAPEL DO ESTADO NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

Ao longo das últimas décadas têm sido profundas as alterações do papel do Estado e, conseqüentemente, da Administração Pública, cujo perfil e funções são por ele determinados. De facto, o contexto histórico, económico, político e social em que o Estado desenvolve as suas actividades e exerce a sua missão, impõe mudanças estruturais no âmbito de actuação da Administração Pública.

Na nova economia global, os recursos humanos, as tecnologias de informação, a rapidez no processo de tomada de decisões, entre outros elementos promovem desafios para o Estado no âmbito do exercício das suas funções. Ou seja, a actual sociedade da informação e do conhecimento promoveu e, em certa medida, impôs uma modernização do Estado e da Administração Pública, levando a alterações das suas principais funções e tarefas.

Está em causa a capacidade governativa do Estado. Isto é, as transformações do meio envolvente reflectem-se na reforma do Estado e da Administração Pública. Em particular nos seus sistemas de gestão (financeira, estratégica, de recursos humanos, de qualidade dos serviços), e na natureza jurídica das instituições que lhe estão associadas.

Por outro lado, deve ter-se em atenção os importantes benefícios alcançados com os sistemas de protecção social implementados no mundo ocidental desde o século XIX. Note-se que apesar de existirem diferentes perspectivas do desenvolvimento económico e social, e visões mais ou menos liberais sobre o papel do indivíduo na sociedade, o Estado Social (mais extenso na Europa ou apenas subsidiário nos Estados Unidos da América) é invariavelmente considerado como uma importante conquista civilizacional.

O grande dilema evidenciado ao longo das duas últimas décadas é que a globalização dos mercados veio colocar em causa a sustentabilidade económica e financeira do Estado Social, porque a lógica da democracia representativa não conseguiu colocar barreiras efectivas à dimensão do Estado enquanto tal¹. E, em consequência, este sobrepeso do Estado Social retirou competitividade às economias dos países ocidentais face a países onde a justiça social tem uma abrangência muito mais limitada.

O grande desafio do Estado, no contexto actual, é procurar combinar e concertar da melhor forma as suas funções de Estado democrático, concretamente de Estado de Direito, com as novas orientações de gestão na Administração Pública fundadas a partir de uma lógica de mercado. O objectivo central é garantir a sustentabilidade e promover a competitividade.

Como refere Rui Nunes² o Estado assume cada vez menos uma postura intervencionista, reduzindo significativamente as tarefas que lhe estão atribuídas no plano social e assumindo particular relevância no âmbito das actividades de gestão, de controlo e de regulação. Segundo Majone³ assiste-se a uma mudança de paradigma entre o Estado positivo – intervencionista – e o Estado regulador. O que alguns autores referem como Estado Pós-Social.

As funções tradicionais de produção e de distribuição de bens e serviços têm vindo a ser progressivamente substituídas pelas funções de financiamento, de prestação e de regulação. Ainda que, actualmente, se insista na clara separação destas funções de modo a evitar algumas incompatibilidades e exista uma tendência a reforçar o papel regulador do Estado. Em parte justificado pela implementação de um modelo/processo de mercado, o qual deve ser estrategicamente regulado. O sector da saúde constitui um bom exemplo desta trajectória e de uma nova postura do Estado.

¹ Sobre a problemática do estabelecimento de limites à provisão de bens sociais ver Government Committee on Choices in Health Care (1992): “Choices in health care”, The Netherlands; e Coulter, A.; Ham, C. (2000) “The global challenge of health care rationing”, Open University Press, Buckingham, Philadelphia.

² Nunes, R. (2009): “Regulação da saúde”, Vida Económica, segunda edição, Porto, Portugal.

³ Majone, G. (1997): “From the positive to the regulatory state: Causes and consequences of change in the mode of governance”, Journal of Public Policies, vol. 17, pp. 139-167.

Porém, e como defendem alguns autores, não se trata de uma lei de “tudo ou nada”. A nova envolvente em que o Estado se movimenta exige por parte deste um ajustamento, o que é usualmente designado por “reinventar a governação”. Que, segundo Rosanvallon⁴, passa por:

1. Um reforço das competências das administrações e colectividades locais – descentralização das competências;
2. Organismos não públicos assumirem a prestação de serviços públicos; e
3. Desburocratização e racionalização da gestão dos grandes serviços públicos.

Governação, no sentido que exprime e descreve um processo político em que as instituições governamentais, regionais e locais, assumem um poder que deixou de estar centrado e concentrado numa entidade governamental central. O poder da “máquina governamental central” dilui-se por diferentes entidades/agentes governamentais locais e regionais. E também, pelos grupos económicos, pela sociedade civil e pelas organizações não governamentais (ONG).

2 – EVOLUÇÃO DOS MODELOS DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

2.1 MODELO TRADICIONAL DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

A ineficiência e a ineficácia verificadas na Administração Pública tradicional e a progressiva substituição das funções clássicas do Estado promoveram alterações significativas no modelo tradicional de Administração Pública. Desde logo, a eliminação de muitas das ferramentas e dos órgãos administrativos que até então tinham sido criados e que sustentavam o modelo tradicional.

O modelo clássico e tradicional de administração associa-se a um Estado hierárquico. Caracteriza-se por uma administração subordinada ao controlo de uma liderança política. É baseado na hierarquia definida pelo modelo da burocracia, cujo *staff* é

⁴ Rosanvallon, P. (1995): “La crisis del Estado providencia”, Madrid, Editorial Civitas.

constituído por agentes permanentes, neutrais e anónimos, motivados apenas pelo interesse público, que agem de forma igual e não definem a política mas antes gerem e administram as políticas definidas e decididas pelo poder político⁵.

O poder político, concentrado no topo da pirâmide das organizações, é exercido através de uma “máquina administrativa de tipo burocrático e hierárquico”, recorrendo à coacção – “força material”. Existe uma ordem/cadeia de comando, onde as leis e as regras assumem um papel privilegiado no exercício de toda a actividade. O processo de decisão espelha a cadeia de comando existente. As decisões tomadas são apresentadas “do topo para as bases” (*top-down*).

Este modelo de Estado hierárquico, resultante da aplicação da teoria da burocracia, expandida por Max Weber (1864-1920), não é hoje integralmente identificável com as necessidades impostas por uma sociedade em permanente mudança. Weber no seu “tipo-ideal” de organização dá especial relevância aos princípios da especialização e da divisão do trabalho. No entanto, esta divisão do trabalho torna mais complexo o funcionamento interno das organizações exigindo coordenação. Daí a definição de hierarquia como meio de ultrapassar esta dificuldade. Ou seja, através de uma estrutura hierárquica é possível coordenar e controlar as actividades exercidas.

O modo tradicional de organizar a Administração Pública passa por organizar as actividades seguindo-se uma hierarquia de autoridade formal de acordo com um sistema impessoal de regras. Weber concebe uma organização burocrática cuja coordenação hierárquica se caracteriza pela definição de domínios de actuação, relações formais do tipo “superior-subordinado” e forte prevalência e confiança nas regras e nos registos. Através da estrutura hierárquica desenvolvem-se as actividades e centraliza-se o controlo das mesmas. Trata-se de um modelo assente no poder e na autoridade.

Aquando do seu surgimento, esta teoria produziu um impacto positivo em termos de eficiência na gestão dos recursos e de eficácia na administração e alcance dos

⁵ Hughes, O. (1998): “Public management and administration”; second edition, Palgrave, Hampshire.

resultados, principalmente quando comparada com as modalidades iniciais de administração. A sua principal diferença, relativamente às fases iniciais de administração, reside na eliminação de formas pessoais de administração e da implementação de sistemas impessoais baseados em regras. A ideia que Max Weber pretende transmitir é que mesmo que um indivíduo abandone a organização, o sistema e as suas regras perduram.

Em síntese, esta teoria da burocracia, base do modelo tradicional de administração, visa o alcance da máxima eficiência nas organizações. Neste contexto, Weber⁶ defende que: *“The decisive reason for the advance of bureaucratic organisation has always been its purely technical superiority over any other form of organisation. The fully developed bureaucratic mechanism compares with other organisations exactly as does the machine with non-mechanical modes of production. Precision, speed, unambiguity, knowledge of the files, continuity, discretion, unity, strict subordination, reduction of friction and personal costs – these are raised to the optimum point in the strictly bureaucratic organisation.”*.

Trata-se de um modelo especialmente concebido para organizações governamentais, que defende como princípio que o único meio de gerir os grandes “sistemas sociais” é uma autoridade burocrática, fundada na “legitimidade legal-racional”.

Porém, esta burocracia coloca alguns problemas. As principais disfunções da teoria da burocracia prendem-se com aspectos de natureza económico-social. Desde logo, destaca-se o facto de poder tornar-se tendencialmente pouco democrática e não atender convenientemente às pessoas (utentes e profissionais), às suas motivações e aos seus comportamentos. É inevitável o conflito entre a rigidez, a hierarquia e a racionalidade formal da burocracia com a democracia (colocando em causa, como veremos, o princípio da *democratic accountability*). Também acresce a possibilidade de existir despersonalização das relações laborais, resistência à mudança fruto da segurança que as pessoas detêm com o seguimento das regras e possibilidade de ausência de qualidade

⁶ Citado em Hughes, O. (1998): “Public management and administration”; second edition, Palgrave, Hampshire.

e de criatividade no desempenho das tarefas, devido à assunção de uma atitude conformista por parte dos burocratas. É um modelo que atribui demasiada importância aos procedimentos e às regras em detrimento dos resultados e da satisfação dos cidadãos. Pelo que na ausência de avaliação dos resultados, quer em termos de *output* quer em termos de *outcome*, a gestão destas organizações será seguramente ineficiente. Trata-se de um modelo que tende a ser rígido e burocrático, que impede um processo de decisões flexível. Esta burocracia e formalismo impedem, o que hoje é determinante, rapidez e flexibilidade dos processos de decisão. Promovendo, neste sentido, alguma ineficiência.

Mais ainda, o sistema de controlo político definido neste modelo tradicional de administração é igualmente controverso. Como refere Hughes⁷, este modelo promove:

1. Uma clara separação entre aquilo que é política, que é tarefa dos políticos, daquilo que é administração, que é da competência do serviço público; e
2. Uma administração anónima, neutral e independente de qualquer decisão ou política emanada de um órgão político governamental.

Como se depreende, na prática não é simples, nem linear, a separação entre aquilo que é actividade do Governo e aquilo que é a administração. Existe, sem dúvida, uma forte interdependência entre estas duas entidades.

A relação entre Administração Pública e poder político assume hoje uma nova dimensão. Durante muito tempo, por influência de Weber, considerou-se que a Administração Pública estava subordinada ao poder político – que numa sociedade democrática e plural é legitimado pelo voto popular – e cuja principal função era a execução das políticas do Governo. Porém, a incapacidade manifestada pelo poder político na gestão pública reforçou a posição dos burocratas, que passaram cada vez mais a intervir na esfera política.

⁷ Hughes, O. (1998): “Public management and administration”; second edition, Palgrave, Hampshire.

2.2 NOVO MODELO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

2.2.1 A NOVA GESTÃO PÚBLICA: FUNDAMENTOS

De facto, de acordo com a Teoria da Escolha Pública (*Public Choice Theory*) os burocratas estão principalmente motivados pelo seu interesse próprio e não pelo interesse público. Este problema é agravado pela ausência no sector público de estruturas e processos organizacionais apropriados. A falta de eficiência do sector público deve-se, como sugere George Boyne, à essência monopolista da estrutura de mercado deste sector, à falta de indicadores válidos de desempenho organizacional e ao sobre-dimensionamento de alguns operadores públicos⁸.

As críticas tecidas ao modelo tradicional de Administração Pública, concretamente às bases que o sustentam, puseram em causa a sua viabilidade a partir da década de setenta, originando novas correntes de pensamento a este propósito. Por um lado, o sistema de controlo político tradicional definido tem dificuldades em se fazer cumprir (inaplicabilidade) e, por outro, a teoria da burocracia começa a ser perspectivada como fonte de ineficiência, originando até, segundo alguns autores, inércia e mediocridade nas actividades desenvolvidas.

Este modelo deixou então de ser “universalmente” aceite como um meio de promoção da eficiência técnica, tal como Weber a concebia. Assim se conclui, que apesar de na sua concepção, este modelo formal de burocracia se destinar à administração de organizações dos sectores público e privado, nos dias de hoje é dificilmente defensável a sua aplicação no formato original, e muito menos no âmbito do sector público.

As décadas de oitenta e noventa caracterizaram-se por uma profunda alteração no *modus operandi* da Administração Pública. Assistiu-se a uma forte evolução desta em termos da prestação de bens e serviços. Cada vez mais, os governos adoptaram intervenções tal como o recurso à privatização no âmbito da prestação de serviços

⁸ Boyne, G.; Farrell, C.; Law, J.; et al. (2003): “Evaluating public management reforms. Principles and practice”, *Managing the Public Services Series*, Open University Press, Philadelphia.

públicos, a introdução de medidas que visam a racionalização e permitem aumentar a produtividade e a implementação de novos modelos de gestão dos serviços públicos⁹.

Nas últimas décadas, a introdução de uma lógica de mercado e, portanto, a consequente empresarialização no sector público, é perspectivada como um instrumento de controlo da despesa pública e de equilíbrio orçamental em muitos países ocidentais. A promoção desta nova orientação de gestão foi, em parte, fomentada pelo peso dos gastos sociais do modelo Estado Providência e, conseqüentemente, pelo excesso da despesa pública e da dívida pública. Por outro lado, assistiu-se igualmente a um aumento das expectativas dos cidadãos relativamente ao seu direito a um serviço público de qualidade e à incapacidade de resposta às necessidades da população derivada da complexidade da máquina administrativa (falhas de governo).

Esta alternativa na governação assenta na premissa que através da combinação dos princípios que sustentam um sistema de mercado com os instrumentos associados à gestão do sector privado é possível aumentar os níveis de desempenho do sector público. E que a legitimidade das actividades do sector público deve ser avaliada com base nos *outputs*, nos *outcomes* e na eficiência¹⁰.

Está em causa uma outra perspectiva de coordenação e controlo das actividades desenvolvidas por organismos públicos. Trata-se de uma abordagem racional, assente na teoria económica, proposta nos anos trinta do século passado e desenvolvida, posteriormente (1975) por Williamson¹¹. Ou seja, também o mercado, tal como a hierarquia, pode ser um instrumento alternativo de coordenação e controlo das actividades desenvolvidas¹².

⁹ Carapeto, C.; Fonseca, F. (2005): “Administração pública – Modernização, qualidade e inovação”, 1ª edição, Edições Sílabo, Lisboa. Rego, G. (2008): “Gestão empresarial dos serviços públicos: Uma aplicação ao sector da saúde”, Porto, Vida Económica.

¹⁰ Meyer, R. (2006): “Changing institutional logics and executive identities. A managerial challenge to public administration in Austria”; *American Behavioral Scientist*, vol. 49 (7), pp. 1000-1014.

¹¹ Williamson, O. (1975): “Markets and hierarchies”; The Free Press, New York.

¹² A escolha por uma ou outra forma dependerá dos custos de transacção associados à produção de um determinado serviço. Isto é, os custos associados à troca de bens e serviços entre pessoas,

Atendendo aos argumentos apresentados na literatura a propósito das estruturas de administração tradicional, concretamente a preocupação centrada apenas nos resultados e não no desempenho global, a ausência de uma prestação pública de contas (*accountability*) traduzida pela falta de responsabilização e de transparência, em parte associada às múltiplas organizações e linhas de gestão criadas, a falta de incentivos à criatividade, entre outros, promoveram, conjuntamente com outros factores (pressões de reforma da Administração Pública) o desenvolvimento do *New Public Management* (NPM). Trata-se da abordagem gestionária mais popular nos anos oitenta e noventa do século passado¹³.

A adopção de novas modalidades de governação resultou da incapacidade de resposta das organizações públicas tradicionais aos novos desafios económicos, tecnológicos e sociais e respectivos problemas emergentes. Neste sentido, surge uma nova orientação no âmbito da reforma da Administração Pública, que se traduziu na introdução de um modelo mais liberal. Isto é, reforçam-se os processos de liberalização e de privatização das actividades económicas e adoptam-se procedimentos até aí característicos da iniciativa privada, com vista a uma utilização mais eficiente dos recursos. Pretende-se uma gestão orientada para os resultados e centrada no desempenho e na eficácia.

Assim, a redução do número de organismos criados, a desburocratização através da simplificação dos procedimentos, a descentralização do poder central, o *empowerment*,

e portanto com as estruturas que determinam e governam essas transacções. Os quais são influenciados por vários factores. A assimetria de informação e a incerteza são alguns exemplos de factores que afectam os custos de transacção. Ambas as alternativas de intervenção têm limitações, pelo que vários autores têm explorado qual das duas promove uma redução dos custos de transacção e simultaneamente ganhos de eficiência. Ainda que não exista um consenso a este propósito. Ver Araújo, J. (2000): “Hierarquia e mercado: A experiência recente da administração gestonária”; *In* “Moderna Gestão Pública – dos meios aos resultados”, Acta Geral do 2º Encontro INA, Oeiras: INA – Instituto Nacional de Administração.

¹³ No sector da saúde está em causa a provisão de bens públicos (educação para a saúde, por ex.), de bens de mérito (vacinação, por ex.), ou de bens estritamente privados (tratamento do cancro, por ex.). De toda a evidência, e como refere Peyvand Khaleghian, a Nova Gestão Pública aplica-se sobretudo à prestação de cuidados de saúde individuais sendo que as “funções de saúde públicas essenciais”, são menos passíveis de ser administradas desta forma. Ver Khaleghian, P.; Gupta, M. (2005): “Public management and the essential public health functions”, *World Development* vol. 33 (7), pp. 1083-1099.

entre outras, constituem algumas das principais medidas inerentes à abordagem gestonária.

De facto, o NPM representa mais do que uma simples reforma da Administração Pública. Trata-se não apenas de uma profunda transformação interna do sector público, como de questionar o modo como este se relaciona com a sociedade e com o Governo. Esta perspectiva gestonária nasce da consciencialização da necessidade de aumentar a produtividade como meio de superar o excesso de despesa e de dívida pública.

