



**ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA E GESTÃO
INSTITUTO POLITÉCNICO DA GUARDA**

**EMPRESARIALIZAÇÃO HOSPITALAR E
GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS:
UM ESTUDO DE CASO**

**PROJECTO APLICADO DO MESTRADO EM GESTÃO,
ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

ANGELA MARINA ALMEIDA MOURATO

ABRIL DE 2013



**ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA E GESTÃO
INSTITUTO POLITÉCNICO DA GUARDA**

**EMPRESARIALIZAÇÃO HOSPITALAR E
GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS:
UM ESTUDO DE CASO**

**PROJECTO APLICADO DO MESTRADO EM GESTÃO,
ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

ORIENTADOR: PROFESSOR DOUTOR JORGE MANUEL MONTEIRO MENDES

ANGELA MARINA ALMEIDA MOURATO

ABRIL DE 2013

Agradecimentos

Não posso deixar de expressar o meu agradecimento a todos aqueles cujo contributo permitiu que este trabalho se tornasse realidade. As minhas palavras de gratidão e apreço são destinadas:

- Ao meu orientador, Professor Doutor Jorge Mendes, por ter-me aceite como orientanda. Tenho a agradecer os seus ensinamentos, sugestões, profissionalismo, disponibilidade e simpatia com que sempre me recebeu. O meu sincero agradecimento por me ter orientado permanentemente pelo caminho certo.

- Ao meu irmão, Jorge Mourato, o meu grande companheiro nesta aventura que foi o Mestrado... Sem ele não a teria levado a “bom porto”. Obrigada pela sua amizade incondicional, paciência, pelos momentos bons e menos bons, que partilhámos e continuamos a partilhar juntos.

- Aos meus pais, os meus eternos agradecimentos por me terem auxiliado a tornar na pessoa que hoje sou.

- Um agradecimento especial às minhas grandes amigas Cátia e Carla, pela sua amizade, companheirismo, partilha de tristezas e de alegrias. Agradeço, reconhecida, todos os seus conselhos amigos e palavras de incentivo.

- E por fim, ao João, pela “paciência de santo” para comigo... Não foi fácil.... E nunca será. Obrigada por todo o seu carinho, admiração, apoio e por saber manter-me na sua vida.

Resumo

Um dos novos paradigmas de gestão pública que ditou a reforma administrativa do sector público, a partir da década de oitenta, foi o da Nova Gestão Pública. Esta abordagem gestionária foi entendida como a resposta para os problemas económicos e sociais, bem como a solução para introduzir maior eficiência e eficácia no seio da Administração Pública.

Este modelo gestionário parte da certeza de que a gestão do sector privado é superior à do sector público tendo, assim, o intuito de proceder à reforma deste último recorrendo a técnicas e ferramentas usadas no sector privado. As ideias e características da Nova Gestão Pública são possíveis de observar nas mais distintas áreas do sector público; porém, considerando os seus objectivos e medidas, a saúde apresenta-se como um dos sectores mais susceptível de ser reestruturado sob os seus princípios.

É sob a égide da Nova Gestão Pública que as reformas do sector público nacional da saúde têm sido concebidas e implementadas nas últimas décadas. A doutrina da “ideologia de mercado” marcou em particular a reforma do sector hospitalar português, assistindo-se a partir de 2002 a um processo tendencial de empresarialização dos hospitais públicos. Este modelo empresarial, centrado na operacionalização de princípios de racionalidade económica, conduziu inevitavelmente a uma mudança de paradigma na gestão de recursos humanos dos hospitais. Incentivou a liberalização e flexibilidade na contratação de pessoal, deixando que lógicas de mercado influenciassem as condições do emprego e da remuneração dos profissionais e transformassem a relação jurídica de emprego no sector hospitalar.

Partindo deste quadro conceptual, este trabalho procura contribuir para a análise dos efeitos da empresarialização hospitalar na gestão de recursos humanos de uma unidade de saúde. Em concreto, sobre a alteração da relação jurídica de emprego dos profissionais de saúde, designadamente do pessoal médico, e o seu efeito numa organização hospitalar – a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE. Pretende-se, então, determinar quais as alterações produzidas na relação jurídica de emprego do pessoal médico e respectivo impacto em termos de custos, na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE, no período de 2009 a 2011.

Palavras-chave: Administração Pública, Nova Gestão Pública, Serviço Nacional de Saúde, Empresarialização Hospitalar, Gestão de Recursos Humanos, Relação Jurídica de Emprego.

Abstract

One of the new public management paradigms that dictated the public sector administrative reform, since the eighties, was the New Public Management. This managerial approach was taken as the answer to economic and social problems, as well as the solution to introduce higher efficiency and effectiveness within the public administration.

The managerial model is built on the certainty that private sector management is superior than the public sector, thus having the intention to reform the latter, using techniques and tools used in the private sector. The ideas and characteristics of the New Public Management are possible to observe in different areas of the public sector; however considering their objectives and measures, the health sector presents itself as one of the most likely to be restructured under its principles.

It is under the auspices of the New Public Management that reforms in the National Health Public Sector have been designed and implemented in recent decades. The “Market Ideology” dogma marked the reform of the Portuguese hospital sector, giving way, since 2002, to a trend of public hospital corporatisation.

This business model, centered around the operationalization of principles of economic rationality, inevitably led to a paradigm shift in hospitals’ human resource management. It encouraged liberalization and flexibility on staffing, allowing market logics to influence professionals' employment and remuneration conditions, and to transform the legal relation of employment in the hospital sector.

From this conceptual framework, this paper seeks to contribute to the analysis of the effects of Hospital corporatization in the management of human resources within a health facility. Specifically, regarding the alteration of the legal relation of health professionals' employment, including medical personnel, and their effect on a hospital organization - the Local Health Unit of North Alentejano, EPE. The aim is then to determine the changes, in the legal relation of medical staff employment and its impact, in terms of costs, in the Local Health Unit of North Alentejano, EPE, during the period of 2009 to 2011.

Key-Words: Public Administration, New Public Administration, Health National Service, Hospital Management, Human Resources Management, Legal Employment Relationship.

Índice Geral

Introdução	1
CAPÍTULO I: Modelo Gestonário: Uma Alteração ao Modelo Clássico	5
1. Evolução do papel do Estado e dos modelos de administração pública	5
1.1. O Estado liberal	5
1.2. O Estado do bem-estar social	7
1.3. O Estado managerial ou contratualista	9
2. O modelo gestonário como paradigma alternativo à administração profissional	12
3. As dimensões da Nova Gestão Pública	17
3.1. Primazia de mercado	17
3.2. Estruturas organizativas	17
3.3. Indicadores de desempenho	19
4. A Nova Gestão Pública e a gestão de recursos humanos	20
4.1. A administração pública tradicional e a gestão de recursos humanos	20
4.2. A concepção gestonária e a gestão de recursos humanos	22
4.3. A reforma da gestão de recursos humanos na administração pública portuguesa	24
Capítulo II: A Evolução do Sistema Nacional de Saúde Sob a Influência da Nova Gestão Pública	26
1. Os sistemas de saúde	26
1.1. Reformas dos sistemas de saúde	29
2. Evolução e reforma do sistema de saúde português no contexto da Nova Gestão Pública	30
2.1. O sistema de saúde português (1971-1985): estabelecimento e expansão do Serviço Nacional de Saúde	31
2.2. O sistema de saúde português (1985-1995): regionalização do SNS e novo papel para o sector privado	32

2.3. O sistema de saúde português (1995-2001): a “Nova Gestão Pública” e a reforma do SNS.....	34
2.4. O sistema de saúde português (2002 – 2005): a orientação empresarial e a liberalização.....	36
2.5. O sistema de saúde português (2005 a 2011): desenvolvimentos recentes.....	38
3. O processo de empresarialização hospitalar em Portugal.....	40
3.1. A empresarialização hospitalar na gestão de recursos humanos.....	43

Capítulo III – Diagnóstico e Análise da Gestão de Recursos Humanos na Unidade

Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE.....	46
1. Contextualização do tema estudo.....	46
2. Identificação da Unidade Local de Saúde, EPE em estudo.....	48
3. Considerações metodológicas.....	50
4. Análise e interpretação dos resultados.....	54
4.1. Modalidade de vínculo laboral predominante no grupo profissional médico.....	54
4.2. Admissão de médicos com CIT ao abrigo do Código do Trabalho e saída de médicos com CIT em Funções Públicas.....	55
4.3. Tipologia de contratação de pessoal médico.....	57
4.4. Despesas com pessoal médico.....	59
4.5. Peso dos custos referentes à contratação de entidades prestadoras de serviços Médicos.....	62
4.6. Qual seria o encargo da ULSNA, EPE se contratasse prestadores de serviços médicos por CIT ao abrigo do Código do Trabalho? Qual a opção mais vantajosa?.....	64
4.7. Verificou-se uma redução com o pessoal e de custos no grupo profissional dos médicos, na ULSNA, EPE, ao longo dos três anos em análise?.....	67
Considerações Finais.....	70
Bibliografia.....	77
Anexos.....	85