Parece existir consenso quanto às concepções teóricas que envolvem o NPM:

1. Maior responsabilização para os gestores públicos, levando à cessação de contratos por incumprimento dos objectivos. O gestor público torna-se uma espécie de gestor político, na medida em que também ele é envolvido no processo político, alterando-se por isso o tipo de relacionamento entre os gestores públicos e o poder político. Há uma responsabilidade individual acrescida comparativamente à gestão pública tradicional. A noção de *accountability*¹⁴ é reforçada. Também, e tal como se observa no sector da saúde, impõe-se uma especialização destes gestores públicos. Envolvendo

¹⁴ O conceito de *accounting* é reforçado quando associado ao sector público e assume especificidades comparativamente ao sector privado. Em democracia, os governos são eleitos pelos cidadãos a fim de lhes providenciarem determinados bens e serviços. A prestação de alguns destes bens, tal como a saúde ou a educação, não pode ser deixada no âmbito do funcionamento de mercado. Neste sentido, a população exige uma prestação de contas por parte do Governo. Como forma de controlar o exercício das funções do Governo, a população tem de estar informada. O sector público ao providenciar bens sociais, ao cobrar impostos como meio de financiar uma grande parte da sua actividade, torna distinta a noção de *accountability* relativamente ao sector privado. A noção de prestação de contas no sector público prende-se com a utilização de fundos públicos tendo os cidadãos o direito de conhecer o modo como estes são utilizados. O Governmental Accounting Standards Board (GASB) apresenta este conceito da seguinte forma: “*Accountability is the cornerstone of all financial reporting in government...Governmental accountability is based on the belief that the citizenry has a right to know, a right to receive openly declared facts that may lead to public debate by the citizens and their elected representatives. Financial reporting plays a major role in fulfilling government’s duty to be publicly accountable in a democratic society.*” Governmental Accounting Standards Board (1987): “Concepts statement N°1. Objectives of financial reporting”; Stanford, CT: GABS, In Ellwood, S.; Newbury, S. (2006): “A bridge too far: A common conceptual framework for commercial and public benefits entities”; Accounting and Business Research, vol. 36 (1), pp. 19-32.

cada vez mais especialistas em gestão, economia ou engenharia para o desempenho destes cargos;

2. As organizações públicas começam a definir padrões de avaliação do desempenho e centram-se particularmente no alcance dos resultados. Introduzem-se os sistemas de avaliação por mérito e os sistemas de incentivos com base na produtividade;
3. Tendencialmente e em consequência da escassez de recursos, o NPM impõe “disciplina” na utilização dos recursos. Tem na base uma política de controlo dos custos e;
4. Introduce o planeamento e a gestão estratégica nas organizações públicas governamentais, como forma de garantir uma gestão mais eficiente dos recursos disponíveis e uma maior adaptação ao meio envolvente. Assim, apela para que também as organizações públicas definam com precisão a sua missão, os seus objectivos e analisem cuidadosamente o meio envolvente, a fim de detectarem as oportunidades e as ameaças, bem como analisem a sua cadeia de valor para deste modo identificarem os principais condutores de custos e de valor.

A introdução de uma lógica de mercado assente na competitividade, na concorrência e nos resultados leva a que a sobrevivência de algumas organizações públicas, considerando-se a liberdade de escolha do cidadão, poderá depender igualmente da sua capacidade em captar “utentes”. Pelo que, a qualidade institucional e dos serviços prestados constituirá, cada vez mais, a base de diferenciação. A aposta na qualidade, consequência da lógica de mercado, será um imperativo na Administração Pública.

Tal como o modelo tradicional assentava nas teorias da burocracia e da separação de poderes entre políticos e administradores públicos, o *New Public Management* tem, também, duas bases teóricas que sustentam as suas concepções e os seus conteúdos.

Trata-se da teoria económica e dos fundamentos inerentes à gestão privada¹⁵. Estes são os pilares do NPM.

Não restam dúvidas que o pensamento económico sustenta esta abordagem. Esta teoria sobrepõe-se à teoria das motivações no atinente ao modo de agir dos gestores. A racionalidade económica impera. Os principais argumentos apresentados pelos seus defensores relacionam-se com a sua “precisão”, “previsão” e “empirismo”, que se tornam bastante relevantes na governação.

Também, e no que se refere à influência do sector privado, observa-se que o sector público importou algum do seu pensamento e das suas experiências. Por exemplo, a adopção de modelos de gestão mais flexíveis, cuja orientação é para os resultados – ainda que esta orientação derive igualmente da teoria económica. Mais ainda, as organizações pertencentes ao sector público dão maior importância ao planeamento e à gestão estratégica, que é sem dúvida algo que deriva do sector privado, bem como recorrem cada vez mais, no âmbito dos recursos humanos, à fixação de objectivos, a políticas de incentivos e de avaliação por mérito.

De facto, esta perspectiva gestionária mais não é do que um “combate” do Governo às ineficiências observadas na Administração Pública¹⁶. Ou seja, recorre-se ao mercado a fim de garantir a prestação de determinados bens e serviços públicos. Mas, também, o recurso a formas contratuais de coordenação, começou na década de oitenta a produzir efeitos em várias áreas do sector público. “O elemento essencial no modelo de coordenação por contratos consiste na divisão da responsabilidade pelo fornecimento e

¹⁵ CEDIPRE (2004): “Economia de mercado e interesse público: Declaração de Condeixa”, Estudos de Regulação Pública-I (Organização de Vital Moreira), CEDIPRE, Coimbra Editora, Coimbra.

¹⁶ Contudo importa referir que o NPM tem sofrido críticas por parte de alguns autores. Críticas especificamente centradas na ideia de que o cidadão não é um cliente e que o Governo não é uma empresa. Esta, entre outras críticas, levam estes autores a referir que algumas das premissas inerentes a esta abordagem foram rejeitadas em alguns países, tal como a Suíça e a Holanda. Assim, promovem o desenvolvimento de uma reforma da Administração Pública sustentada numa base mista do modelo tradicional de Administração Pública e o *New Public Management* que designaram por *New Public Administration*. Noordhoek, P.; Saner, R. (2005): “Beyond New Public Management: Answering the claims of both politics and society”, *Public Organization Review: A Global Journal*, vol. 5, pp. 35-53.

no fornecimento em si mesmo. Numa relação contratual (por exemplo o *contracting out*) o Governo retém a responsabilidade de financiar o serviço ou o produto mas delega a autoridade da produção/fornecimento a uma empresa privada ou a uma organização não governamental”¹⁷. Isto é, o governo por controlo dá lugar ao governo por contrato (*government by contract*).

Recentemente, e em consequência destes modelos de reforma, assiste-se a uma tendência de aproximação da Administração Pública aos cidadãos. Fazendo com que estes participem no processo administrativo público. Trata-se de um Estado participativo e, portanto, está em causa a abertura da Administração Pública aos cidadãos. Tal como defendem alguns autores, a introdução deste modelo reflecte as dificuldades em governar sem o envolvimento activo dos cidadãos¹⁸. A expressão anglo-saxónica “*empowerment*” traduz este conceito e reflecte o imperativo social de uma participação pró-activa dos cidadãos nas complexas decisões que afectam a comunidade.

Ou seja, em consequência do desenvolvimento das teorias da cidadania democrática, como defende Bilhim¹⁹, assiste-se hoje, à implementação de uma “administração receptiva à cidadania”. Cada vez mais a orientação das organizações deve estar centrada na satisfação dos cidadãos, estando-se a assistir à personalização no âmbito da prestação de serviços públicos. Considera-se que para o alcance da eficiência e da eficácia é determinante a satisfação individual dos cidadãos bem como a sua participação no processo público administrativo.

Este novo modelo de Estado participativo, que dá lugar a uma lógica centrada no cidadão, levou alguns autores a reconhecer que existem diferenças entre a gestão

¹⁷ Araújo, J. (2000): “Hierarquia e mercado: A experiência recente da administração gestonária”; In “Moderna Gestão Pública – dos meios aos resultados”, Acta Geral do 2º Encontro INA. Oeiras: INA – Instituto Nacional de Administração.

¹⁸ Staley, K. (2001): “Voices, values and health. Involving the public in moral decisions”, King’s Fund Publishing, London.

¹⁹ Bilhim, J. (2001): “Gerir a administração pública como uma empresa”; In “Reforma do Estado e administração pública gestonária”. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Lisboa.

empresarial e a gestão pública²⁰. Enquanto a gestão empresarial está essencialmente preocupada com a obtenção de eficiência, de rendibilidade e de eficácia, a gestão pública aglutina, para além da eficiência e eficácia, conceitos como legalidade e legitimidade com vista à prossecução de importantes valores sociais tal como a equidade. Mais ainda, é igualmente defensável por alguns autores, que a sobrevivência da burocracia é determinante para assegurar algumas das funções de um Estado democrático – controlo e responsabilização. Ou seja, através dos procedimentos associados ao modelo burocrático o Estado poderá exercer devidamente a gestão pública e garantir a equidade no tratamento dos cidadãos, ultrapassando algumas das falhas inerentes à lógica de mercado.

Nesta perspectiva parece existir legitimidade para promover a implementação de modelos de gestão dos serviços públicos que não apenas se orientem no sentido da personalização dos mesmos, e portanto se focalizem na satisfação dos cidadãos, mas que integrem o cidadão, a comunidade, os clientes internos e externos, os distintos grupos de interesses (*stakeholders*) como membros formais e institucionalmente reconhecidos pelo modelo de governação de instituições públicas prestadoras de serviços de interesse público e social. Ou seja, é necessária uma adaptação constante da administração pública às expectativas dos cidadãos (*responsiveness*).

Uma das conquistas do *New Public Management*, porém, foi o facto de que o conceito de boa governação das empresas (*corporate governance*) se tornou também parte integrante da gestão das organizações públicas e privadas²¹. A *corporate governance* emergiu no final do século passado na gestão empresarial como um mecanismo de responsabilização dos gestores quer perante os seus accionistas quer face aos

²⁰ Sindane, A. (2004): “Public administration versus public management: Parallels, divergences, convergences and who benefits?”, *International Review of Administrative Sciences*, vol. 70 (4), pp. 665-672.

²¹ Coyle, B. (2003): “Corporate governance. ICSA Professional Development 2003-4”, ICSA Publishing Ltd, London.

contribuintes que, no quadro do NPM, são verdadeiros “accionistas” das empresas públicas²².

Apesar das múltiplas concepções de *corporate governance*, existe uma visão consensual de que os distintos interesses de variados grupos internos e externos à organização promovem conflitos que, na ausência de mecanismos de controlo, serão prejudiciais ao bom desempenho da organização, podendo comprometer a sua missão, os seus valores e a sua estratégia global. Em síntese, responsabilidade, transparência e *accountability* devem ser os eixos norteadores e os valores desta nova cultura empresarial²³.

2.2.2 A NOVA GESTÃO PÚBLICA E A REFORMA NO SECTOR DA SAÚDE: DESAFIOS E IMPLICAÇÕES

A necessidade de modernização da Administração Pública é assim reconhecida pela maioria dos cidadãos evidenciando-se uma maior premência de mudança no sector da saúde²⁴. De facto, repensar globalmente o sistema de saúde é um imperativo para a concretização de uma política de saúde concertada com os valores nucleares de uma sociedade democrática. Deste modo, questões relacionadas com a autonomia dos sectores público e privado, com a separação entre as funções de pagador e prestador, com a autonomia patrimonial, financeira e administrativa dos hospitais públicos, entre outras, têm vindo a ser alvo de reflexão das autoridades políticas.

A nível internacional parece existir algum consenso relativamente à falta de eficiência do sistema de saúde. É usual referir-se que a produtividade do sistema público de saúde poderia ser superior e que tal se deve a um sub-aproveitamento, a uma gestão deficiente dos recursos disponíveis, e a um sobrepeso do Estado nas actividades económicas e

²² Cadbury, A. (2002): “Corporate governance and chairmanship: A personal view”, Oxford University Press, Oxford.

²³ Fahy, M., Roche, J., and Weiner, A. (2005): “Beyond governance. Creating corporate value through performance, conformance and responsibility”, John Wiley & Sons Ltd., Chichester.

²⁴ Antunes, M. (2000): “A doença da saúde. Serviço Nacional de Saúde: Ineficiência e desperdício”, Quetzal Editores, Lisboa.

sociais²⁵. Assim, a melhoria na gestão da prestação de cuidados de saúde envolve medidas que passam necessariamente pelo combate ao desperdício, pelo aumento da eficiência, pelo incremento da eficácia administrativa, e pela responsabilização dos vários agentes envolvidos²⁶.

2.2.2.1 FUNDAÇÃO ESTATAL. UMA SOLUÇÃO? UM MODELO DE GOVERNAÇÃO MAIS ÉTICO E SOCIALMENTE MAIS RESPONSÁVEL?

O crescente aumento das despesas de saúde²⁷ e a necessidade de obtenção de fundos de natureza pública ou privada que visem garantir a universalidade da cobertura dos cuidados de saúde têm promovido nos últimos anos uma reflexão teórica e uma aplicação prática de novos modelos de gestão hospitalar com a finalidade de determinar qual a modalidade de gestão que permite obter resultados mais eficientes, sem hipotecar a igualdade de oportunidades de acesso a cuidados de qualidade. Os esforços desenvolvidos na tentativa de encontrar soluções, ou pelo menos alternativas mais eficientes e eficazes, reflectem-se na vasta literatura existente neste domínio.

A adopção de novos modelos de gestão ao nível da organização do sistema de saúde e das instituições prestadoras de cuidados de saúde é hoje uma prática comum em vários países. Como já se referiu, está em causa um aparente esgotamento do sistema tradicional que, conseqüentemente, questiona alguns princípios fundamentais, tal como a equidade no acesso a cuidados de saúde, bem como a universalidade da cobertura.

²⁵ Cadilhe, M. (2005): “O sobrepeso do Estado em Portugal. Uma proposta de reforma conceitual e administrativa”, Fubu Editores, Porto.

²⁶ Arndt, A.; Bigelow, B. (2006): “Toward the creation of an institutional logic for the management of hospitals: Efficiency in the early nineteen hundreds”, *Medical Care Research and Review*, vol. 63 (3), pp. 369-394.

²⁷ Devido ao essencial, ao aumento da esperança de vida média da população, à evolução científico-tecnológica, à forte propensão para o consumo de cuidados de saúde nas sociedades ocidentais, ao aparecimento de novas doenças (tal como o VIH/SIDA) e à emergência da responsabilidade médica. Ver OCDE (2006): “Future Budget Pressures Arising from Spending on Health and Long-term Care”, Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris.

Assim, a implementação de uma nova cultura de gestão empresarial deve passar necessariamente pela responsabilização formal dos diferentes agentes envolvidos²⁸. Esta perspectiva parece ser determinante na optimização dos recursos garantindo deste modo o combate ao desperdício. Está, assim, em causa a promoção de uma nova gestão pública que envolve necessariamente uma mudança na cultura organizacional e um interesse/envolvimento de todos os agentes do processo – não apenas os *shareholders*, mas todos os *stakeholders*.

Desta forma parece ser um imperativo optar por modelos de gestão onde, na sua base estatutária, esteja reforçado o envolvimento dos distintos grupos de interesse, nomeadamente através de mecanismos legais que protejam os diferentes interesses e direitos em causa, promovendo uma participação activa, directa ou indirectamente, na gestão e governação de unidades hospitalares públicas. Saliente-se, a este propósito, que, para além da teoria da agência e dos custos de transacção, uma das importantes teorias económicas subjacentes ao conceito de *corporate governance* é a teoria dos *stakeholders* que partilha da ideia chave de que os distintos grupos de interesse, internos e externos à organização, são afectados pelo seu desempenho. Assim, a sua representação formal e estatutária em órgãos institucionais de influência e poder organizacional poderá constituir uma mais valia, traduzida não apenas em melhorias de performance, mas também no reforço da responsabilidade social, que no caso de entidades públicas assume particular importância. Assiste-se, deste modo, a uma gestão e tomada de decisões partilhada.

Neste contexto, e atendendo ao quadro internacional de reforma no sector da saúde, pretende-se com este trabalho reflectir sobre a adopção do modelo Hospital Fundação Estatal (HFE) de Direito Privado, (*foundation hospital trusts*) enquanto perspectiva evolucionista dos modelos de empresarialização hospitalar (*corporatisation*). E,

²⁸ Está em causa a adopção, por parte deste novo modelo de gestão, de uma cultura na qual o conceito já referido de “*corporate governance*” (governo de empresa) pode ser determinante. De facto, ao serem criados mecanismos de responsabilização junto dos agentes gestores e administradores das unidades hospitalares, exigindo-lhes, por esse meio, uma avaliação do impacto das suas decisões nos diferentes grupos de *stakeholders*, poder-se-á contribuir para uma melhoria significativa do desempenho organizacional.

portanto, avaliar o impacto deste modelo de gestão que se caracteriza por numa nova governação ético-social.

3 – EMPRESARIALIZAÇÃO HOSPITALAR

3.1 MODELOS DE GESTÃO HOSPITALAR – O CASO PORTUGUÊS

O problema dos gastos em saúde é uma realidade actual com a qual as entidades governamentais se debatem numa tentativa de estabelecerem medidas e estratégias que permitam o controlo dos custos, melhorias na qualidade da prestação, bem como incrementar a eficiência do sistema e a equidade no acesso. Neste contexto, qualquer que seja a política adoptada parece estar em causa a reorganização do sistema. Isto é, reformular os cuidados primários²⁹, promover a contratualização na gestão e nos serviços dos hospitais com agências especializadas, reforçar o controlo orçamental mensal e realizar auditorias e controlo por amostragem continuam a ser invocadas como medidas capazes de promover a eficiência na gestão e a eficácia na administração da prestação dos cuidados de saúde.

De facto, existe uma consciência clara e inequívoca da necessidade de controlar a despesa em saúde. E, segundo algumas opiniões, a falta de eficiência observada na gestão do sistema de saúde parece justificar, em parte, o incremento dos custos com a prestação.

²⁹ Ainda que o objectivo central deste trabalho seja no âmbito dos modelos de gestão hospitalar, não restam dúvidas de que qualquer reforma estrutural do sistema de saúde português passa, necessariamente, pelo incentivo à prestação de cuidados de saúde primários. Isto é, se o clínico geral (especialista em medicina geral e familiar) é, de facto, o gestor global dos cuidados de saúde do doente, da família e da comunidade em que se inserem, então, entre as suas funções estão seguramente as de controlador (*gatekeeper*) e distribuidor (*signpost*) dos cuidados de saúde. Por este motivo, na óptica da organização geral do sistema de saúde, existe a tendência para que hospitais e centros de saúde de uma determinada zona geográfica sejam objecto de uma gestão unificada e vertical através de Sistemas Locais de Saúde, ainda que a recente criação das Unidades de Saúde Familiares contrarie em parte esta perspectiva.

Atendendo ao estado actual do sector da saúde, parece, ainda, estar em causa uma apreciação do estatuto jurídico dos hospitais³⁰. Promover novas modalidades de gestão capazes de providenciar ganhos de eficiência continua a ser alvo de investigação. Argumentos relacionados com a fraca qualidade dos cuidados de saúde actualmente prestados, com a incapacidade de financiamento do Estado, com a profissionalização dos sectores público e privado, entre outros, têm conduzido ao aparecimento de vários estudos cuja finalidade é estabelecer uma comparação entre distintos modelos de gestão hospitalar e averiguar qual aparenta ser, atendendo à realidade social, cultural, económica e política do país em causa, o mais ajustado aos interesses do doente³¹.

Deste modo, inovar e aperfeiçoar os modelos de gestão dos hospitais constitui uma questão actual de política de saúde. Parece estar em causa o aumento da produtividade com os níveis de eficiência e a qualidade requeridos por todos os agentes envolvidos no sistema de saúde. Neste âmbito é premente que as políticas destinadas a reformular, reformar e sobretudo reinventar a gestão hospitalar se centrem em quatro pontos fundamentais:

1. Regulamentação;
2. Articulação com as restantes instituições do sistema;
3. Organização e gestão internas;
4. Modelos alternativos do sistema.

³⁰ A obra “The changing hospital industry. Comparing not-for-profit and for-profit institutions”, colectânea de um conjunto de trabalhos, reflecte sobre o impacto da alteração do estatuto hospitalar na prestação de cuidados de saúde e na sociedade em geral. Alguns dos estudos apresentados evidenciam as razões e os custos associados à conversão de hospitais não-lucrativos em hospitais lucrativos. Ver Cutler, D.; Horwitz, J. (2000): “Converting hospitals from not-for-profit to for-profit status: Why and what effects?”, *In* “The changing hospital industry. Comparing not-for-profit and for-profit institutions”, David Cutler (editor), National Bureau of Economic Research, The University of Chicago Press, Chicago, pp. 45-89. Outros trabalhos reflectem sobre a qualidade da prestação nas duas modalidades hospitalares referidas. Ver Staiger, D.; McClellan, M. (2000): “Comparing hospital quality at for-profit and not-for-profit hospitals” *In* “The changing hospital industry. Comparing not-for-profit and for-profit institutions”, David Cutler (editor), National Bureau of Economic Research, The University of Chicago Press, Chicago, pp. 93-112.

³¹ Rego, G. (2008): “Gestão empresarial dos serviços públicos: Uma aplicação ao sector da saúde”, Porto, Vida Económica.

Isto é, com estas modificações pretende-se garantir um funcionamento coordenado do sistema de saúde, responsabilizando os serviços e os profissionais envolvidos³².

Aliás, esta mudança não se refere apenas à reforma do sistema de saúde ou a uma alteração pontual do estilo de gestão dos hospitais públicos. Parece, também, reflectir a necessidade de se redefinir o papel do Estado na sua relação com a sociedade. A este propósito, referem alguns autores que a adopção de um novo modelo de gestão pública traduz a emergência de um novo paradigma no sector público. Isto é, através de uma nova modalidade de gestão dos serviços públicos são questionados alguns dos princípios que sustentaram a administração dos serviços de saúde ao longo das últimas décadas.

3.1.1 EVOLUÇÃO E BREVE CARACTERIZAÇÃO DOS MODELOS. O EXPERIMENTALISMO E A NOVA LEI DE GESTÃO HOSPITALAR

O modelo tradicional de Administração Pública, à luz do qual se criou em Portugal o Serviço Nacional de Saúde em 1979, teve aspectos positivos e foi capaz de promover benefícios numa determinada altura do tempo. Porém, e como já se salientou, assiste-se actualmente a algumas inadaptações resultantes de uma evolução das sociedades que não só questionam alguns dos princípios tradicionais como invocam determinados problemas sistémicos e estruturais³³.

Neste contexto, tornou-se necessário promover um modelo de gestão integrador, público ou privado, capaz de providenciar uma “articulação e complementaridade técnica ou

³² Esta responsabilização passa necessariamente por uma gestão profissionalizada que garanta na actual dinâmica organizacional, assente na competitividade e na qualidade das instituições, uma afectação de recursos eficiente. Trata-se de assegurar que, através de uma gestão profissional e responsável, as unidades de saúde estão preparadas para satisfazer os cidadãos e a sociedade em geral. Ver Martin, V.; Henderson, E. (2004): “Gestão de unidades de saúde e de serviços sociais”, Monitor, Lisboa.

³³ Hughes refere que alguns dos problemas com o modelo tradicional de Administração Pública residem, por um lado, no controlo político e, por outro, na teoria da burocracia, uma vez que pode gerar inércia e ineficiência e inclusive comprometer alguns pilares da democracia. Hughes, O. (1998): “Public management & administration. An introduction”, second edition, Palgrave, New York.

assistencial”³⁴ e melhorar os indicadores de rendibilidade e eficiência. O modelo clássico de gestão hospitalar, na forma de instituto público tradicional, manifestou-se incapaz de concretizar os objectivos a que se propôs no atinente à eficiência na gestão, à eficácia administrativa e até mesmo ao nível da qualidade na prestação³⁵. A existência de um único modelo, revisto no correspondente estatuto jurídico, que regulamenta a actividade organizacional dos serviços de saúde não pareceu ser adequado.

Assim, relativamente aos modelos de gestão, é usual referir-se o termo “experimentalismo”. Trata-se da implementação de estatutos jurídicos alternativos, isto é a adopção de novas modalidades de gestão das unidades hospitalares, pelo que é imperativo avaliar as diversas experiências com a finalidade de averiguar qual ou quais são as mais “produtivas” e, portanto, as mais eficientes, bem como identificar a possibilidade da sua coexistência. Assim, se justifica que ao longo das últimas décadas tenham sido introduzidos diversos modelos de gestão hospitalar com distintos formatos institucionais. A título de exemplo, a concessão de gestão do Hospital Fernando Fonseca (Amadora-Sintra), a gestão empresarial da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, os hospitais Sociedade Anónima e os hospitais Entidade Pública Empresarial protagonizaram este “experimentalismo” no sistema de saúde português³⁶.

Em Portugal, desde 1968³⁷ que tem sido desenvolvido (e aprovado) um conjunto de diplomas legais a propósito da estrutura do hospital público. A partir de 1974 a maioria dos hospitais passou a integrar a rede nacional hospitalar. Ou seja, até 2002, os hospitais assumiam um estatuto de instituto público e regiam-se pelo Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro, e pelo Decreto-Regulamentar n.º 3/88, de 22 de Janeiro.

³⁴ Santos, J. (2001): “Centros hospitalares e grupos de hospitais”, Fórum Nacional: Na política de saúde, o enfermeiro e o cidadão. Universidade Católica, Lisboa.

³⁵ Rego, G.; Costa, J.; Nunes, R. (2009) “The challenge of corporatisation. The experience of Portuguese public hospitals”. *The European Journal of Health Economics (in press)*.

³⁶ Rego, G.; Nunes, R. (2002): “Modelos de gestão hospitalar”, *In* “Novos desafios na gestão: Inovação ou renovação”, Volume V, Universidade da Beira Interior, Covilhã.

³⁷ Decreto n.º 48357, de 27 de Abril de 1968 (Estatuto Hospitalar) e Decreto n.º 48358, de 27 de Abril de 1968 (Regulamento Geral dos Hospitais).

O instituto público tradicional com autonomia financeira e administrativa, ainda que dotado de alguma independência funcional, manifestava uma autonomia consideravelmente limitada, devido à sua elevada dependência do Ministério da Saúde (através da Administração Regional de Saúde – ARS) em matérias de financiamento, gestão e recrutamento dos recursos humanos³⁸. As críticas apontadas a este tipo de modelo referem-se:

1. A uma gestão deficiente que se reflecte na baixa produtividade e na falta de qualidade;
2. À desresponsabilização generalizada dos órgãos de gestão;
3. À ausência de um sistema de incentivos que em certa medida pode promover falta de motivação e de empenho profissional; e
4. Aos custos agravados pela ineficiência na gestão dos recursos disponíveis.

O descontentamento relativamente a este modelo clássico de instituto público conduziu ao surgimento, entre 1994 e 1999, dos modelos alternativos já referidos. Concretamente, em 1991 é criado o Hospital Fernando Fonseca, cuja gestão, em 1995, é assumida por uma sociedade gestora “Amadora/Sintra, Sociedade Gestora, S.A.”. Deste modo, é estabelecido um contrato entre esta entidade empresarial e a ARS-LVT (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo), com uma duração de cinco anos. A concessão de gestão resultou de um concurso público (1994) que teve por finalidade atribuir a gestão deste hospital a uma instituição privada. A Sociedade Gestora assumiu plenas funções em Janeiro de 1996.

Tratou-se de uma concessão de gestão de um hospital público a uma entidade privada, através da qual se pretendeu um duplo objectivo: estabelecer uma clara separação entre as actividades de “pagador” e de “prestador”, desenvolvidas até então pelo Estado; e

³⁸ Como refere Correia de Campos, o facto dos institutos públicos não utilizarem na sua totalidade a autonomia que dispõem deve-se à sua forte dependência financeira do SNS. De facto, sendo o SNS o sistema que cobre a maioria da população portuguesa, é decisivo no comportamento financeiro deste tipo de instituições. Ver Campos, C. (2000): “Novos modelos de gestão de hospitais”, Fórum de Economia da Saúde, Lisboa.

prestar cuidados de saúde hospitalares respeitando a dignidade dos doentes, recorrendo a profissionais de elevada qualidade técnico-científica. Contudo, o Decreto-Lei n.º 203/2008, de 10 de Outubro, face à caducidade do contrato a 31 de Dezembro de 2008, converteu o Hospital Fernando Fonseca numa Entidade Pública Empresarial de acordo com as opções quanto aos modelos de gestão dos hospitais públicos, decretando a sua entrega à gestão pública desde 1 de Janeiro de 2009.

Um outro modelo esteve associado à criação do Hospital de São Sebastião (Vila da Feira) como “Estabelecimento de Natureza Empresarial”³⁹. Trata-se de um modelo empresarial que assegura a gestão do hospital. O hospital foi criado pelo Decreto-Lei n.º 218/96, de 20 de Novembro, mas o estatuto jurídico em apreço foi instituído, apenas em 1998, pelo Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de Junho.

O Hospital de São Sebastião assumiu o estatuto de empresa pública, pelo que se rege de acordo com as normas da gestão empresarial. É dotado de autonomia financeira sendo tutelado tanto pelo Ministério da Saúde como pelo Ministério das Finanças. Concretamente, a contratualização do financiamento de acordo com a produtividade esperada, os orçamentos programa, ou a contratualização de bens e serviços de acordo com as normas de direito privado, são algumas das suas principais características. Em 2002, foi convertido num hospital “Sociedade Anónima de Capitais Exclusivamente Públicos” e, desde 2006, foi convertido em hospital “Entidade Pública Empresarial”.

O Hospital Público em Concessão de Obra Pública é uma experiência que se pretende adoptar na construção de alguns hospitais portugueses. Está em causa a atribuição da construção do hospital a uma entidade privada, sendo necessário definir no contrato as tarefas e compromissos das partes envolvidas. Esta modalidade, também designada por *Private Finance Initiative* (PFI)⁴⁰, decorre da insuficiência dos recursos financeiros do

³⁹ Com características idênticas ao Hospital de São Sebastião, surge, como já se referiu, em 1999, pelo Decreto-Lei n.º 297/99, de 9 de Junho, o Hospital de Matosinhos. Trata-se de uma Unidade Local de Saúde que assume a gestão hospitalar e que tem por finalidade garantir uma prestação eficiente e eficaz dos serviços de saúde.

⁴⁰ Sussex, J. (2001): “The economics of the private finance initiative in the NHS”, Office of Health Economics. London.

Estado e dos Fundos Comunitários para o efeito. Desde 1992 que a PFI é utilizada, enquanto modalidade de privatização, noutros países, como por exemplo, no Reino Unido⁴¹.

Em 2002, a Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro⁴² aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede a alterações na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90) e revoga o Decreto-Lei n.º 19/88. Refere-se à empresarialização dos hospitais públicos, através da qual se pretende profissionalizar e agilizar a gestão com a finalidade de obter melhores resultados em termos de eficiência, eficácia e equidade. O incremento da eficiência e da eficácia na gestão dos hospitais pressupõe a adopção de políticas tais como, munir os recursos humanos de ferramentas de gestão; promover os sistemas de informação; agilizar os processos de decisão através da criação dos centros de responsabilidade e de custos; incrementar a flexibilização da capacidade negocial; adaptar um sistema de incentivos por objectivos; e implementar modelos de avaliação por competências, que sejam perspectivadas não só como instrumentos de optimização dos recursos, mas, também, como um meio de promoção da equidade social.

Adoptar uma lógica de gestão empresarial nos hospitais impõe necessariamente uma gestão rigorosa e criteriosa do trabalho e das organizações (abordagem clássica), dos recursos humanos (abordagem comportamental), da produção e das operações (abordagem do conhecimento e da ciência de gestão). A sua implementação traduz-se

⁴¹ A *Private Finance Initiative* foi implementada por Norman Lamont (ministro do tesouro do Governo conservador do Reino Unido em 1992), tendo-se tornado num dos modelos dominantes do SNS britânico. Em 1993, o ministro trabalhista Kenneth Clarke, referia que a PFI era um instrumento que promovia a eficiência, melhorava os serviços e incrementava os fluxos de investimento. Tal facto decorre da intervenção da iniciativa privada, em termos de gestão dos recursos, através de uma nova forma de investimento em actividades que eram tradicionalmente perspectivadas do domínio exclusivamente público. Em 1997, Gordon Brown refere mesmo que através da PFI o sector privado disponibiliza um conjunto de técnicas empresariais de gestão que podem trazer benefícios na utilização dos serviços públicos. Ver a este propósito Smith, C.A. (1999): “Making sense of the private finance initiative”, Radcliffe Medical Press, Oxford.

⁴² Com a Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, que aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar, são introduzidas as figuras jurídicas do estabelecimento público com natureza empresarial e as sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos. Os modelos de gestão do tipo empresarial assumem então uma expressão institucional.

na adopção de um novo estatuto jurídico assente num novo modelo de financiamento e contratação, bem como num novo modelo de gestão.

Em particular, prevê o regime de contrato individual de trabalho, o financiamento através do pagamento dos actos e actividades efectivamente realizados (segundo uma tabela de preços que consagra uma classificação dos mesmos actos, técnicas e serviços de saúde) e a criação dos hospitais com natureza de sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos.

Neste sentido, a figura jurídica dos hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde assume a seguinte classificação:

1. Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial – hospitais do sector público administrativo (SPA)⁴³;
2. Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial – hospitais entidades públicas empresariais (EPE);
3. Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos – hospitais SA;
4. Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos; e
5. Instituições e serviços do SNS geridos por outras entidades públicas ou privadas mediante contrato de gestão – Hospital Fernando Fonseca, por exemplo.

Permitiu-se a transformação de 34 hospitais em 31 sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos, passando (até Janeiro de 2006) a constituir a mais recente forma de organização hospitalar. Estas unidades hospitalares passaram a ser regidas

⁴³ Com a publicação do Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto é instituído um regime jurídico aos hospitais SPA próximo do que foi instituído em 1998 ao Hospital de São Sebastião, tornando mais transparentes matérias de responsabilização, *accountability* (distinção entre administração e direcção técnica), regime jurídico do pessoal, entre outras.

para além da legislação própria, pelo regime jurídico do Sector Empresarial do Estado e pelo direito comercial.

Em 2005, no âmbito do Programa do XVII Governo Constitucional, os hospitais Sociedades Anónimas (SA) de capitais públicos foram transformados através do Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de Junho, em Entidades Públicas Empresariais (EPE). O Decreto-Lei n.º 233/2005 de 29 de Dezembro concretiza, a partir de 1 de Janeiro de 2006, a transformação dos 31 hospitais SA em Entidades Públicas Empresariais.

As principais alterações introduzidas com a transformação dos hospitais SA em EPE, prendem-se, como é referido no Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde⁴⁴, com as seguintes componentes:

1. “Responsabilidade do Estado – alteração do regime jurídico com aumento da amplitude do Estado enquanto instrumento de intervenção económica. A tutela é exercida pelos ministros das Finanças e da Saúde, tal como acontecia no modelo SA;
2. Formação de capital – o capital é exclusivamente público, não podendo ser alienado a entidades privadas. A transmissão das participações só pode ocorrer entre entidades públicas, a não ser que o Governo altere a lei que regula o Sector Empresarial do Estado ou torne explícito nos decretos de alteração do modelo dos hospitais em causa a possibilidade de o capital social ser constituído por entidades não públicas. No modelo SA, o capital podia ser privado;
3. Certificação de contas – a prestação de contas é remetida à Inspeção-Geral das Finanças para emissão de um parecer, sendo depois remetida para os ministérios da tutela; no modelo SA, a certificação de contas era efectuada nos termos do Código das Sociedades Comerciais, através de revisores oficiais de contas;

⁴⁴ Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2005): “Relatório de Primavera 2005 – Novo serviço público da saúde. Novos desafios”, Lisboa.

4. Evitar a falência por motivos económicos – no que respeita à extinção; nos hospitais SA a falência poderia ocorrer nos termos do Código das Sociedades Comerciais, ao contrário do novo modelo que impede esta situação por motivos económicos; e
5. Contratos de trabalho – o novo Código do Trabalho preconiza uma aproximação do contrato individual de trabalho, mas a regra é a submissão do estatuto do pessoal à disciplina do direito administrativo. No modelo empresarial societário, o estatuto do pessoal corresponde ao regime do contrato individual de trabalho em vigor.”

Como se pode observar, a reforma do Estado assente na introdução da Nova Gestão Pública tem-se reflectido no sector da saúde. Concretamente na adopção de modelos de gestão inovadores para os hospitais públicos. Estas e outras dimensões da gestão hospitalar parecem ser particularmente relevantes.

Contudo, porque a insustentabilidade económica e financeira do Estado é ainda uma realidade, e portanto é manifesta a sua incapacidade de satisfazer muitas das expectativas dos cidadãos, da comunidade, e dos profissionais de saúde que continuam a sentir algum descontentamento, repensar a modalidade de governação dos hospitais é instrumental para uma satisfação adequada das expectativas da população.

Deste modo, e recordando-se, que o direito à protecção da saúde individual é, mais do que um bem económico, um direito social de acordo com as orientações programáticas de muitos países⁴⁵ e no caso português plasmado na Constituição da República, explorar em que medida o modelo Hospital Fundação Estatal providencia uma melhor aplicação dos princípios da *corporate governance* e da *regulatory governance*, promovendo desta forma ganhos de eficiência e de equidade é o objectivo central deste

⁴⁵ Rego, G.; Nunes, C.; Melo, H; Nunes, R. (2002) “Distributive justice and the introduction of generic medicines”, *Health Care Analysis* 10; pp. 221-229.

estudo. E, neste contexto, poder ser perspectivado como uma evolução na empresarialização hospitalar⁴⁶.

Esta modalidade de gestão dos serviços públicos suscita uma análise ponderada das principais consequências da possível “des-intervenção” do Estado. Implica reapreciar as suas funções sociais, assim como analisar as condições de acesso dos utentes aos serviços de saúde. Neste seguimento, proceder-se-á a uma caracterização de natureza jurídica das fundações.

4 – FUNDAÇÃO ESTATAL: MODELO DE GESTÃO PARA HOSPITAIS PÚBLICOS?

4. 1 PERSPECTIVA JURÍDICA: DEFINIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO À LUZ DO DIREITO PORTUGUÊS

As fundações são uma realidade em vários países do mundo. Contudo, e ainda que este trabalho não tenha por finalidade apreciar em pormenor a sua dimensão jurídica, importa salientar que, a título de exemplo, e à imagem de outros países, a lei portuguesa não dá, de modo claro e explícito, uma definição de fundação. Nos seus artigos 157º a 166º e 185º a 194º, o Código Civil regula as Fundações de Direito Privado, e que tenham, necessariamente, um fim de interesse social. Insere as fundações no âmbito das pessoas colectivas, a par das associações e as sociedades de direito privado, sendo caracterizadas como fundações de interesse social. Porém, apesar do Código Civil não definir de forma explícita e directa a realidade social a que se refere quando aborda a fundação como pessoa colectiva, caracteriza esta entidade e distingue-a das demais instituições que aprecia.

Por seu turno, a doutrina define fundação como “uma pessoa colectiva cujo elemento fundamental é um conjunto de bens afectados de forma permanente à realização de

⁴⁶ Rego, G.; Lopes, R.; Nunes, R. (2009) “Hospital foundations: A SWOT analysis”, Book of Abstracts of the 2009 European Health Management Association Annual Conference, Innsbruck.

determinada finalidade de natureza altruísta”⁴⁷. Deste modo, pode entender-se a fundação como uma pessoa colectiva sem fins lucrativos, que se caracteriza por perseguir objectivos altruísticos, de interesse social. Ou seja, é uma instituição criada com o objectivo de prosseguir uma determinada actividade de interesse social, que se encontra dotada dos meios necessários para a prossecução dessa actividade, sendo estes uma dotação de capital suficiente para que o cumprimento do objectivo não fique ameaçado, bem como a existência de órgãos de administração próprios.