Índice de Quadros

Quadro n.º 1 - Componentes doutriniais do New Public Management	15
Quadro n.º 2 - Principais distinções entre a Estrutura Tradicional da Administração e a Estrutura Pós-Burocrática	18
Quadro n.º 3 - Países Europeus e Respectivos Sistemas de Saúde	29
Quadro n.º 4 - Processo Metodológico	53
Quadro n.º 5 - Distribuição do Pessoal Médico Por Relação Jurídica de Emprego na ULSNA, EPE	54
Quadro n.º 6 - Número de Admissões e Saídas de Pessoal Médico da ULSNA, EPE	55
Quadro n.º 7 - Número de Admissões de Pessoal Médico por Vínculo	56
Quadro n.º 8 - Número de Saídas de Pessoal Médico da ULSNA, EPE por Vínculo	56
Quadro n.º 9 - Custos com Pessoal Médico da ULSNA, EPE	60
Quadro n.º 10 - Comparação entre Gastos Totais com Pessoal Médico e Fornecimentos de Serviços Técnicos de RH	63
Quadro n.º 11 - Encargo Mensal para a ULSNA, EPE com a Contratação Individual de Um Profissional Médico	64
Quadro n.º 13 - Encargo Anual para a ULSNA, EPE com a CIT dos Prestadores de Serviços Médicos	65

Índice de Figuras

Figura n.º 1 - Área de Influência da ULNSA, EPE – Distrito de Portalegre	49
--	----

Índice de Gráficos

Gráfico n.º 1 - Percentagem de Admissões e Saídas de Pessoal Médico Por Vínculo	57
Gráfico n.º 2 - Número de Contratações (CIT ao Abrigo do Código do Trabalho e Entidades Prestadoras de Serviços Médicos)	58
Gráfico n.º 3 - Gastos com Pessoal Médico da ULSNA, EPE	59
Gráfico n.º 4 - Custos com o Pessoal Médico da ULSNA, EPE (Remuneração, Horas Extraordinárias, Noites e Suplementos)	61
Gráfico n.º 9 - Fornecimento de Serviços Técnicos de Recursos Humanos	63
Gráfico n.º 10 - Valores dos Encargos por Ano	66
Gráfico n.º 11 - Número de Profissionais Médicos da ULSNA, EPE, Por Ano	67
Gráfico n.º 12 - Total Despendido pela ULSNA, EPE com Recursos Humanos Médicos ..	68

Introdução

No final da década de setenta, na maioria dos países ocidentais, assiste-se a um conjunto de reformas e medidas de reestruturação da Administração Pública com o intuito de racionalizar a sua estrutura e funcionamento. Esta necessidade de alterar as formas de organização e gestão predominantes é resultado da inabilidade do Estado em gerir a crise fiscal e económica existente (revelando-se o modelo tradicional de organização e prestação de serviços públicos incapaz de inovar e lidar com a crise), bem como das pressões contra a sua dimensão e gastos. O aumento deste clima de contestação e de oponentes ao Estado do bem-estar social leva a que os governos da altura encetem reformas estruturais no sector público, que conduzam ao abrandamento da despesa pública, ao controlo de uma Administração gastadora e ineficiente, ao recuperar da credibilidade das organizações públicas, da qualidade dos serviços públicos e das expectativas dos cidadãos. É imposta à classe política a apresentação de novas formas de governação alicerçadas em paradigmas mais liberais.

Um dos novos paradigmas de gestão pública que encaminhou a conversão do Estado do bem-estar social em Estado Managerial foi o da Nova Gestão Pública. Este modelo gestor preconiza a diminuição do peso do Estado na sociedade mediante a transferência das políticas e práticas de mercado e da gestão privada para o sector público. Realce-se que mais do que a introdução de um conjunto de técnicas de gestão, esta abordagem gestora acarreta a adopção de novos valores e de uma cultura administrativa que encoraja resultados, eficiência e economia, incentivando a reestruturação dos recursos humanos na Administração Pública. Segundo Araújo (s.d.), este novo modelo de gestão pública foi para além das questões intra-organizacionais, pois procura alterar as instituições e introduzir novas formas de fornecer bens e serviços, incitando a privatização e a abertura de sectores tradicionalmente detidos pelo Estado à iniciativa privada.

Importa mencionar que é possível observar as ideias e características da Nova Gestão Pública nas mais distintas áreas do sector público. Todavia, considerando os seus objectivos e medidas, a saúde apresenta-se como um dos sectores mais susceptível de ser reestruturado sob os seus princípios. Para Viegas (2010) a saúde é precisamente a porta de entrada da Nova Gestão Pública no sector público, pelo peso significativo que assume em todos os orçamentos públicos e pelas funções sociais que desempenha.

À semelhança de outros sistemas de saúde em que o acesso aos cuidados de saúde é universal e gratuito também em Portugal houve a expansão dos serviços de saúde, com forte influência no peso orçamental dos gastos públicos. Contudo, no final da década de oitenta, em muitos países

Europeus, os governos questionam a estrutura de administração dos seus sistemas de saúde, bem como a sua própria governabilidade. Em Portugal, a preocupação com a contenção dos gastos de saúde e com a eficiência do sistema têm sido questões centrais dos políticos nos últimos anos, que têm conduzido a uma alteração dos valores responsáveis pela criação do Serviço Nacional de Saúde e a uma tendência para que a saúde deixe de ser um bem predominantemente colectivo e social, para passar a ser significada como um bem susceptível de ser comercializado e transaccionado (Carvalho, 2006).

É sob a égide da Nova Gestão Pública que as reformas do sector público nacional da saúde têm sido concebidas e implementadas, nas últimas décadas, em particular a reforma do sector hospitalar português. A partir de 2002, com a alteração dos estatutos dos hospitais, conferindo-lhe o estatuto do tipo empresarial, assiste-se a um processo de empresarialização dos hospitais públicos.

A empresarialização hospitalar é realizada em duas vagas. A primeira tem início em 2002, com o XV Governo, mediante a publicação de um novo regime de gestão hospitalar. Trata-se do início da empresarialização hospitalar, com a criação de trinta e um hospitais com o modelo de sociedade anónima de capital exclusivamente público (hospitais SA). De acordo com Raposo (2011) este programa de reforma da gestão hospitalar aposta no aprofundamento das formas de gestão de natureza empresarial, mantendo-se inalterada a responsabilidade do Estado pela prestação de cuidados de saúde já que esta é entendida como uma imposição constitucional.

Em 2005 inicia-se a segunda vaga, com o XVII Governo, e procede-se à alteração do regime jurídico dos hospitais SA para hospitais EPE – Entidade Pública Empresarial. Esta figura jurídica foi adoptada por crer-se que é a que melhor se adequa à prossecução de um melhor nível de funcionamento das instituições, tanto ao nível operacional como ao nível da racionalidade económica das decisões de investimento (Raposo, 2011).

Desde então, prosseguiu-se com o processo de empresarialização hospitalar, expandiu-se a mais hospitais, Centros Hospitalares (CH) e Unidades Locais de Saúde (ULS), e reafirmou-se a ideia de que o estatuto EPE é o mais indicado para a gestão de unidades de cuidados de saúde hospitalares, por compatibilizar a autonomia de gestão com a sujeição à tutela governamental.

Este modelo empresarial aplicado ao sector hospitalar público - convergente com o modelo do sector privado – defende a despolitização da gestão hospitalar mediante alterações estruturais, financeiras e, ou organizacionais. Para além destas mudanças, há ainda o factor humano que, constitui um *input* chave e representa o maior peso, em termos de custos, para a maioria das instituições de saúde (Martineau e Buchan, 2000).

A empresarialização hospitalar, centrada na operacionalização de princípios de racionalidade económica, conduziu inevitavelmente a uma mudança de paradigma na gestão de recursos humanos dos hospitais. Assim, num sector outrora reconhecido pela estatização, este processo empresarial vem transformar a relação jurídica de emprego no sector, ao estimular uma significativa desregulação ou, pelo menos, uma liberalização e flexibilização na contratação, sendo a lógica de mercado a influenciar as situações de emprego e a remuneração dos profissionais, quer dos contratados individualmente, quer das empresas privadas prestadoras de serviços médicos contratadas através de *outsourcing* (Stoleroff e Correia, 2008).