A este propósito, e numa visão jurídica, é de realçar que as fundações são pessoas colectivas de interesse social e de índole patrimonial. Sendo, deste modo determinante o facto de que as mesmas assentam num conjunto de fundos afectos à concretização de determinadas actividades. Porém, e apesar do substrato predominante da fundação ser de índole patrimonial, existe uma limitação do risco e da responsabilidade desse mesmo substrato. Isto é, a responsabilidade da fundação encontra-se limitada ao património social da pessoa colectiva. Tal é consequência do facto de que existe uma autonomia patrimonial deste substrato relativamente aos patrimónios dos instituidores/fundadores e dos administradores da fundação. Assim, a fundação constitui-se como um sujeito de direito autónomo, que não se identifica nem com o fundador/instituidor que a promoveu nem com os administradores que a gerem, desde que reconhecido o substrato. Isto é, desde que definido um objectivo de interesse social e atribuída uma dotação financeira que garanta a sua concretização.

Mais ainda, de acordo com as especificações do Código Civil as fundações de direito privado implicam um acto de instituição que reflecte a manifestação da vontade do instituidor, que afecta um determinado património à consecução de um fim duradouro socialmente relevante. Tal acto de instituição pode-se realizar por acto entre vivos, mediante a realização de escritura pública ou *mortis causa*, através do testamento (artigo 185º do Código Civil).

⁴⁷ Prata, A. (2008): “Dicionário jurídico”, Volume I, Tema de Direito Civil, 5ª Edição, Almedina.

No atinente à personalidade jurídica, uma vez instituída, a fundação depende de um acto de fiscalização governativa pela entidade competente para o reconhecimento (artigo 158º do Código Civil). Relativamente à sua capacidade jurídica, esta é limitada aos direitos e obrigações necessárias ou convenientes à prossecução dos seus fins. Neste âmbito vigora o princípio da especialidade do fim (artigo 12º da Constituição da República e artigo 160º do Código Civil).

O Código Civil, no seu artigo 188º refere, igualmente, que as fundações de direito privado são necessariamente de interesse social, sendo recusado o reconhecimento da fundação que não tenha um fim considerado de interesse social, sendo, *a priori*, afastadas aquelas instituições que não intentem a promoção de um fim altruísta.

Do exposto, constata-se que as fundações enquanto pessoas colectivas de direito privado podem ser classificadas, atendendo à sua finalidade estatutária, como pessoas colectivas de utilidade de pública, ou com vocação para serem declaradas de utilidade pública, pelo que se enquadram dentro desta categoria as associações e fundações com existência e actividade de interesse público, dado ser considerado socialmente relevante (útil), não obstante a vontade privada que está na base da sua actividade⁴⁸.

⁴⁸ Neste contexto, é possível identificar diferentes tipos de pessoas colectivas (de direito privado) de utilidade pública:

1. PESSOAS COLECTIVAS DE UTILIDADE PÚBLICA ADMINISTRATIVA. De acordo com o artigo 416º do Código Administrativo, “consideram-se pessoas colectivas de utilidade pública administrativa as associações beneficentes ou humanitárias e os institutos de assistência ou de educação, tais como hospitais, hospícios, asilos, casas pias, creches, lactários, albergues, dispensários, sanatórios, bibliotecas e estabelecimentos análogos, fundados por particulares, desde que umas e outros aproveitem em especial aos habitantes de determinada circunscrição e não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo administrativo”. Por seu turno o Decreto-Lei n.º 460/77, de 7 de Novembro, no seu artigo 4º (movimento de declaração de utilidade pública) refere que as fundações que prossigam algum dos fins do artigo 416º do Código Administrativo podem ser declaradas de utilidade pública logo a seguir à sua constituição;
2. PESSOAS COLECTIVAS DE MERA UTILIDADE PÚBLICA, cujo regime está consagrado no Decreto-Lei n.º 460/77, de 7 de Novembro, o qual se aplica quando não se encontrem cumulativamente preenchidos os requisitos para a atribuição da declaração de utilidade pública administrativa;
3. INSTITUIÇÕES PRIVADAS DE SOLIDARIEDADE SOCIAL. O Decreto-Lei n.º 119/1983, de 25 de Fevereiro, legisla sobre o estatuto das instituições particulares de solidariedade social, considerando no artigo 1º, n.º1, do estatuto, que são consideradas instituições particulares de solidariedade social “as constituídas sem finalidade lucrativa, por

Em suma, as fundações privadas, de acordo com o preceituado no Código Civil, e reguladas pelo mesmo, são pessoas colectivas de interesse social e de índole patrimonial que se instituem por um acto praticado no exercício da autonomia privada.

Por sua vez, as fundações podem ser consideradas públicas, isto é pessoas colectivas de direito público. Contrariamente às fundações privadas, estas resultam da iniciativa e de um acto do poder administrativo, quer pela via legislativa quer através de um acto administrativo, e são criadas com meios públicos para a concretização e prossecução de interesses públicos e fins altruístas. Deste modo, quando instituídas, atendem e prosseguem, com autonomia, os fins da pessoa colectiva pública que as criou e regem a sua actividade pelo Direito Administrativo. Integram, neste sentido, a categoria dos institutos públicos, submetidas à administração indirecta do Estado.

Contudo, no âmbito da administração pública, o Estado pode ser instituidor de uma fundação pública, de direito público, sendo nestas circunstâncias regida pelo direito administrativo.

Mas, pode, pelo contrário, o Estado desempenhar a sua actividade com fins de interesse público, recorrendo, porém, a instrumentos de direito privado. Instituído-se desta forma uma fundação de direito privado. Ou seja, no âmbito da sua capacidade jurídica, o Estado participa como se de um particular se tratasse, encontrando-se, deste modo, a desempenhar as suas tarefas no âmbito da gestão privada.

iniciativa de particulares, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos e desde que não sejam administradas pelo Estado, ou por um corpo autárquico, para prosseguir, entre outros, os seguintes objectivos, mediante a concessão de bens e prestação de serviços”. Nas alíneas a) a g) referem-se os objectivos.

Por sua vez, e numa visão revista, o Decreto-Lei n.º 391/2007, de 13 de Dezembro, diploma que regula as pessoas colectivas de utilidade pública define como utilidade pública “as associações e fundações de direito privado que prossigam fins não lucrativos de interesse geral, cooperando com a Administração central ou local, em termos de merecerem a declaração de utilidade pública”.

A propósito da gestão privada, Freitas do Amaral⁴⁹ refere que se trata de: “a actividade que a Administração desempenha, ainda que sempre para fins de interesse público, mas utilizando meios de direito privado. A “gestão privada” será, assim, a actividade da Administração Pública desenvolvida sob a égide do direito privado” e, acrescenta que “são actos de gestão privada os que se compreendem numa actividade em que a pessoa colectiva, despida de poder público, se encontra e actua numa posição de paridade com os particulares a que os actos respeitam, nas mesmas condições e no mesmo regime em que poderia proceder um particular, com submissão às normas de direito privado”, sendo que, reforça o mesmo autor, “O direito administrativo regula apenas, e abrange unicamente, a actividade de gestão pública da administração”.

No entanto, destaque-se que a concretização dos projectos associados a este tipo de fundações públicas de direito privado depende consideravelmente das transferências financeiras do sector público. Dado que, apesar de este tipo de fundações ter a sua origem numa pessoa colectiva de direito público, são constituídas sob a égide do direito privado, com capitais exclusiva ou maioritariamente públicos. Tratam-se de fundações de direito privado mas de origem pública, para as quais não existe, ainda, uma legislação específica (lei quadro) aplicável.

Assim, e dado que é inexistente um regime jurídico específico que regule as particularidades da criação de fundações públicas de direito privado, impõe-se uma regulamentação urgente, dado que apesar de ser função da entidade administrativa competente para o reconhecimento averiguar o cumprimento dos requisitos requeridos pela lei civil, este tipo de fundações enquadra-se numa realidade distinta.

4.2 MODELO FUNDAÇÕES PÚBLICAS DE DIREITO PRIVADO – APLICAÇÃO ÀS INSTITUIÇÕES PÚBLICAS DE ENSINO SUPERIOR EM PORTUGAL – RJIES

Em Portugal, a Lei n.º 62/2007, de 10 de Setembro introduz a figura jurídica das fundações públicas com regime de direito privado no Regime Jurídico das Instituições

⁴⁹ Freitas do Amaral, D. (1999): “Curso de direito administrativo”, Volume I, 2ª Edição, Livraria Almedina, Coimbra.

do Ensino Superior (RJIES). O referido diploma considera que as fundações públicas de direito privado por ele instituídas, são pessoas colectivas, que, nos termos previstos no capítulo VI do título III, nomeadamente com o artigo 134º do mesmo diploma, se regem pelo direito privado no que se refere, concretamente, à sua gestão financeira, patrimonial e de pessoal.

Quanto ao património de uma fundação pública com regime de direito privado, o artigo 130º da lei em apreço refere que este é constituído pelo património da instituição do ensino superior em causa, ou quando se tratar de uma unidade orgânica, pelo património da instituição que estava afecto especificamente às suas atribuições, nos termos fixados pelo diploma legal que a instituir. O Estado pode contribuir para o património da fundação com recursos suplementares. Na criação da fundação, ou em data posterior, podem contribuir para o seu património outras entidades.

O estipulado no artigo 131º refere-se aos órgãos constitutivos. A fundação é administrada por um Conselho de Curadores (5 personalidades de elevado mérito e de experiência profissional relevante, nomeados pelo governo sob proposta da instituição, para o exercício de mandatos de 5 anos, renováveis uma vez, sendo incompatível o exercício da função de Curador com um vínculo laboral simultâneo com a instituição) e tem um fiscal único, designado de entre os Revisores Oficiais de Contas (ROC's) ou sociedades de ROC's, por despacho conjunto do Ministro das Finanças e da tutela, ouvido o reitor e com as competências fixadas na lei-quadro dos institutos públicos (artigo 117º por remissão do 131º/6).

Relativamente à sua autonomia, o artigo 132º prevê que esta se exerça nos mesmos termos das demais instituições de ensino superior público, com os devidos ajustamentos e em conformidade com o estipulado nos seus estatutos. Estes são aprovados pelo Conselho de Curadores, por maioria absoluta dos membros da assembleia, sujeitos a homologação pelo Governo.

Os órgãos do estabelecimento de ensino superior têm a composição e competências previstas para as demais instituições de ensino superior públicas, com as necessárias

adaptações, pelo que refere este diploma no seu artigo 133º que são órgãos de governo das instituições de ensino superior públicas, o conselho geral, o director ou presidente e o conselho de gestão.

No atinente ao financiamento, nos termos do artigo 136º, este é garantido pelo Estado por meio de contratos plurianuais de duração não inferior a três anos, de acordo com objectivos de desempenho, celebrados entre a instituição e o Estado, representado pelo ministro responsável pela área das finanças e pelo ministro da tutela, aplicando-se ainda, com as devidas adaptações, as regras fixadas pela lei para o financiamento do Estado às demais instituições de ensino superior públicas.

Como já se referiu, a inexistência de legislação que regule as pessoas colectivas públicas de direito privado, impõe que as instituições de ensino superior públicas com natureza fundacional regulem o seu funcionamento pela Lei n.º 62/2007, de 10 de Setembro, sendo que, de acordo com previsto no artigo 31º deste diploma, cada instituição com modelo de fundação terá a sua regulamentação concreta e particular definida no Decreto-Lei que a instituiu.

4.3 DESCRIÇÃO DO MODELO DE GOVERNAÇÃO

No sector da saúde, e mais concretamente nas instituições hospitalares públicas, a adopção do modelo Hospital Fundação Estatal de direito privado (HFE) promoverá, tal como nas instituições de ensino superior públicas, a criação de um diploma que regule a sua organização e funcionamento, ainda que posteriormente cada Hospital Fundação Estatal (unidade orgânica) será regulado pelo Decreto-Lei que o cria e respectivos estatutos.

São vários e de natureza diversa os factores que pressionam a mudança, constituindo-se por isso à luz de uma análise estratégica como oportunidades para a implementação do modelo Hospital Fundação Estatal. Destaca-se, neste enquadramento, a permanência de muitos dos argumentos que estiveram na origem da reforma associada e promovida pela falência do modelo tradicional da administração pública e, conseqüentemente, do

modelo público, centralizado, vertical e integrado associado à criação do Serviço Nacional de Saúde. Isto é, a título de exemplo e entre outros:

1. Os gastos financeiros crescentes do Estado e a permanência da inerente insustentabilidade económica e financeira do mesmo;
2. A necessidade de promover os vectores chave da produtividade (maior eficiência e maior eficácia);
3. A necessidade de dinamizar a inovação;
4. A necessidade de reforçar o *empowerment*, a responsabilização e a prestação pública de contas (*accountability*);
5. A importância do papel do utente e a necessidade de focalização no mesmo e de criação de valor percebido (expectativas criadas *versus* expectativas alcançadas);
6. O descontentamento dos profissionais de saúde derivado da ausência efectiva da prática de incentivos financeiros e não financeiros, bem como a incerteza das carreiras;
7. A mudança de paradigma de Estado Prestador para Estado Contratualizador e Regulador.

Ou seja, apesar da reforma que se tem vindo a instituir no sector da saúde, baseada na empresarialização – que mais não é do que um novo paradigma de gestão alicerçado na introdução de regras e ferramentas de gestão privada no sector público, tendo diversos estudos comprovado a existência de ganhos de eficiência –, a continuidade e evolução deste processo, suportado em alterações estatutárias de base legislativa, parece ser uma inevitabilidade.

A constatação de que as unidades hospitalares são “apontadas” como responsáveis por mais de metade da despesa pública total da saúde⁵⁰, continua a fomentar alterações no modelo de gestão destas unidades. Esta evolução reflecte, por um lado, a necessidade de

⁵⁰ Em 2003, os hospitais (públicos e privados) Portugueses foram responsáveis por 52,4% do total da despesa corrente do Serviço Nacional de Saúde (Instituto Nacional de Estatística, Abril 2006).

os hospitais se dotarem de novos instrumentos de gestão, capazes de responder às exigências da gestão empresarial que se pretende desenvolver nestas instituições e por outro a crescente preocupação com a avaliação dos resultados, enquanto garante de uma gestão eficiente dos escassos recursos disponíveis. De facto, e como referem Bernd Rechel et al *“The need for thinking in systematised care terms is increasingly reinforced by looking at hospitals (and health care generally) as places of process activity. Like in other complex process areas, something like an 80/20 rule applies, where 80% activity can be readily standardised and subjected to cost-minimisation protocols. This point has implications for capacity planning, since spare capacity needs to be built into the system for two reasons: to cope with 20% of care which is non-standard, and to allow for inevitable surges of demand from the population”*⁵¹.

Na sequência da introdução de uma lógica de mercado no sector da saúde, através da contratualização, e conseqüentemente o tipo de competição gerada entre as instituições prestadoras de cuidados de saúde reforça a necessidade de reflexão sobre novas problemáticas no âmbito do modelo de governação destas instituições. Torna-se cada vez mais visível que é fundamental que a avaliação do desempenho se centre em actividades de diagnóstico, monitorização e coordenação a fim de garantir uma adequada aplicação dos recursos disponíveis. Ou seja, a definição de uma estratégia e respectiva fixação de objectivos, bem como a avaliação de potenciais desvios a fim de agir com medidas correctivas são etapas fundamentais na avaliação do desempenho organizacional. Sendo que é minimalista uma avaliação exclusivamente centrada no desempenho financeiro. Presentemente, factores de natureza não financeira, tais como a qualidade, a produtividade, a gestão e o domínio da informação e do conhecimento, as relações com os clientes internos e externos, a motivação e formação dos recursos humanos, aparecem como determinantes na sustentabilidade da capacidade competitiva destas instituições. O que reforça a necessidade de adopção de métodos, práticas e instrumentos de gestão multidimensionais. Devendo-se reflectir no modelo de

⁵¹ Rechel, B.; Wright, S.; Edwards, N.; Dowdeswell, B.; McKee, M. (2009) “Investing in hospitals of the future”, Observatory Studies N° 16, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.

governança hospitalar uma visão global e integrada da instituição atendendo às existentes mas distintas perspectivas.

Neste contexto, parece existir espaço e legitimidade para se discutir a aplicação do modelo Hospital Fundação Estatal. A sua implementação impõe a definição de um novo estatuto jurídico para os hospitais públicos, sendo que se trata de uma nova personalidade jurídico-administrativa que deve ser percebida como uma evolução, e quiçá uma alternativa aos modelos de gestão hospitalar existentes.

É uma estrutura do Estado através da qual se pretende aperfeiçoar a gestão dos serviços públicos e melhorar a capacidade de resposta do Estado em áreas prioritariamente sociais. Surge da eminente necessidade de dotar o Estado de maior agilidade e eficácia na resposta às expectativas e necessidades reais da população. Neste sentido, com este novo estatuto jurídico pretende-se inovar o padrão de gestão existente, recorrendo a instrumentos legais que permitam conferir uma maior autonomia de gestão, que ampliará a capacidade de gestão financeira, dos recursos humanos, dos aprovisionamentos, de determinados investimentos, de entre outros elementos, promovendo deste modo mais qualidade. Ainda que sob uma forte regulação e controlo do Estado⁵².

Esta autonomia de gestão reflecte-se na necessidade de profissionalizar a gestão e promover uma nova estrutura de incentivos, que por sua vez se reflecte na relação que vai existir entre o Estado e o hospital, quer através do contrato de gestão (percebido como instrumento de acompanhamento do funcionamento e do processo de alavancagem institucional, que deve ser especificado em função das dimensões das actividades institucionais realizadas e financiamento requerido: assistencial, ensino,

⁵² Sobre a necessidade de implementação de um sistema moderno de regulação da saúde ver Nunes, R.; Rego, G.; Brandão, C. (2007) “The rise of independent regulation in health care”. *Health Care Analysis* 15 (3), pp. 169-177, e Nunes, R.; Rego, G.; Brandão, C. (2009) “Healthcare regulation as a tool for public accountability. *Medicine, Health Care and Philosophy* 12, pp. 257-264.

investigação e desenvolvimento, sistema de gestão, gestão económica e financeira) quer através da promoção de novos mecanismos de *accountability*. Neste modelo Hospital Fundação Estatal o Conselho de Administração tem também uma função de prestação de contas, de acompanhamento e avaliação do desempenho institucional.

A particularidade deste modelo relativamente aos modelos existentes prende-se com a descentralização, com o *empowerment* e consequencialmente com uma partilha formal na gestão e na tomada de decisões pelos distintos grupos de interesse, internos e externos à instituição. Assim, é de esperar que este modelo de gestão se constitua como uma alternativa mais ágil, transparente e participativa, e portanto alvo de um maior controlo por parte da sociedade. Com a implementação deste tipo de entidade pretende-se obter melhorias significativas no desempenho organizacional, em particular nas componentes qualidade, focalização no doente/cliente, eficiência, inovação e inserção no Serviço Nacional de Saúde.

De facto, a grande diferença deste modelo relativamente a outros modelos de gestão hospitalar existentes – em concreto o modelo de Hospital EPE (Entidade Pública Empresarial, que confere ao hospital público o estatuto de empresa pública) –, modelo este (fundacional) discutido e experimentado em diversos países, reside no processo de gestão e tomada de decisões. Enquanto nos hospitais EPE este processo resulta exclusivamente de um processo público estatal, no caso do Hospital Fundação Estatal, a gestão e tomada de decisões é não apenas pública e estatal como resulta da intervenção e participação da sociedade civil, prestando contas ao órgão público supervisor através de sistemas de metas e resultados. No **QUADRO I** pode apreciar-se uma análise comparativa entre os modelos Hospital EPE e Hospital Fundação Estatal de Direito Privado.

O modelo fundacional parece, assim, ajustar-se mais adequadamente ao actual e futuro perfil das instituições de saúde que, apesar da sua natureza pública, se perfilam cada vez mais competitivas e que, portanto, tenderão a focalizar-se na criação de valor acrescentado, centrando-se nos diferentes grupos de *stakeholders*, enfatizando a optimização dos resultados e a avaliação do desempenho, bem como valorizando a

inovação e o empreendedorismo. Mais ainda, atributos como maior autonomia, uma estrutura matricial e participativa, o elevado grau de flexibilidade e abertura, de localização e de abrangência local, nacional e global e integrada em rede interdependente potenciam este modelo de governação.

QUADRO I
HOSPITAL EPE *VERSUS* HOSPITAL FUNDAÇÃO ESTATAL

	HOSPITAL EPE	HOSPITAL FUNDAÇÃO
PROPRIEDADE	100% PÚBLICO	100% PÚBLICO
DEPENDÊNCIA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	DIRECTA	INDIRECTA
ENTIDADE INSTITUIDORA	ESTADO	ESTADO
OBJECTIVOS	PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE DE QUALIDADE	PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE DE QUALIDADE
DIRECÇÃO	PÚBLICA	PÚBLICA // <i>STAKEHOLDERS</i>
SUPERVISÃO E DIRECÇÃO	DE TODAS AS ACTIVIDADES	DE TODAS AS ACTIVIDADES
ÓRGÃO DE GESTÃO	NOMEADO PELO GOVERNO	NOMEADO PELO GOVERNO E POR GRUPOS DE INTERESSE (<i>STAKEHOLDERS</i>)
PROCESSO DE DECISÃO	EM CONFORMIDADE COM OS INTERESSES PÚBLICOS	EM CONFORMIDADE COM OS INTERESSES PÚBLICOS E DOS <i>STAKEHOLDERS</i>
REGIME JURÍDICO	MISTO (PÚBLICO E PRIVADO)	PRIVADO
FINANCIAMENTO	CONTRATO-PROGRAMA	CONTRATO-PROGRAMA
CONTRATOS DE TRABALHO	CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABALHO	CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABALHO
REGULAÇÃO	REGULAÇÃO ESPECÍFICA E INDEPENDENTE	REGULAÇÃO ESPECÍFICA E INDEPENDENTE

4.4 EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS NO SECTOR HOSPITALAR

O modelo de gestão hospitalar proposto, com base no conceito de fundação estatal, já existe em vários países. Este modelo de governação pode, contudo, ser refinado através da exposição de algumas experiências internacionais, com alguma evidência empírica já existente. Mais ainda, com a descrição destas experiências pretende-se aflorar com maior grau de detalhe e profundidade as suas potencialidades e as suas fraquezas. Para este efeito, e a título exemplificativo, socorremo-nos das experiências das fundações estatais instituídas no Reino Unido e no Brasil. Esta escolha deve-se fundamentalmente à proximidade dos princípios subjacentes ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) Português, ao *National Health Service* (NHS) Britânico e ao Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro. Para além de existir um reconhecimento de um direito à protecção da saúde, estes serviços assentam em princípios fundamentais de universalidade e generalidade, bem como na equidade de acesso, baseando-se na necessidade do atendimento e não na capacidade de pagar. Mais ainda, assumem o compromisso de garantir uma utilização eficiente dos limitados recursos financeiros de natureza pública existentes.

4.4.1 EXPERIÊNCIA BRITÂNICA: *NHS FOUNDATION TRUST*

No Reino Unido, o *National Health Service*⁵³, estabelecido em 1948, encontra-se dividido em diversas “*Strategic Health Authorities*”, as quais assumem a gestão local do NHS, constituindo-se em vários tipos de *Trusts*⁵⁴, que têm a responsabilidade de gerir

⁵³ Department of Health (2008): “The National Health Service. Constitution. A draft for consultation”, July, London.

⁵⁴ Há vários tipos de *trusts* :

- a) ACUTE TRUSTS: Gerem os hospitais e empregam uma grande parte da força de trabalho do NHS, incluindo médicos, enfermeiros, farmacêuticos, parteiras e enfermeiros da comunidade, bem como outras profissões da saúde, nomeadamente: fisioterapeutas, técnicos de radiologia, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais ou psicólogos;
- b) FOUNDATION TRUSTS: Um novo tipo de hospital do NHS dirigido por gestores e funcionários locais e por membros do público, e adaptam-se às necessidades da população local. Foram introduzidos pela primeira vez em Abril de 2004;
- c) AMBULANCE TRUSTS: Coordena a resposta às chamadas de emergência, organizadas por ordem de prioridade. A sala de controlo de emergência é que decide o tipo de resposta necessário e a necessidade ou não de uma ambulância;

os múltiplos serviços do NHS da área a que respeitam, na medida em que lhes é entregue a “propriedade” da gestão de saúde ao nível local, no interesse da população, tendo objectivos de efectividade, eficiência e economicidade no exercício das suas funções, visando assegurar um melhor funcionamento do sistema.

Um dos organismos compreendidos nestes *Trusts* é o *Foundation Trust*⁵⁵ (hospital fundação). Este novo modelo de hospital foi instituído pelo “*The Health and Social Care, Community Health and Standards Act*” de 2003, tendo sido autorizada a sua introdução pela primeira vez, pela entidade reguladora (*Monitor*), em 2004. Consistiu, primeiramente, numa experiência dos 10 hospitais mais eficientes, contando-se, à data de 1 de Junho de 2009, em Inglaterra, a existência de 121 *NHS Foundation Trust* (Department of Health, London, Junho 2009).

Formalmente só eram elegíveis como *Foundation Trust* as organizações do NHS com o estatuto de “*Acute*”, “*Specialist*” ou “*Mental Health*” *Trust*, ainda que se tenha alargado a possibilidade de outras *NHS Trusts*⁵⁶ (*Ambulance* e *Community Trusts*) integrarem este modelo fundacional. Mais ainda, e numa fase inicial, apenas as *Trusts* com uma classificação de “três estrelas” no *Rating* Anual de Avaliação da Performance

-
- d) CARE TRUSTS: Estas organizações podem executar vários tipos de serviços, como cuidados sociais, saúde mental ou cuidados primários;
 - e) MENTAL HEALTH TRUSTS: Os serviços de saúde mental podem ser providenciados pelo médico de família, por outros serviços de cuidados primários ou através de cuidados mais especializados, como orientação e outras terapias psicológicas, apoio comunitário ou familiar ou rastreio de saúde geral;
 - f) PRIMARY CARE TRUSTS: Os cuidados primários são cuidados fornecidos pelos *general practitioners* quando surge um problema de saúde aos cidadãos. Os *NHS walk-in centres* e o serviço telefónico *NHS Direct* também fazem parte dos cuidados primários. As *Primary Care Trusts* têm actualmente um papel central no NHS e controlam 80% do seu orçamento.

Sobre os *trusts* ver <http://www.nhs.uk/NHSEngland/aboutnhs/Pages/authoritiesandtrusts.aspx>

⁵⁵ Department of Health (2005): “A short guide to NHS Foundation Trusts”, November, London.

⁵⁶ Ao contrário dos *NHS trusts*, os *NHS Foundation Trusts* não estão sob o controle directo do Governo. As actividades dos *NHS Foundation Trusts* são supervisionados por um entidade reguladora independente, *Monitor*, cuja tarefa é assegurar que cumprem os termos da sua autorização.

promovido pela *Healthcare Commission*⁵⁷ (entidade que foi, em Abril de 2009, substituída pela recém-criada “*Care Quality Commission*”, e que englobará, além daquela, a “*Mental Health Act Commission*” e a “*Commission for Social Care Inspection*”) e que mantivessem a mesma, em todo o processo de candidatura, poderiam assumir o estatuto de fundação. Embora a possibilidade de transformação em fundação tenha sido mais tarde alargada para os hospitais com duas estrelas. E, desde Outubro de 2006 a elegibilidade depende quer da avaliação anual da *Healthcare Commission* quer dos *outcomes* provenientes do “*Whole Health Community Diagnostic Programme*”⁵⁸.

Este modelo de gestão foi instituído com a finalidade de providenciar serviços de saúde aos cidadãos respeitando, contudo, os princípios subjacentes ao NHS (livre atendimento, baseado na necessidade e não na capacidade de pagar) e estando sujeito a normas, *ratings* de desempenho e sistemas de supervisão.

Trata-se de um novo modelo de hospital dirigido por gestores e funcionários locais e por membros do público, que, porque dispõe de autonomia gestionária e financeira, se adapta mais facilmente às necessidades da população local. Daí que uma das potencialidades deste modelo se associa à transferência de propriedade e de responsabilidade para a comunidade local o que possibilita aos *NHS Foundation Trusts* ajustar os seus serviços às necessidades e expectativas da população local, de modo mais efectivo, eficiente e equitativo.

⁵⁷ A *Healthcare Commission* desenvolveu um conjunto de esforços para promover uma melhoria contínua na prestação de cuidados de saúde, para o benefício dos doentes e do público. Na Inglaterra, e para este propósito promove-se a avaliação e elaboração de relatórios sobre o desempenho das organizações de saúde sobre uma base anual. Para os *NHS Trusts*, isso envolve uma emissão de um *rating* anual de desempenho. Mais concretamente o desempenho global do *NHS Trust* é composto por um conjunto de indicadores de desempenho que evidencia o modo como se posiciona o *Trust* relativamente a algumas das principais metas estabelecidas pelo Governo para o NHS, bem como de outras medidas mais vastas de desempenho. Porém, importa salientar que os *ratings* não permitem ter uma visão global de todas as vertentes do desempenho das organizações do NHS.

⁵⁸ Trata-se de um Programa que foi, inicialmente, desenvolvido para testar alguns elementos do desempenho dos “*Acute Trusts*”, agora alargado a outros *Trusts*, predominantemente daqueles elementos que fazem parte do processo de autorização para *NHS Foundation Trust*.

Neste enquadramento, e de acordo com os propósitos usualmente referidos para a sua criação, o Hospital Fundação Estatal tem por objectivo, por um lado descentralizar os serviços públicos, delegando poder e responsabilidade nos níveis locais, providenciando deste modo uma resposta mais adequada à população local. É expectável que este tipo de instituições promova não apenas um acesso mais equitativo aos serviços de saúde, bem como disponibilize à população serviços de maior qualidade. Por outro lado, este modelo pretende igualmente devolver deveres de prestação de contas (*accountability*) aos *stakeholders* locais, incluindo os doentes e os funcionários (*staff*) do *NHS*. Este objectivo deriva do modelo de governação desenvolvido pelos *NHS Foundation Trusts*. Ou seja, o modelo concede a possibilidade dos *stakeholders* influenciarem a gestão global da organização e do seu desenvolvimento estratégico.

Acresce que, como não estão sujeitos ao poder de direcção central do Governo, sendo os administradores locais e os trabalhadores em colaboração com a população local que têm a liberdade necessária para inovar e desenvolver serviços, os *NHS Foundation Trusts* conseguem adaptar-se às necessidades específicas dos seus utentes e da comunidade em que se encontram inseridos. Isto porque funcionam segundo um modelo democrático em que a população local e os trabalhadores elegem directamente os seus representantes para o “Conselho de Curadores” (*Board of Governors*) o qual, em conjunto com o “Conselho de Administração” (*Board of Directors*) – responsável pela gestão corrente da Fundação –, assegura que o *NHS Foundation Trust* actua dentro dos limites da sua licença de funcionamento, tendo assim uma função de auxiliar na definição da direcção estratégica da organização, orientada pelas necessidades da comunidade em que se insere. Têm, assim, o dever de colaboração com as comunidades locais e de incentivar a população a tornar-se parte activa deste processo, de modo a garantir equilíbrio e representatividade dos diferentes grupos de interesse. Isto é, não obstante não haver um número limite de membros, deve ser assegurada a representatividade da comunidade que o hospital fundação pretende servir⁵⁹.

⁵⁹ Department of Health (2005): “A short guide to NHS Foundation Trusts”, November, London.

Os quadros de gestão são eleitos, directamente, pela população local e pelos trabalhadores que se constituem membros do *NHS Foundation Trusts*, integrando esses representantes eleitos o “Conselho de Curadores” (*Board of Governors*). O presidente do *NHS Foundation Trust* é simultaneamente o presidente do Conselho de Curadores e do Conselho de Administração. O Conselho de Curadores é responsável pela nomeação do Presidente e dos administradores não-executivos do Conselho de Administração. O Conselho de Curadores assume um papel fundamental na definição da orientação estratégica do hospital fundação, dado que este modelo de gestão hospitalar representa os interesses da comunidade local. É, deste modo, o principal responsável pela divulgação da informação relevante aos restantes membros.

Também, é da esfera de responsabilidade deste Conselho assegurar que o *NHS Foundation Trust* desenvolve a sua actividade nos termos da autorização concedida pelo *Monitor*⁶⁰. Ou seja, o Conselho de Curadores para além da responsabilidade de aprovar o relatório anual e as contas e determinar a direcção estratégica a ser seguida pela fundação, deve assegurar que os termos da “licença de funcionamento” são respeitados.

Quanto à sua composição, está prevista uma flexibilidade apreciável no que se refere ao tamanho e composição, tendo, no entanto, que cumprir determinados requisitos como por exemplo ter uma maioria de Curadores eleitos pelo público, pelo menos um representante dos cuidados primários, um representante de autoridades locais relevantes na área, pelo menos três representantes dos trabalhadores e, no caso de se tratar de um hospital universitário, pelo menos um representante da universidade incluída no hospital fundação. O Presidente eleito pelo Conselho de Curadores pode ser escolhido fora da sua composição.

O Conselho de Administração é o órgão encarregue da gestão diária da organização, devendo consultar o Conselho de Curadores relativamente ao desenvolvimento de planos de evolução estratégica do *NHS Foundation Trust*. O presidente do Conselho de

⁶⁰ Monitor, Independent Regulator of NHS Foundation Trusts, (2008): “NHS Foundation Trusts Model Core Constitution”, September, London.

Administração tem como função identificar as necessidades de evolução do Conselho, com o intuito de aumentar a sua eficiência e efectividade, devendo, para o efeito, afectar recursos para o desenvolvimento e actualização dos conhecimentos dos administradores. Em média, hoje, o Conselho de Administração de um *NHS Foundation Trust* é composto por 7 membros, sendo 3 administradores não executivos, 3 executivos e um presidente. É aceite que pelo menos um terço dos administradores deve ser não executivo e nomeado pelo Conselho de Curadores.

Os administradores executivos são responsáveis pela gestão operacional do hospital fundação e são funcionários desta, respondendo perante um Director Executivo nomeado, sendo eleito, dentre estes, o Presidente. Os administradores não executivos, nomeados pela “*NHS Appointments Committee*”, são membros da comunidade local que contribuem com a sua experiência e conhecimentos variados. Além de participarem regularmente nas reuniões do Conselho, os Administradores não Executivos também presidem a comissões consultivas e de trabalho e podem ser responsáveis por projectos especiais. Têm duas funções essenciais: monitorizar e controlar a actividade executiva e contribuir para o desenvolvimento da estratégia.

Mais ainda, têm legalmente os mesmos deveres que os administradores executivos. Contudo, como não prestam contas ao director executivo e não são envolvidos na gestão corrente da organização, contribuem com uma nova perspectiva, mais objectiva, no apoio e monitorização da equipa de gestão. Assim, devem apoiar os administradores executivos no seu papel de direcção da organização mas também monitorizar e supervisionar a sua conduta, no sentido de avaliar o progresso obtido na prossecução dos objectivos fixados, bem como na prestação de contas pelo desempenho obtido. Está previsto que devem reunir regularmente sem a presença dos administradores executivos e, pelo menos uma vez por ano, sem a presença do Presidente, sendo as reuniões presididas pelo administrador sénior.

O quadro legal de actuação deste tipo de hospitais consagra a prestação de contas quer perante os seus “membros”, através do Conselho de Curadores, quer perante o público em geral, através do regulador (*Monitor*), o qual regula a conformidade da actuação de

cada hospital fundação com os termos fixados na licença de funcionamento, podendo intervir quando tal se afigure necessário.

A prestação de contas dos *NHS Foundation Trust* é assegurada, em grande medida, pelo regulador, o qual é directamente responsável perante o Parlamento pela actuação das *NHS Foundation Trust*, dado que tem como função receber as propostas de candidatura das entidades que pretendem tornar-se *NHS Foundation Trust* e, uma vez determinados os termos da licença de funcionamento, autorizar a sua transformação em *Foundation Trust*. Assim como, posteriormente, ir verificando a conformidade da sua actuação com esses termos, intervindo na presença de graves desconformidades e podendo, inclusivamente, recomendar à *Foundation Trust*, aos Administradores ou ao Conselho de Curadores, que ajam ou se abstenham de agir de determinada forma, e num determinado prazo por ele fixado. O regulador pode afastar algum ou todos os administradores ou os membros do Conselho de Curadores, bem como nomear provisoriamente outros, pode suspender ou determiná-los inaptos para a ocupação do lugar por um determinado período de tempo.

Da autorização de funcionamento deve constar a descrição dos bens e serviços que a *Foundation Trust* está autorizada a prestar, a lista dos serviços que a *Foundation Trust* se obriga a providenciar ao NHS, os requisitos que a *Foundation Trust* tem de cumprir em termos de objectivos e metas do NHS, e os quais irão ser inspeccionados e fazer o rol dos bens (nomeadamente terrenos, edifícios e equipamentos) designados como “protegidos” em virtude de serem tidos como essenciais para assegurar a prestação dos cuidados de saúde contratualizados. Pelo que não podem os bens tidos como “protegidos” ser dados como garantia dos empréstimos efectuados pela organização. Deve conter ainda o montante que a *Foundation Trust* pode contrair de empréstimo – de acordo com o “Código de financiamento sustentado” – e a informação estatística e financeira que a *Foundation Trust* se obriga a fornecer.

O montante máximo que a *Foundation Trust* pode prestar de cuidados particulares – *PPI cap* – é obrigatoriamente fixado para cada organização ao mesmo nível a que se encontrava quando se converteu em *Foundation Trust*, sendo que, tal montante pode ser

aumentado mas, apenas e só, na proporção em que aumentar a prestação de serviços ao NHS⁶¹.

No exercício do poder regulatório, o regulador recebe, de cada *Foundation Trust*, um plano anual bem como relatórios trimestrais e, sempre que tal se justifique, relatórios *ad hoc* procedendo à identificação de potenciais problemas. Face aos relatórios trimestrais, o regulador atribui um valor, numa escala de risco, referente às finanças, governação e prestação de bens e serviços convencionados, estipulando medidas a tomar para solucionar os problemas que surjam em áreas onde a abordagem dos Conselhos não se revela eficaz. Ainda neste âmbito, impende sobre o regulador a obrigação de reportar ao Parlamento o desempenho financeiro global das *NHS Foundation Trust*.

Tal como as restantes organizações do *NHS*, as *Foundation Trusts*, porque fazem parte do sistema público de saúde Britânico, estão sujeitas aos padrões de qualidade e de desempenho e aos correspondentes sistemas de inspecção, pelo que a sua actuação é constantemente acompanhada e monitorizada, nomeadamente pela *Care Quality Commission*, que após a extinção da *Healthcare Commission*, em 31 de Março de 2009, assume as funções de autoridade reguladora da saúde. Neste sentido, a *Care Quality Commission* elabora, anualmente, uma lista hierarquizada de acordo com os resultados da avaliação das várias instituições, de acordo com parâmetros previamente determinados, e que se centram na avaliação da qualidade dos serviços prestados e na avaliação da eficiência no uso dos recursos, numa escala de quatro níveis: excelente, bom, razoável e fraco.