Partindo deste quadro conceptual, este trabalho procurará contribuir para a análise dos efeitos da empresarialização hospitalar (resultado da Nova Gestão Pública na saúde) na gestão de recursos humanos de uma unidade de saúde. Crê-se que apesar da empresarialização hospitalar ser um tema que tem conhecido grande desenvolvimento e notoriedade nos últimos anos, existe alguma escassez de estudos empíricos que permitam conhecer quais as suas implicações efectivas na alteração de paradigma de gestão de recursos humanos das unidades hospitalares.

A investigação levado a cabo incide sobre a alteração da relação jurídica de emprego dos profissionais de saúde (fruto da flexibilização da contratação à margem do quadro da função pública), designadamente do pessoal médico, e o seu efeito numa organização hospitalar – a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE. Pretende-se, então, determinar quais as alterações produzidas na relação jurídica de emprego do pessoal médico e respectivo impacto em termos de custos, na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE, no período de 2009 a 2011.

A dissecação da relação jurídica de emprego do pessoal médico e o seu reflexo nos custos da unidade de saúde implica que se determine a modalidade de vínculo laboral predominante (contratação individual ao abrigo do Código do Trabalho ou contratação individual em funções públicas), a contratação mais presente (Contratação individual ao abrigo do Código do Trabalho ou empresas) e o peso em termos de despesa que representa para a instituição em estudo (quer em termos de remuneração com o pessoal médico efectivo da ULSNA, EPE, quer em termos de remuneração dos prestadores de serviços médicos). Para indagar as respostas às temáticas e objetivos desta investigação, há que eleger o tipo e método de pesquisa mais adequados.

Optou-se por uma metodologia do tipo qualitativa que foi complementada por uma análise estatística simples de tipo descritiva. No que concerne à recolha de dados, a escolha recaiu sobre a análise documental, nomeadamente de documentos da instituição (Relatório e Contas, Balanço Social, informação sobre entidades que forneceram serviços médicos, no período em estudo e

um anúncio de contratação de pessoal médico para a ULSNA, EPE, publicado em Diário da República).

No primeiro capítulo serão clarificadas as alterações estruturais nos modelos de gestão pública, resultado da evolução do papel do Estado. Caracterizar-se-ão, inicialmente, os tipos de Estado e respectivos modelos de Administração Pública, seguindo-se a enunciação dos motivos que estiveram na origem do paradigma da Nova Gestão Pública, dos seus suportes teóricos, das componentes doutrinárias, dos conceitos-chave na reforma do sector público, e das três dimensões que agrupam os resultados da adopção desta abordagem gestonária. O capítulo terminará com as repercussões da Nova Gestão Pública no âmbito da gestão de recursos humanos da Administração, e de como estas também se fizeram sentir na Administração Pública Portuguesa.

No segundo capítulo dar-se-ão a conhecer, resumidamente, os principais sistemas de saúde na Europa, bem como as estratégias adoptadas para reformar o sector da saúde. Não obstante, este capítulo centrar-se-á na evolução do Sistema Nacional de Saúde Português e na reforma dos hospitais públicos que tem culminado num processo tendencial de empresarialização das instituições hospitalares. No final do capítulo, determinar-se-á em que medida este novo processo de gestão hospitalar tem acarretado mudanças no paradigma de gestão de recursos humanos dos hospitais.

Após a revisão da literatura, seguir-se-á o terceiro e último capítulo desta investigação, em que será apresentado o estudo empírico realizado na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE. Este iniciar-se-á com a definição e contextualização do tema em estudo, bem com a apresentação das questões orientadoras e os objectivos do estudo. Posteriormente, far-se-á a descrição do processo metodológico. Por fim, será feita a apresentação da análise dos resultados, a sua discussão e a conclusão deste trabalho empírico.

Capítulo I: Modelo Gestionário: Uma Alteração ao Modelo Clássico

Neste capítulo procurar-se-á analisar, de forma sintética, a evolução do papel do Estado e de como esta ditou alterações profundas nos modelos de Administração Pública. Focar-se-á ainda, em particular, o paradigma da Nova Gestão Pública, as causas que determinaram o seu aparecimento e as repercussões que teve nas reformas da Administração Pública. No final do capítulo enunciar-se-ão as implicações desta abordagem gestionária no âmbito da gestão de recursos humanos da Administração.