Além de que, não podendo seleccionar os serviços que lhes são mais vantajosos providenciar nem perseguir objectivos organizacionais desprezando as necessidades

⁶¹ Da mesma forma, se uma *Foundation Trust* vir o seu número de serviços contratados pelo NHS diminuir, poderá vir a ter que reduzir também o valor dos serviços prestados a doentes particulares, para respeitar o *PPI cap* estabelecido, não se incluindo, no entanto, neste *plafond* os proveitos resultantes de serviços prestados a utentes mas não relacionados com a prestação de cuidados de saúde como, por exemplo, os recebimentos pelo estacionamento do carro, a utilização de telefones, o alojamento em quartos particulares, entre outros.

declaradas da comunidade local, as *Foundation Trusts* encontram-se vinculadas à prossecução dos fins contratualizados na licença de funcionamento, remuneradas de acordo com a tabela oficial, e circunscritas estatutariamente no que respeita à prestação de serviços ao sector privado (mantendo essa prestação ao mesmo nível que existia antes da sua conversão em *NHS Foundation Trusts*).

Os *NHS Foundation Trusts* caracterizam-se, também, pela maior liberdade e flexibilidade na gestão das suas actividades:

1. Maior liberdade de acesso a capital. Foram-lhes atribuídas liberdades financeiras que permitem angariar fundos e contrair empréstimos, quer junto do sector público quer do privado, dentro dos limites fixados de acordo com o fluxo de capitais previstos e baseado na sua capacidade contabilística de as suportar, de acordo com o estipulado na licença de funcionamento, e de acordo com o fixado no “*Prudential Borrowing Code*”⁶², o qual é anualmente revisto pelo regulador;
2. Liberdade para investir resultados positivos no desenvolvimento de novos serviços para a população local. Isto é, podem ainda reter os lucros gerados na exploração e investi-los em novos serviços ou na melhoria dos já existentes, sendo assim permitido ajustar novas soluções para problemas como a falta de pessoal e as listas de espera para certos tratamentos, da mesma forma que se prevê uma maior liberdade de contratualização com os restantes prestadores de cuidados de saúde. Também, está previsto a prestação de bens e serviços clínicos a privados, o que lhes permite uma fonte adicional de receitas.

A partir de 2005 foi introduzido no NHS o sistema de pagamento por resultados (*payment by results*), caracterizado pelo pagamento às diferentes organizações do NHS pelos serviços realizados (sistema de financiamento prospectivo), segundo uma tabela de preços definida para os diversos actos praticados. Deste modo, o financiamento destas organizações passa a estar dependente do poder negocial dos seus

⁶² Monitor, Independent Regulator of NHS Foundation Trusts, (2005): “Prudential Borrowing Code (PBC) for NHS Foundation Trusts”, March, London.

administradores e introduz-se simultaneamente um factor de competitividade entre as organizações para assegurar o maior financiamento possível – dependendo este da satisfação das necessidades da população alvo dado que, em caso de incumprimento dos níveis contratados, os contratantes dos serviços prestados podem procurar fornecedores alternativos.

Enquanto o modelo retrospectivo não incentiva os prestadores à racionalização da utilização dos recursos, o prospectivo poderá não só incentivar, como conduzir a uma aplicação mais eficiente dos meios disponíveis. Actualmente, assiste-se à substituição do “modelo público integrado, com base em financiamentos de base retrospectiva, por um modelo público contratual” que privilegia os “mecanismos de pagamento prospectivo”⁶³, ou seja, um modelo de financiamento público conjugado com um sistema de contratos estabelecidos entre as entidades responsáveis pela prestação e pelo pagamento de cuidados de saúde.

Na verdade, este modelo de pagamento apela, de alguma forma, a uma gestão hospitalar mais eficiente, na medida em que impõe um elevado controlo dos custos, introduz critérios mais objectivos de distribuição de recursos do SNS aos hospitais e, de acordo com Bentes, permite a “fixação de preços mais justos para a facturação a terceiros pagadores.... O facto do hospital receber, por doente, um montante correspondente a todo o episódio de internamento e não pagamentos separados pelos serviços prestados durante esse episódio, coloca-o em risco financeiro, levando à utilização mais racional dos meios necessários ao tratamento dos doentes, de forma a situar os seus custos de produção em níveis que não ultrapassem os preços estabelecidos”⁶⁴.

Contudo, alguns estudos, tais como os desenvolvidos por Hodgkin e McGuire⁶⁵ e Ellis e McGuire⁶⁶ alertam para o facto de que a adopção de um sistema de pagamento

⁶³ IGIF (1999): “Orçamento do SNS para 2000, Proposta Final de Critérios de Distribuição e Recursos”, Documento do Ministério da Saúde.

⁶⁴ Bentes, M.; Barardo, A. (2003): “Financiamento dos cuidados de saúde diferenciados”, 8º Encontro Nacional de Economia da Saúde, Outubro, Lisboa.

⁶⁵ Hodgkin, D.; McGuire, T. (1994): “Payments levels and hospital response to prospective payment”, *Journal of Health Economics*, vol. 13, pp. 1-29.

prospectivo pode conduzir a estratégias de “desnatação”⁶⁷, ou seja, os hospitais podem ser incentivados a seleccionar doentes que pelo seu diagnóstico requerem tratamentos de reduzido custo, bem como a situações de *over-treatment*, sacrificando neste contexto a qualidade na prestação de cuidados de saúde. O que impõe uma regulação forte neste domínio⁶⁸.

Porém, o sistema de pagamento com base nos resultados favorece o justo reembolso do hospital pelos serviços prestados, premiando a eficiência e a qualidade na prestação de cuidados de saúde, e dá aos utentes uma maior possibilidade da escolha do prestador, permitindo que o financiamento “siga o utente” se este decidir mudar o seu atendimento para outro hospital. Deste modo, assegura-se aos utentes a prestação dos cuidados de saúde de que necessitam, desde que estes se encontrem no rol de cuidados contratualizados constantes da licença de funcionamento de uma *Foudation Trust*, dado que, e como foi já referido, não é reconhecida à *Foudation Trust* a aptidão para, por determinação própria e exclusiva, alterar os termos desta licença⁶⁹.

A criação do *NHS Foundation Trust* tem promovido algumas avaliações no sentido de analisar o impacto deste tipo de organização no progresso e modernização do NHS. Neste sentido uma análise independente realizada pela *Healthcare Commission*⁷⁰ em 2005 – considerada uma das mais amplas revisões das primeiras experiências de *NHS Foundation Trusts* – demonstrou que, apesar de reconhecer ser demasiado precoce avaliar este modelo de governação, os *NHS Foundation Trusts* estão a fazer progressos

⁶⁶ Ellis, R.; McGuire, T. (1996): “Hospital response to prospective payment: Moral hazard, selection and practice-style effects”, *Journal of Health Economics*, vol. 15, pp. 257-277.

⁶⁷ Compete ao Estado assegurar que qualquer que seja o modelo de financiamento hospitalar utilizado este não conduza à “desnatação”. Ou seja, uma prática de discriminação infundada e ilegítima na qual apenas os doentes com melhor probabilidade de êxito terapêutico são admitidos nos hospitais da rede pública com o objectivo de reduzir os custos. Porém, e considerando que o sistema de saúde português é um sistema segmentado, será legítima alguma desnatação no sector privado desde que contratualmente estabelecida e sempre à luz de critérios de *accountability*.

⁶⁸ Nunes, R. (2008): “A Regulação independente na saúde”. *In Estudos em Comemoração dos Dez Anos da Faculdade de Direito da Universidade Nova de Lisboa*, Almedina, Coimbra.

⁶⁹ Department of Health (2005): “A short guide to NHS Foundation Trusts”, November, London.

⁷⁰ Healthcare Commission (2005): “The Healthcare Commission’s review of NHS Foundation Trusts”, Healthcare Commission, London.

significativos no desenvolvimento de abordagens inovadoras para uma melhor qualidade dos serviços de saúde em benefício dos pacientes do NHS, bem como melhorar a responsabilização das populações locais. Em particular, este estudo concluiu que até ao final de 2004 a maioria dos membros tinha aumentado, numa média de 37%, que a sua composição tinha contribuído para aumentar a participação do público em encontros gerais anuais, e que a liderança, a *accountability* e as responsabilidades foram claras ao nível do topo, através de uma maior atenção exercida sobre os riscos financeiros, as questões estratégicas e o trabalho em parceria.

Porém, constatou igualmente que poucos *NHS Foundation Trusts* tomaram medidas específicas para envolver grupos da população tradicionalmente mal representados e que o papel dos Curadores não estava suficientemente claro, para além das suas funções estatutárias. Isto é as oportunidades de formação, o apoio e o desenvolvimento eram variáveis, bem como a legitimidade e a influência dos Curadores; que o duplo papel do presidente do Conselho de Administração e do Conselho dos Curadores pode constituir fonte de conflitos; que existiu uma sobreposição de funções entre o Conselho de Curadores e os fóruns representativos do público e dos doentes, em que ambos procuram representar o público e os pacientes, o que promoveu alguma distorção; e que foi reduzida a contratação de pessoal.

Também, Day e Klein⁷¹ promoveram um estudo apoiado pelo *Nuffield Trust* incidindo sobre os primeiros 20 *NHS Foundation* a serem estabelecidos. Estes salientaram a diversidade dos modelos de governação existentes que se reflectiu na liberdade permitida aos *NHS Foundation Trusts* na determinação das suas próprias condições dentro do amplo quadro estabelecido pelo Governo.

Acresce ainda que com base na limitada evidência existente este estudo refere que as mulheres pareciam estar sub-representadas, e que uma elevada percentagem dos Curadores eleitos eram aposentados. E, no que se refere ao papel dos Curadores estes parecem evidenciar ter influência em vez de poder, observando-se os presidentes e os

⁷¹ Day, P.; Klein, R. (2005): “Governance of Foundation Trusts: Dilemmas of diversity”, The Nuffield Trust, London.

directores executivos a controlar as informações destinadas aos Curadores bem como a determinação da agenda. Mais ainda, este trabalho realçou que o regulador, *Monitor*, não atendeu devidamente às questões de governação, tendo centrado a sua actividade em assuntos financeiros e na capacidade de gestão das *Trusts*, promovendo a recolha e publicação de dados sobre a composição dos *NHS Foundation Trusts* e sobre a percentagem global de participação nas eleições.

O relatório do *King's Fund*⁷² conclui, tal como a *Healthcare Commission*, que existe uma ausência na definição clara do papel dos Curadores. Além disso, este estudo constatou, entre outros resultados que mais de metade dos Curadores considerou não possuir um meio eficaz para comunicar com os membros que os tinham elegido. Por outro lado, 70% relataram que confiavam no seu papel, sendo este determinante, na medida que poderiam fazer a diferença na execução das suas obrigações.

Em Junho de 2007, Ham e Hunt⁷³, a pedido do *Department of Health* promoveram uma revisão dos progressos realizados em seis *NHS Foundation Trusts* (*Birmingham Women's Health Care NHS Trust; Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust; Derby Hospitals NHS Foundation Trust; Royal Devon and Exeter NHS Foundation Trust; South Essex Partnership NHS Foundation Trust; University College London Hospital NHS Foundation Trust*). Pretendia-se avaliar os modelos de governação. A sua selecção atendeu a critérios tais como assegurar que estavam abrangidas diferentes zonas geográficas do país, uma gama de serviços, e organizações que tiveram o estatuto de *NHS Foundation Trust* em momentos diferentes.

Mais especificamente, este estudo pretendeu avaliar a experiência das organizações envolvidas na instituição do Conselho de Curadores. Para este efeito analisou uma série de questões, incluindo a relação entre o Conselho de Curadores e o Conselho de Administração, o papel da presidência, o papel do secretário da organização, bem como

⁷² Lewis, R. (2005): “Governing Foundation Trusts: A new era for public accountability”, King’s Fund, London.

⁷³ Ham, C.; Hunt, P. (2008): “Membership governance in NHS Foundation Trusts: A review for the Department of Health”; University of Birmingham, MUTUO, March, London.

a formação e apoio prestado aos membros e aos Curadores. Também, explorou a relação entre o papel dos membros e Curadores, por um lado, e de formas alternativas de participação pública, por outro.

O objectivo nuclear era compreender o que deveria ser efectuado a fim de se reforçar a governação no seio do regime existente. Neste contexto, este relatório conclui que:

“In comparison with these early studies, our snapshot of six organisations at the end of 2007 indicates that the unusual hybrid governance model adopted for NHS Foundation Trusts is working increasingly effectively, and leads us to the following conclusions:

- 1. In line with expectations, and as Day and Klein (2005) noted in their study, there is a diversity of governance arrangements in NHS Foundation Trusts, within the statutory framework laid down by Parliament eg in relation to the size and composition of the board of governors and the membership;*
- 2. There is increasing clarity on the role of the board of governors and how the knowledge and skills of governors can be used to best advantage;*
- 3. The statutory powers of governors have helped to ensure that they are taken seriously and are not treated as a rubber stamp, as some had feared;*
- 4. An increasing number of governors appear to be active participants in the work of NHS Foundation Trusts, although more needs to be done to engage stakeholder governors;*
- 5. Staff governors are often an under-used resource. Their contribution should be a higher priority for NHS Foundation Trusts and HR departments should make use of their experience and credibility;*
- 6. NHS Foundation Trusts need to provide greater clarity on the role of the membership community and continue to develop the most effective ways of governors relating to members;*
- 7. Constituency meetings between governors and members have met with varying success and NHS Foundation Trusts need to consider a variety of approaches to ensure that governors and members relate effectively;*

8. *NHS Foundation Trusts are communicating with members through magazines and newsletters and letters from the chair, and are increasingly using more interactive ways of engaging members such as through questionnaires and surveys, focus groups and project work;*
9. *The Trust chair is the lynchpin in the governance arrangements of NHS Foundation Trusts, and the way in which he or she undertakes this role has a major bearing on how these arrangements work in practice;*
10. *The Trust chair has to be able to lead the work of the organisation through the board of directors and relate to the membership through the board of governors. Experience suggests that each role needs a different style, requiring chairs to be adaptable in the way they function;*
11. *While there is an argument for the role of chair to be split, we do not believe this is the best way forward. The chair provides the link between the business of the NHS Foundation Trust and through the governors and members, the community it serves. Creating a separate chair of governors would risk the governors developing a scrutiny function which might dilute the mechanisms for accountability to the membership. The arrangements we encountered in one Foundation Trust of the chair working closely with the deputy chair of the board of governors is an alternative way of working, and there may be others;*
12. *Governors need to be involved in the appraisal of the chair to ensure that any issues around the chair's role are identified and addressed before they become more significant;*
13. *The company secretary also has a key role in the governance of NHS Foundation Trusts and with his or her staff is usually the main point of contact for governors and members;*
14. *Realising the full potential of NHS Foundation Trusts is likely to mean strengthening the role of the secretariat and providing additional resources for this function;*
15. *Training and support for governors is needed on induction and on a continuing basis to ensure that governors are equipped with the knowledge and skills they require;*

16. *Arrangements for patient and public involvement in NHS Foundation Trusts may need to be reviewed to ensure that national policy in this area does not unintentionally hinder the development of governors and members;*
17. *Developing a sizeable and engaged membership requires a sustained commitment of resources to membership services. The rewards of such investment, in terms of services delivered in ways that much more reflect local people's needs, will greatly outweigh its costs.*

In summary, our view, based on the evidence available to us, is that governance arrangements in Foundation Trusts are now established and are becoming increasingly effective. More positively, there is untapped potential in the recruitment of 1 million members and more than 2.000 governors in creating a quite different relationship between the NHS and the communities it serves.

In this regard our findings accord more with the views of Lowe-Lauri (2008)⁷⁴, based on his experience at King's College NHS Foundation Trust, than the findings of the research undertaken by Lewis and Hinton (2008⁷⁵) at the Homerton University Hospital NHS Foundation Trust in 2004/05. The difference between our findings and those of Lewis and Hinton may well be explained by the larger number of organisations included in our review and the more recent evidence we have been able to draw on.

In the next stage of the Foundation Trust story, the challenge is to build on the start that has been made and to find more effective ways of engaging with members and reconnecting the NHS with the public.”

⁷⁴Lowe-Lauri, M. (2008): “Foundation Trusts governors can and should exercise their influence in the wider community to benefit services users”, Health Service Journal, March, 13.

⁷⁵ Lewis, R.; Hinton, L. (2008): “Citizen and staff involvement in health service decision making: Have National Health Service Foundation Trusts in England given stakeholders a louder voice?”, Journal of Health Services Research and Policy, 13, pp. 19-25.

4.4.2 EXPERIÊNCIA BRASILEIRA: FUNDAÇÃO ESTATAL

No Brasil, tal como em Portugal, o reconhecimento da inadequação e da rigidez do modelo da administração pública directa e as dificuldades decorrentes da limitada autonomia de gestão promoveu a procura de um modelo com maior autonomia, ainda que sob o controlo de Estado Brasileiro.

Foi, neste enquadramento que se desenvolveu Projecto de Lei Complementar n.º 92/2007, o qual regulamenta o inciso XIX do artigo 37º da Constituição Federal no que se refere às fundações instituídas pelo poder público, e regulamenta a Fundação Estatal, para uma gestão hospitalar eficiente e com qualidade⁷⁶.

Pretende, este Projecto de Lei, criar um novo modelo jurídico-institucional legal assente numa gestão mais efectiva, mais transparente e mais participativa, da qual a sociedade possa “exigir” resultados e, conseqüentemente, ter um maior controle. Isto é, cria a fundação pública com personalidade jurídica de direito privado, a Fundação Estatal⁷⁷.

As fundações encontram-se reguladas nos artigos 62º a 69º do Código Civil Brasileiro, pese embora, tal como no Código Civil Português, estes não propõem uma definição de fundação para a lei civil, centrando-se o artigo 62º no facto de se constituir um conjunto de bens ao serviço de uma determinada finalidade.

Numa perspectiva doutrinal, Clóvis Bevilacqua, jurista, legislador, filósofo e historiador brasileiro, define que “Fundação é a universalidade de bens personalizados, em atenção ao fim, que lhe dá unidade”, e Caio Mário da Silva Pereira, jurista brasileiro, refere que “Fundação é a atribuição de personalidade jurídica a um património, que a vontade humana destina a uma finalidade social”⁷⁸.

⁷⁶ Lei Complementar Nº 118, de 29 de Novembro de 2007. Lei Nº 5164, de 17 de Dezembro de 2007.

⁷⁷ De acordo com Valter Pereira este novo modelo de gestão “permitiria aos gestores dos cinco mil hospitais públicos vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) melhorar a eficiência no atendimento, modernizando o modelo de gestão”. Pereira, V. (2009): Valter Pereira apoia proposta de mudança na saúde, Jornal do Senado, Julho de 2009, pp. 6.

⁷⁸ Posições doutrinárias expendidas em documentos preparatórios do Código Civil Brasileiro.

No entanto, ao artigo 5º do Decreto-Lei n.º 200/1967 foi introduzido, pela Lei n.º 7.596 de 1987, a seguinte definição: Fundação Pública: a entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, criada em virtude de autorização legislativa, para o desenvolvimento de actividades que não exijam execução por órgãos ou entidades de direito público, com autonomia administrativa, património próprio gerido pelos respectivos órgãos de direcção, e funcionamento custeado por recursos da União e de outras fontes.

As fundações estatais foram instituídas pelo Decreto-Lei n.º 200/67, como uma forma de descentralização da actividade pública, da administração directa para pessoa jurídica regida pelo direito privado, sendo-lhe garantidas as condições necessárias para a igualdade de actuação em relação às demais organizações de direito privado, inclusive no que se refere às obrigações civis, comerciais e laborais⁷⁹. Contudo, assistiu-se a uma evolução: a) O Decreto-Lei n.º 200/67 configurou as fundações públicas na administração pública indirecta como pessoa jurídica regida pelo direito privado; b) o Decreto-Lei n.º 900/69 retirou as fundações públicas de direito privado da administração pública indirecta, sujeitando-as apenas às regras do Código Civil; c) o Decreto-Lei n.º 2.299/86 e a Lei n.º 7.596/87 revogou o Decreto-Lei n.º 900/67 e reintegrou as fundações públicas de direito privado na administração pública indirecta, com submissão ao direito administrativo mínimo; d) a Constituição Federal de 1988 estabeleceu para as fundações públicas as mesmas restrições administrativas, orçamentárias e financeiras impostas às autarquias; e) a Emenda Constitucional n.º 19/1998 determinou que somente por lei específica poderá ser autorizada a instituição de fundação, cabendo à lei complementar definir as áreas de actuação.

⁷⁹ A criação do Hospital Fundação Estatal enquadra-se numa trajectória de modernização do Sistema Único de Saúde, o sistema público Brasileiro de protecção da saúde. De acordo com Marco Zanchi e Paulo Zugno “o Sistema Único de Saúde (SUS), nascido com a Constituição de 1988, representa o maior avanço político, democrático e social na área da promoção da saúde” ... e “a descentralização político-administrativa do Sistema Único de Saúde, ... a direcção única em cada esfera de governo, o acesso universal e igualitário, a participação da comunidade, a gratuidade do atendimento e o controle social são as vigas-mestras do SUS”. Ver Zanchi, M.; Zugno P: (2008): “Sociologia da Saúde”, Editora da Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul.

Neste contexto, o actual artigo 37º da Constituição Federal e o seu inciso XIX determinam que: a) A administração pública directa e indirecta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte: somente por lei específica poderá ser criada autarquia e autorizada a instituição de empresa pública, de sociedade de economia mista e de fundação, cabendo à lei complementar, neste último caso, definir as áreas de sua actuação.

Assim, a Lei Complementar n.º 92/2007 define que mediante lei específica pode ser instituída ou autorizada uma instituição sem fins lucrativos, integrante da administração pública indirecta, com personalidade jurídica de direito público ou privado. Sendo de direito privado, para o desempenho de actividade estatal que não seja exclusiva do Estado, nas áreas elencadas como: saúde, assistência social, cultura, desporto, ciência e tecnologia, comunicação social; entre outras. De acordo com a Emenda Substitutiva ao Projecto de Lei Complementar n.º 92/2007:

1. Considera-se actividade estatal exclusiva do Estado aquela que a lei, pela relevância e interesse público, determina que o Estado actue sem a presença concomitante da iniciativa na mesma actividade – artigo 1 § 3;
2. A fundação estatal com personalidade jurídica de direito privado terá património e receitas próprias e autonomia gerencial, orçamentária e financeira – artigo 2º;
3. Submissão às disposições legais sobre licitações e contratos - artigo 2 § 1. Nomeadamente na Constituição Federal o artigo 37º, inciso XXI: ressalvados os casos especificados na legislação, as obras, serviços, compras e alienações serão contratados mediante processo de licitação pública que assegure igualdade de condições a todos os concorrentes, com cláusulas que estabeleçam obrigações de pagamento, mantidas as condições efectivas da proposta, nos termos da lei, o qual somente permitirá as exigências de qualificação técnica e económica indispensáveis à garantia do cumprimento das obrigações;
4. O pessoal da fundação estatal de direito privado será regido pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) e sua admissão será feita mediante

- aprovação prévia em concurso público de provas ou provas e títulos – artigo 2 § 2;
5. Mas os actuais servidores têm os seus direitos e carreira garantidos, podendo receber uma gratificação para igualar os vencimentos com o dos demais servidores, regidos pela CLT;
 6. A demissão do pessoal deve observar - artigo 2 § 3:
 - a. Processo administrativo com defesa
 - b. Avaliação periódica do desempenho
 7. Vincula-se ao órgão ou entidade em cuja área de competência estiver inserida a sua actividade, sujeitando-se à fiscalização do sistema de controle interno de cada Poder e ao controle externo – artigo 3º;
 8. Mediante dispensa de licitação, celebrará contrato estatal de serviços com o Poder Público, que terá por objecto a prestação de serviços e a fixação de metas de desempenho para a entidade, cabendo à lei que a autorizar dispor sobre a avaliação do desempenho, os direitos, obrigações e responsabilidades dos dirigentes – artigo 4º;
 9. A fundação que tiver por finalidade a prestação de serviços públicos de carácter universal não poderá prestar serviços ao sector privado nem realizar cobranças directas ou indirectas aos usuários – artigo 4 § 1;
 10. Excepção: a celebração de contrato ou termo de cooperação técnica na área de ensino e pesquisa, desde que tenham vinculação com a actividade da fundação – artigo 4 § 2.;
 11. A fundação estatal de direito privado não integrará o orçamento fiscal e de segurança social sendo que o seu relacionamento com o Poder Público, no tocante à Lei Orçamentária Anual, dar-se-á exclusivamente sob a forma de prestação de serviços, com base em contratos, inclusive o contrato de gestão, conforme previsto no artigo 4º - artigo 5º;
 12. A lei que criar fundação estatal com personalidade jurídica de direito privado, destinada à prestação de serviços públicos de carácter universal, garantirá a participação de representação de trabalhadores e usuários no seu sistema e governação – artigo 8º, mas o Conselho de Administração terá maioria governamental.

Deste modo, o Projecto de Lei Complementar caracteriza a fundação estatal como uma entidade sem fins lucrativos, instituída pelo poder público, criada ou autorizada por lei, com personalidade jurídica de direito privado, com património próprio – constituído pelos bens móveis e imóveis, valores, direitos e outros que lhe forem destinados ou adquirir, com receitas próprias, com autonomia administrativa, orçamental e financeira, com financiamento exclusivamente público, sob a tutela da administração directa (órgão público supervisor) – vincula-se ao órgão em cuja área de competência estiver inserida a sua actividade – fiscalizada pelos órgãos de controle interno e externo e com campo de actuação: todo aquele que não exigir pessoa jurídica de direito público (poder de autoridade).

Mais ainda, o mesmo Projecto de Lei Complementar define as áreas de actuação da fundação estatal, pelo que só pode ser instituída em área não exclusiva do Estado e que não exija o exercício do poder de autoridade: educação, ciência e tecnologia, cultura, meio ambiente, desporto, turismo, comunicação, previdência complementar, assistência social, saúde, entre outros. Também, prevê o mesmo Projecto de Lei a necessidade de inscrição no Registro Civil de Pessoas Jurídicas. A fundação adquire personalidade jurídica com o registo dos seus actos constitutivos no Registro Civil de Pessoas Jurídicas, regendo-se, no que couber, pelas disposições do Código Civil.

Quanto à sua estrutura organizacional, estão previstos os seguintes órgãos: Conselho Curador; Conselho de Administração; Conselho Fiscal e Conselho Consultivo Social. Na composição do Conselho Curador deverá assegurar-se a representação do Gestor Estadual; a Representação dos Gestores Municipais; a Representação dos Trabalhadores (da fundação e do Conselho Estadual de Saúde-CES); a Representação dos Usuários (CES); a Representação das Instituições Formadoras. Nenhum dos segmentos anteriores deverá individualmente somar mais que 33%. Terá uma Direcção Superior responsável pelo controle e fiscalização das actividades da Fundação negociando com o poder público o contrato de gestão.

Por sua vez, a coordenação executiva será presidida por um coordenador-executivo, indicado pelo titular da entidade à qual é vinculada, submetido a referendo do Conselho Curador. O coordenador-executivo indicará os cargos de livre provimento da Fundação (assessor da Coordenação, gerentes e chefes de departamento), cujos nomes deverão ser indicados pelo Conselho Curador. É o responsável pela Administração corrente da Fundação.

O Conselho Fiscal terá três membros. Se a Fundação for federal, um será indicado pelo ministro da Fazenda (Finanças) e os restantes pelo órgão que vincula a Fundação. Relativamente ao conselho consultivo social, este será composto pela sociedade civil e um dos seus membros fará parte do Conselho Curador. Tem como função orientar as decisões do Conselho Curador quanto às necessidades da população.

Na sequência da aprovação, em Abril de 2009, da Lei Complementar 92/2007, instituíde-se no Brasil um Projecto de Desenvolvimento de Fundações Estatais Hospitalares, com a colaboração da Escola Nacional de Saúde Pública (Brasil), que apoia a implementação deste novo modelo de gestão pública, tendo por finalidade “aprimorar as suas estruturas, instrumentos e métodos de gestão, visando à regulação, contratação, supervisão, monitoramento e avaliação dos Hospitais Estaduais Públicos”.

Mais concretamente, Pedro Barbosa, Coordenador do Subprojeto Desenvolvimento de Fundações Estatais Hospitalares na ENSP, referiu-se, em entrevista, às fundações estatais de direito privado, aprovadas pelo Ministério da Saúde para administrar os hospitais e institutos federais como “a nova figura jurídica permite maior agilidade administrativa e qualificação dos serviços prestados à população. (...) as fundações públicas são instrumentos eficientes para dar autonomia e eficiência aos hospitais sem retirar do Estado sua responsabilidade pela prestação do serviço. (...) As fundações estatais são uma formulação recente para tornar a gestão pública mais eficiente. É uma proposta de reforma da administração pública em geral. No caso das fundações estatais, é fundamentalmente para a gestão de hospitais públicos; não incluem, portanto, os privados. (...) As Fundações Estatais apostam no aperfeiçoamento da instituição pública e nos direitos à gratuidade da saúde. É um novo modelo jurídico-institucional legal. Os

objectivos são desburocratizar e prestar um atendimento efectivo às necessidades do cidadão, construir uma alternativa mais ágil, transparente e participativa, da qual a sociedade possa cobrar resultados e conseqüentemente ter um maior controle. (...) O projecto de fundações estatais de direito privado foi aprovado em três estados (Bahia, Sergipe e Rio de Janeiro) e em outras três cidades de São Paulo. Embora o Projecto de Lei da União ainda esteja no Congresso, esses três estados já têm leis estaduais. Estamos, portanto, aguardando a aprovação no legislativo federal.”⁸⁰

A Lei Estadual 5.164, de 17 de Dezembro de 2007 prevê a criação de três fundações: uma para gerir os hospitais gerais, outra para os hospitais de urgência e emergência e a terceira para os institutos e a Central de Transplantes do Rio de Janeiro. Não se trata de uma proposta de privatização, mas sim “levar para dentro do Estado inovações que o mundo inteiro está experimentando: contratos de desempenho, modelos mais eficientes de gestão, cobrança de resultados da administração e remuneração por bom desempenho” (...) “O grande desafio é a capacitação de recursos humanos e a mudança de cultura entre os profissionais de saúde. Construir um novo ambiente no qual o trabalhador assuma a condição definitiva de servidor público, que estará sob o regime de CLT (Consolidação das Leis do Trabalho).”⁸¹

Desde logo, e no atinente ao modelo de governação, pode constatar-se uma grande semelhança com os *Foundations Trusts* britânicos. Ou seja, a necessidade por um lado de se implementarem mecanismos de controlo interno e externo para um governo eficaz da fundação, por outro o imperativo social de envolver os diversos *stakeholders* na sua gestão. Com a exposição de estas experiências de modelo fundacional pretendeu-se dar uma visão alargada das oportunidades e das ameaças associadas à sua implementação, bem como evidenciar as potencialidades (forças) e os estrangulamentos (fraquezas) deste modelo jurídico/institucional de gestão hospitalar.

⁸⁰ <http://chagas2.redefiocruz.fiocruz.br>

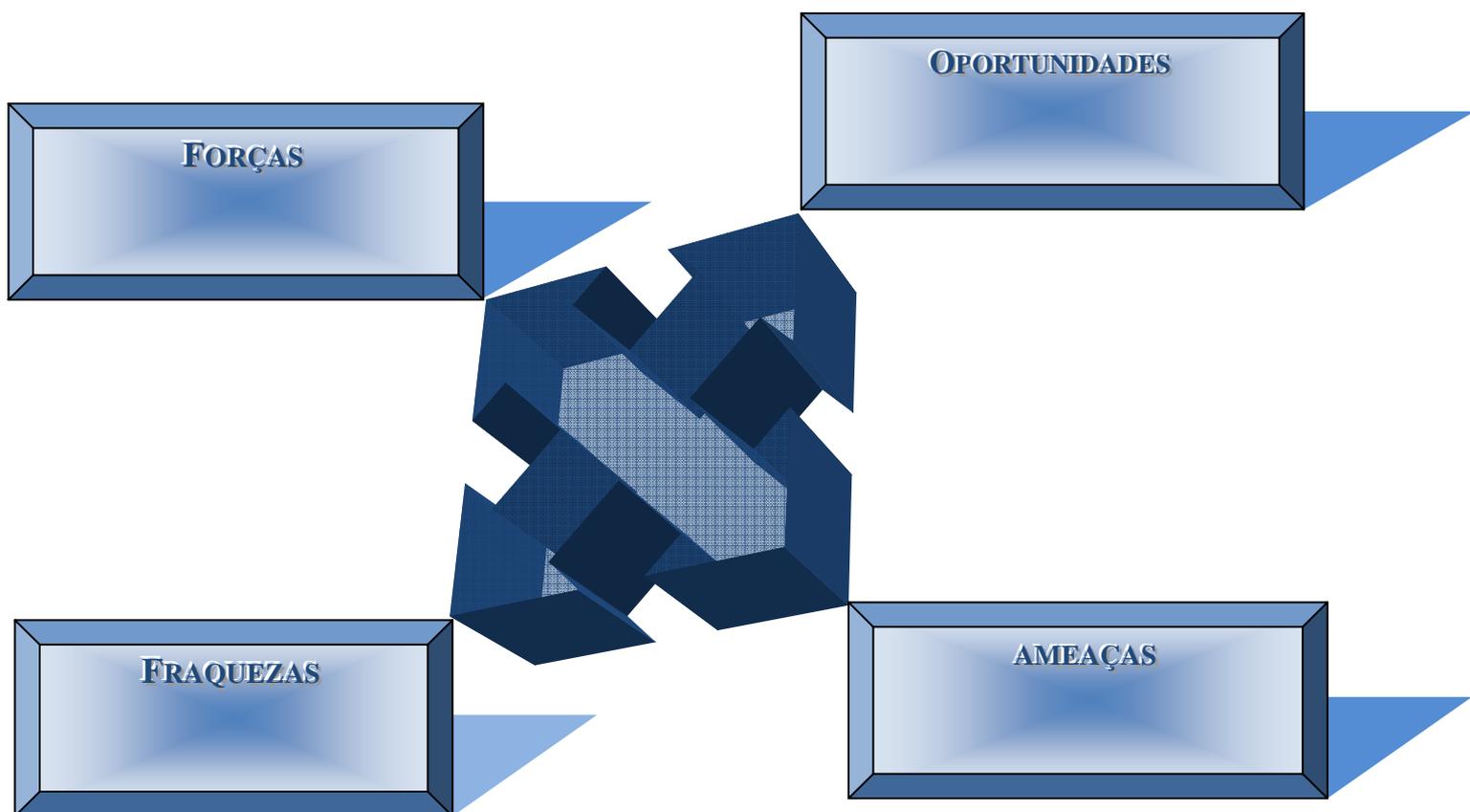
⁸¹ <http://chagas2.redefiocruz.fiocruz.br>

5 – ANÁLISE SWOT: METODOLOGIA DE PLANEAMENTO ESTRATÉGICO

A exposição anterior permite, neste enquadramento, efectuar uma análise SWOT. É um método de planeamento estratégico destinado a avaliar as Forças (*Strengths*), Fraquezas (*Weaknesses*), Oportunidades (*Opportunities*) e Ameaças (*Threats*) subjacentes a um determinado projecto//estratégia//objectivo (**FIGURA I**). A elaboração de uma análise desta natureza requer uma especificação dos objectivos inerentes ao projecto em apreço e uma identificação dos factores internos e factores externos favoráveis e desfavoráveis à concretização do objectivo pretendido. Exige estar integrada no domínio do planeamento estratégico, sendo que ao planeamento estratégico corresponde um processo de recolha e de tratamento de um conjunto de informação interna e externa à organização que lhe serve de base à tomada de decisões, permitindo-lhe ajustar os seus recursos ao meio envolvente em que opera⁸².

⁸² Cardoso, L. (1997): “Gestão estratégica das organizações. Ao encontro do 3º milénio”; Editorial Verbo.

FIGURA I
ANÁLISE SWOT APLICADA AO HOSPITAL FUNDAÇÃO ESTATAL



Esta análise foi desenvolvida por Kenneth Andrews e Roland Christensen, dois professores da Harvard Business School, com a finalidade de ser possível identificar, de forma integrada, os aspectos mais relevantes na caracterização de um determinado projecto ou da posição estratégica de uma organização, num determinado momento, através de uma análise externa e de uma análise interna. A análise externa no âmbito da análise SWOT tem como objectivo a identificação das principais oportunidades (*Opportunities*) e ameaças (*Threats*) que num determinado momento se colocam perante a organização. Isto é, pretende identificar quais as influências externas que podem afectar o projecto em apreço (**QUADRO II**).

QUADRO II:

ANÁLISE EXTERNA: IDENTIFICAÇÃO DAS OPORTUNIDADES E AMEAÇAS⁸³

A identificação das INFLUÊNCIAS EXTERNAS pode-se resumir nas seguintes etapas (Adaptado de Johnson, 1996):

1. Definir a natureza do meio envolvente (grau de incerteza e mudança);
2. Auditoria das influências do meio envolvente (Análise PEST – listagem dos factores políticos, económicos, sociais e tecnológicos, e do seu impacto no futuro da organização);
3. Análise da estrutura competitiva (análise do sector);
4. Identificação da posição competitiva.

A título de exemplo (Adaptado de Piggot, 2000):

1. Que tipo de alterações na política nacional ou local de saúde pode afectar o nosso projecto, a nossa organização (a prestação do “nosso” serviço)?
2. Existem factores de natureza económica que impeçam a concretização dos nossos objectivos (limitações orçamentais no SNS)?
3. Conhecem-se as expectativas dos doentes?
4. Estão a ser consideradas as forças e as fraquezas das organizações “concorrentes”?

A sua importância reside na necessidade de se prever, sempre que possível, eventuais desenvolvimentos futuros que possam ter maior ou menor impacto nessa mesma organização ou projecto. Trata-se de identificar quais as mudanças que, estando fora do controlo da organização, podem produzir repercussões (positivas ou negativas) no seu desempenho e na sua forma de actuação.

⁸³ Johnson, G.; Kevan, S. (1996): “Exploring corporate strategy”, Prentice Hall, Cambridge e Piggot, C. (2000): “Business planning for healthcare management”, second edition, Open University Press, London.

Por sua vez a análise interna, pretende identificar os principais pontos fortes (*Strengths*) e pontos fracos (*Weaknesses*) que caracterizam um projecto ou uma organização, num determinado momento. Trata-se de avaliar a capacidade estratégica inerente ao projecto e as suas competências para se adaptar às mudanças. Isto é, pretende-se identificar os factores internos (**QUADRO III**).

QUADRO III

ANÁLISE INTERNA: IDENTIFICAÇÃO DAS FORÇAS E FRAQUEZAS⁸⁴

Implica identificar os factores críticos de sucesso do projecto em causa. Ao tratar-se de uma organização, pode estar em causa as seguintes etapas: (Adaptado de Johnson, 1996):

1. Auditoria dos recursos: recursos físicos, recursos humanos, recursos financeiros, recursos intangíveis;
2. Análise da cadeia de valor: actividades primárias // actividades de suporte;
3. Análise da eficiência e análise da eficácia;
4. Controlo dos recursos;
5. Análise financeira.

A título de exemplo (Adaptado de Piggot, 2000):

1. Identificar quais os “nossos” melhores serviços de saúde;
2. Quais são os nossos *outputs*?
3. Qual é a “nossa” estrutura organizacional? E qual deveria ser?
4. Que tipo de sistemas de comunicação interno e externo detemos?
5. Quais as “nossas” necessidades em matéria de recursos humanos?
6. Qual é a “nossa” força financeira?
7. Qual é a “nossa” reputação?
8. Qual é o grau de volatilidade (*staff*) da organização?

A análise SWOT é um método flexível e adaptável ao objecto em análise, dado que pode ser aplicado quer para avaliar as competências de uma organização e sua envolvente externa, quer para analisar as potencialidades e condicionalismos internos e

⁸⁴ Johnson, G.; Kevan, S. (1996): “Exploring corporate strategy”, Prentice Hall, Cambridge e Piggot, C. (2000): “Business planning for healthcare management”, second edition, Open University Press, London.

externos de um determinado projecto. Contudo, independentemente do que se pretende avaliar, deve sempre conjugar, de forma integrada, os elementos da análise interna e externa, de forma a garantir um diagnóstico estratégico fidedigno e fiável, podendo deste modo servir de ferramenta de suporte à gestão e decisão estratégica.

Em suma, a análise SWOT envolve os seguintes passos:

1. Identificação da estratégia seguida, ou a seguir;
2. Identificação das mudanças fundamentais da envolvente que influenciam o projecto em apreço;
3. Identificação das capacidades e fraquezas do projecto;
4. Cruzar as conclusões.

Neste sentido, e atendendo ao objectivo central deste trabalho (os hospitais fundação estatal) torna-se possível a sua aplicação atendendo, por um lado ao enquadramento teórico exposto, com base nos fundamentos subjacentes à prestação de cuidados de saúde, numa envolvente que reconhece o direito à saúde como um direito social, e por outro com base na evidência empírica da constituição de hospitais fundação estatal em determinados países e sua avaliação.

ANÁLISE SWOT APLICADA:

1. **IDENTIFICAÇÃO DA ESTRATÉGIA A SEGUIR:** Introdução do modelo Hospital Fundação Estatal de direito privado no quadro da reforma do sector da saúde.
2. **IDENTIFICAÇÃO DAS MUDANÇAS FUNDAMENTAIS DA ENVOLVENTE QUE INFLUENCIAM O PROJECTO EM APREÇO – SÍNTESE DAS OPORTUNIDADES E AMEAÇAS:**

I. OPORTUNIDADES

- a) O progressivo aumento das despesas de saúde e a necessidade de obtenção de fundos de natureza pública ou privada que visem garantir a universalidade da cobertura dos cuidados de saúde;
- b) Esgotamento do sistema tradicional: questiona princípios fundamentais, tal como a equidade, a universalidade. Falhas de governo;
- c) Conflito entre o sistema tradicional burocrata com as regras democráticas promovendo a ineficiência.
- d) Ausência no sector público convencional de estruturas e processos organizacionais apropriados;
- e) O crescente grau de exigência dos cidadãos;
- f) A ausência de uma prestação pública de contas (*accountability*);
- g) O *New Public Management* (NPM) no sector público;
- h) Profunda alteração no *modus operandi* da Administração Pública com reforço dos processos de liberalização e de privatização das actividades económicas;
- i) Organizações públicas centradas na avaliação do desempenho e no alcance dos resultados;
- j) A empresarialização no sector público, como instrumento usado em muitos países ocidentais para controlo da despesa pública e para equilíbrio orçamental;
- k) Uma dinâmica de promoção de uma nova cultura de gestão empresarial assente na responsabilização formal dos diferentes agentes envolvidos;
- l) Políticas de descentralização do poder central, o *empowerment*;

- m) Promoção do Estado Participativo: Tendência de aproximação da Administração Pública aos cidadãos. A implementação de uma “administração receptiva à cidadania” promove a necessária adaptação da administração pública às expectativas dos cidadãos (*responsiveness*);
- n) A *corporate governance* enquanto parte integrante da gestão das organizações públicas e privadas;
- o) Alteração do sistema de financiamento aos hospitais: sistema de pagamento por resultados (*payment by results*) a fim de se garantir uma aplicação mais eficiente dos meios disponíveis.

II. AMEAÇAS

- a) Permanência da crise económica e financeira do Estado: O espectro da insustentabilidade económica e financeira é ainda uma realidade, pelo que a incapacidade de satisfazer muitas das expectativas dos cidadãos, da comunidade, e dos profissionais de saúde que continuam a sentir algum descontentamento, pode agravar-se, atingindo um nível de comprometimento na implementação de soluções desta natureza (estatal);
- b) A possível “des-intervenção” e consequente desresponsabilização do Estado;
- c) O potencial reconhecimento do direito à protecção da saúde individual como um bem de natureza económica, mais do que um direito social;
- d) O sistema de pagamento por resultados (*payment by results*) poder conduzir a estratégias de “desnatação”, a situações de *over-treatment*, sacrificando a qualidade na prestação de cuidados de saúde;
- e) Ausência de uma forte regulação e controlo do Estado;
- f) Resistência à mudança de algumas classes profissionais;
- g) A experiência empírica com as *NHS Foundation Trusts* revela que a participação dos doentes e da comunidade deve ser revista para assegurar uma verdadeira gestão participativa.

3. IDENTIFICAÇÃO DAS CAPACIDADES E FRAQUEZAS DO PROJECTO: SÍNTESE DAS FORÇAS E DAS FRAQUEZAS

I. FORÇAS

- a) A responsabilidade da fundação é limitada ao património social da pessoa colectiva;
- b) A maior autonomia de gestão inerente a este modelo, a maior liberdade de acesso a capital, a liberdade para investir resultados positivos no desenvolvimento de novos serviços para a população local, a sua estrutura matricial e participativa podem permitir um melhor ajustamento ao actual meio envolvente em que opera;
- c) Modelo democrático: a população local e os trabalhadores elegem directamente os seus representantes. Deste modo poder-se-á assegurar que o Hospital Fundação Estatal actua em conformidade e orientado pelas necessidades da comunidade em que se insere;
- d) O modelo ao enfatizar a descentralização, o *empowerment* e um maior controlo por parte da sociedade – pela transferência de propriedade e de responsabilidade para a comunidade local – poderá proporcionar uma oferta mais ajustada às necessidades e expectativas da população local, de modo mais efectivo, eficiente e equitativo;
- e) Maior responsabilização perante a população local em que se insere e perante o regulador. Reforça-se não apenas o dever de prestar contas (*accountability*), mas a participação da comunidade de modo activo na tomada de decisão sobre as opções respeitantes à prestação de cuidados de saúde, o que pode promover maior consciencialização no consumo de cuidados de saúde e mesmo a liberdade de escolha;
- f) O contribuinte terá ganhos evidentes pelo menor desperdício de verbas atribuídas ao sector da saúde e maior eficiência e investimento na melhoria das condições. Os profissionais poderão igualmente beneficiar pela valorização e investimento na formação contínua e criação de incentivos à produtividade pela atribuição de gratificações;

- g) A possibilidade dos *stakeholders* influenciarem a gestão global da organização e do seu desenvolvimento estratégico pode deste modo potenciar, também, melhorias na qualidade dos serviços prestados, dado que haverá preocupações acrescidas em adaptar-se às necessidades específicas dos seus utentes e da comunidade em que se encontram inseridos;
- h) O quadro legal de actuação deste tipo de hospital (no plano internacional) reconhece uma obrigação legal de prestação de contas quer perante os seus “membros”, quer perante o público em geral;
- i) A sua actuação é constantemente acompanhada e monitorizada, através da avaliação da qualidade dos serviços prestados e da eficiência no uso dos recursos, por uma entidade reguladora independente que é directamente responsável perante o Parlamento.

II. FRAQUEZAS

- a) Dependência das transferências financeiras do sector público pode comprometer a concretização de determinados objectivos do Hospital Fundação Estatal;
- b) Captura da entidade gestora pelo poder público;
- c) Falta de representatividade dos *stakeholders* e conseqüentemente do seu poder na gestão global do hospital e no seu desenvolvimento estratégico pode ter reflexos negativos na legitimidade das decisões promovendo distorções;
- d) As entidades reguladoras centrarem a sua actividade em avaliações exclusivamente económico-financeiras;
- e) No âmbito de algumas experiências internacionais, tal como os *NHS Foundation Trusts* – o papel dos curadores, nomeadamente na interface com os membros da comunidade onde se insere o Hospital Fundação Estatal, pode não ser o mais adequado;
- f) A ineficácia do papel supervisor dos curadores permitindo que as decisões de gestão por parte do Conselho de Administração não sejam adequadamente acompanhadas.

4. CRUZAMENTO DAS CONCLUSÕES:

O Hospital Fundação Estatal pode ser considerado como um modelo alternativo de gestão dos hospitais públicos, podendo promover ganhos de eficiência, de produtividade e de qualidade assistencial. Porém, ao comparar estes dois modelos uma diferença essencial pode ser observada. Trata-se de um modelo de governação – gestão participada (*participative management*) – que permite e promove maiores índices de *accountability* (QUADRO IV). Como sugere Stephen Wilmot “*Foundation trusts will be more distanced from government than existing NHS bodies, and will have closer community links*”⁸⁵. Mais ainda, e também relacionado com o tipo de gestão e com a estrutura organizacional do Hospital Fundação, o processo de regulação pode ser mais efectivo.

Porém, deve reconhecer-se que para confirmar os alegados benefícios e vantagens desta terceira vaga de reformas hospitalares – no plano da eficiência, da equidade e da qualidade –, devem ser efectuados estudos idóneos por entidades independentes. A introdução do Hospital Fundação Estatal parece ser uma alternativa plausível para tentar conter o aumento exponencial dos custos do sector da saúde e para ultrapassar algumas deficiências estruturais do sistema de saúde português⁸⁶. De facto, este modelo inovador de governação pode fazer toda a diferença na construção de uma sociedade moderna e competitiva.

⁸⁵ Wilmot, S. (2004): “Foundation trusts and the problem of legitimacy”, *Health Care Analysis* 12 (2), pp. 157-169.

⁸⁶ Por exemplo e tal como refere o Observatório Português dos Sistemas de Saúde “A concepção e a implementação da PPP (Parcerias Público/Privadas) na saúde têm sido um dos aspectos mais polémicos e polarizadores da governação da saúde”. Ou seja, implicitamente se reconhece a necessidade não apenas de uma forte componente analítica no processo de decisão em saúde como de uma comparação das vantagens e inconvenientes de modalidades inovadoras de gestão hospitalar. Ver Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2009): “Relatório de Primavera 2009 – Razões para continuar”, Lisboa.

QUADRO IV

FUNÇÕES DOS ÓRGÃOS DE ADMINISTRAÇÃO

1. CONSELHO DE CURADORES:

- a) Determinar a visão e os objectivos globais do Hospital Fundação Estatal, bem como os valores que devem enquadrar a sua intervenção (nos termos da lei em vigor e em parceria com o Governo e os *stakeholders*);
- b) Monitorizar a performance do Conselho de Administração e indirectamente da instituição;
- c) Prestação de contas (*accountability*) à sociedade, ao Governo, e aos *stakeholders*.

2. CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

- a) Decidir a estratégia a seguir e estabelecer as prioridades de actuação;
- b) Monitorizar a performance da instituição;
- c) Prestação de contas (*accountability*) ao Conselho de Administração e indirectamente à sociedade, ao Governo, e aos *stakeholders*.

6 – SÍNTESE E RECOMENDAÇÕES:

- 1.** O Serviço Nacional de Saúde é uma importante conquista civilizacional mas necessita de uma profunda reforma conceptual e administrativa de modo a ser possível garantir a sua sustentabilidade económica e financeira. A introdução de novos modelos de gestão hospitalar – nomeadamente o Hospital Fundação Estatal de Direito Privado – integra-se nesta trajetória reformista de modo a construir um sistema de saúde moderno e sustentável;
- 2.** O Hospital Fundação Estatal parece ser uma alternativa credível aos actuais modelos de gestão hospitalar, nomeadamente aos hospitais Entidade Pública Empresarial e aos hospitais integrados no Sector Público Administrativo, podendo mesmo configurar-se como uma evolução no plano organizacional do Sector Empresarial do Estado;
- 3.** As vantagens do modelo Hospital Fundação Estatal repousam, em primeiro lugar, na probabilidade de um melhor desempenho económico e financeiro por parte deste tipo de hospital, dado que as regras e princípios de gestão característicos da iniciativa privada podem aqui ser plenamente desenvolvidos e aplicados, com evidentes ganhos de eficiência e de combate ao desperdício;
- 4.** O modelo fundacional permitirá, também, uma maior captação de recursos financeiros da comunidade, através do envolvimento activo de todas as forças vivas da sociedade, sendo de incentivar a captação de donativos (por exemplo ao abrigo da lei do mecenato) que possam complementar o financiamento prospectivo, com base na produção, proveniente de transferências anuais do Orçamento Geral do Estado;

5. No plano organizacional a superioridade deste modelo refere-se ao facto de que o Hospital Fundação Estatal permite uma participação acrescida da sociedade, de grupos representativos dos doentes e dos profissionais de saúde quer na gestão quer na definição das grandes linhas estratégicas do hospital. Ou seja, permite o *empowerment* da sociedade e dos diferentes *stakeholders* promovendo uma profunda mudança no plano cultural;
6. O modelo de governação do Hospital Fundação Estatal acautela também que os dinheiros públicos são empregues na procura da satisfação das necessidades dos cidadãos/contribuintes/utentes. A existência de um Conselho de Curadores – que define as grandes linhas de orientação estratégica do hospital – e de um Conselho de Administração – encarregue da sua gestão operacional – é o garante da existência de um sistema moderno de gestão em consonância com as mais modernas teorias da *corporate governance* (nomeadamente a estrutura dual);
7. A implementação do modelo fundacional será um passo decisivo para uma verdadeira Humanização da Saúde, dado que o desempenho económico, sendo imprescindível na moderna gestão hospitalar, deve ser compaginado com a dimensão ético/social do bem em causa e com a especificidade da prestação de cuidados de saúde a pessoas particularmente vulneráveis;
8. O modelo fundacional propícia também a promoção de outros valores sociais, tal como o imperativo de prestação de contas à sociedade através da libertação pública dos indicadores de desempenho – *public accountability*.;
9. Regendo-se pelas normas do direito privado poderá também fomentar uma verdadeira concorrência no sector da saúde, onde a liberdade de escolha possa desempenhar um papel fundamental, estando então o Hospital Fundação Estatal em paridade com os outros operadores do sistema de saúde;

10. O modelo fundacional corresponde também a uma verdadeira descentralização administrativa, sendo este um imperativo para uma verdadeira reforma estrutural do Estado Social. O Hospital Fundação Estatal integra-se então numa perspectiva de aproximação do poder político aos cidadãos sendo implementada a partilha de competências na gestão com os diversos *stakeholders*;
11. Este modelo *bottom-up* poderá também permitir um maior envolvimento do poder local (autarquias) na definição das linhas de orientação estratégica do Hospital Fundação Estatal;
12. O Hospital Fundação Estatal permitirá assim uma melhor ligação à comunidade e a outros *stakeholders*, propiciando, a título de exemplo, a geração de *clusters* tecnológicos, nomeadamente nas áreas da biotecnologia ou da investigação de novos produtos farmacológicos, com evidentes benefícios quer para a sociedade quer para os agentes económicos envolvidos;
13. De acordo com a evidência empírica internacional (Reino Unido, Brasil, entre outros) o modelo fundacional poderá ser igualmente equacionado como um modelo adequado para uma nova gestão dos hospitais universitários, dadas as especificidades deste tipo de hospital – onde para além da assistência clínica, o ensino e a investigação são também vectores essenciais da produção hospitalar;
14. Este novo modelo de gestão hospitalar permitirá também a verticalização da prestação de cuidados de saúde através da integração funcional dos cuidados de saúde primários e hospitalares. No limite poderá permitir uma implementação mais eficaz dos Sistemas Locais de Saúde, nos quais a fundação se responsabiliza não apenas pelos cuidados assistenciais –

Cuidados Primários, Cuidados Hospitalares e Cuidados Continuados – mas também com todas as actividades de promoção e prevenção da saúde da população sob a sua esfera de influência;

15. A implementação deste modelo organizacional permitirá também desenvolver uma avaliação precisa e imparcial das instituições hospitalares, para assegurar que as que se “convertem” em Hospital Fundação Estatal asseguram a sua manutenção como entidades auto-suficientes;

16. A selecção dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde para transformação em Hospital Fundação Estatal deve ser efectuada no quadro da classificação de qualidade dos hospitais públicos portugueses levada a cabo pela Entidade Reguladora da Saúde. De facto, e numa fase inicial, apenas os hospitais com uma elevada pontuação no *star rating* do Sistema Nacional de Avaliação da Saúde devem ser alvo desta transformação estatutária, de modo a que se possa apreciar e avaliar as verdadeiras consequências desta evolução organizativa;

17. Para o efeito é necessário proceder-se à necessária alteração da Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro que aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e que procede a alterações na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90), de modo a ser especificamente previsto na lei o estatuto de Hospital Fundação Estatal;

18. Simultaneamente deve ser proposta a criação de uma Lei-Quadro das Fundações Públicas de Direito Privado onde: a) seja harmonizado o seu estatuto; b) esteja previsto que os seus orçamentos sejam predominantemente alimentados por dinheiros públicos; c) se determine que os seus órgãos de gestão sejam, em parte, nomeados pelo poder político e em parte pela sociedade civil; e d) se regule os aspectos básicos do regime a que

devem obedecer este tipo de fundações, qualquer que seja a sua área de actuação;

- 19.** Deve existir um reforço do sistema de regulação de modo a que as eventuais disfunções desta trajectória reformista sejam prevenidas em tempo útil, nomeadamente no que se refere à garantia de equidade no acesso ao sistema público de saúde em qualquer ponto do território nacional ou à implementação de critérios de qualidade certificados por agências internacionais de acreditação hospitalar (por exemplo o *King's Fund Health Quality Service* ou a *Joint Commission International*);

- 20.** Deste modo o Serviço Nacional de Saúde será no futuro mais moderno e mais sustentável. Mais moderno porque adopta um dos modelos mais evoluídos no plano da gestão hospitalar, com resultados comprovados no plano internacional. Mais sustentável porque uma nova cultura na administração da saúde permitirá gerar ganhos de equidade e assim contribuir para a viabilidade futura do Modelo Social Europeu.