1. Evolução do papel do Estado e dos modelos de administração pública

No decorrer das últimas décadas tem-se assistido a profundas alterações nos modelos de gestão pública devidas, essencialmente, às mudanças no modelo de Estado. A cada tipo de Estado corresponde um modelo de Administração Pública, cujo perfil e funções são por ele determinados. Rocha (2001) acrescenta que estes modelos de Administração reflectem os valores e preferências que o Estado procura promover, sendo o contexto histórico, económico, político e social em que desenvolve as suas actividades e exerce a sua missão, que determina alterações estruturais no âmbito da gestão pública.

São identificados três grandes modelos de Estado, aos quais se associam diferentes tipos de Administração, nomeadamente o Estado Liberal, o Estado do bem-estar social e o Estado Managerial ou Contratualista (Araújo, 2007).

1.1. O Estado liberal

O Estado Liberal estende-se até meados do século XX, e caracteriza-se por reduzir ao mínimo a sua intervenção na vida económica e monetária. Tal tipo de Estado remete para uma doutrina de *laissez faire* e de hedonismo, ao defender que cada um desempenha o seu papel, e que a auto-regulação do mercado através da sua mão invisível faz com que tudo se ajuste naturalmente. Subjacente a este tipo de Estado encontra-se um modelo de Administração Pública hierárquico, burocrático e neutral, que se restringe praticamente à execução das decisões do Governo, conforme as regras da boa gestão e da eficiência. Compete, portanto, à Administração a implementação das políticas e cabe aos políticos a sua respectiva decisão e formulação.

Tenha-se presente que os alicerces teóricos deste modelo tradicional da Administração, identificado com a “Administração Científica”, devem-se a W. Wilson¹, a Frederick Taylor² e a Max Weber³.

É a W. Wilson que se atribuí a ideia de uma rigorosa cisão entre política e administração que se materializa na definição das políticas públicas pelo executivo e na sua execução pelos administradores, de acordo com as normas da boa gestão e não segundo a oportunidade política ou o tempo eleitoral. Nesta lógica, os funcionários obedecem a regras próprias de funcionamento que norteiam o seu comportamento, determinadas por leis e regulamentos, ou então impostas pela lógica da administração científica.

A aplicação do *Scientific Management* sustentado por F. Taylor ao sector público é feita por se crer que os funcionários públicos não são suficientemente eficientes. Recorde-se que esta abordagem científica da administração argumenta que para se obter o máximo de controlo e eficiência, há que concentrar na gestão a capacidade de planeamento, devendo os trabalhadores deixar de pensar, convertendo-se em máquinas. Não obstante a concepção taylorista ter sido pensada para o sector industrial, apossa-se da actividade governamental dominando a Administração Pública de 1910 a 1940, contribuindo assim para caracterizá-la como área científica (Bozeman, 1979 apud Rocha, 2011).

Por seu turno, o contributo de Max Weber para a “Administração Científica” repercute-se na construção de um ideal de burocracia, baseado essencialmente nos seguintes princípios (Cardoso, 1997): contribui

- a) A divisão do trabalho, atendendo à especialização funcional;
- b) A hierarquia de autoridade bem definida;
- c) A existência de regras que definam com precisão os direitos e deveres de cada trabalhador, e de procedimentos que resolvam as situações surgidas no trabalho;

¹ O primeiro escrito científico sobre a teoria da Administração Pública, designadamente o *Study of Administration* - é atribuído a Woodrow Wilson (1887). Neste artigo, W. Wilson afirmava que a administração – deveria – e poderia ser separada da política (Rocha, 2011).

² Frederick Taylor através do *Scientific Management*, contribui para a edificação plena dos princípios organizacionais do Estado, ao acrescentar a ideia de padronização dos procedimentos, baseada no *one best way*, e as propostas sobre a divisão social do trabalho, centradas na especialização das tarefas (Carvalho, 2006).

³ O contributo de Max Weber para a Administração Científica é através do estudo da burocracia. Para Weber a burocracia era a forma mais eficiente de uma organização, sendo assim as organizações burocráticas tecnicamente superiores às outras formas de organização.

- d) As relações no trabalho devem ser impessoais, de forma a acautelar que a qualidade das decisões não seja afectada por elementos de ordem emocional;
- e) E as admissões e promoções devem ser determinadas, com base na competência técnica dos candidatos.

Max Weber acredita que, mediante estes princípios, a burocracia representa a resposta para alcançar a máxima eficiência das organizações. Segundo Weber a única forma de gerir os “grandes sistemas sociais” é através de uma autoridade burocrática, fundada na “legitimidade legal-racional”.

1.2. O Estado do bem-estar social

Importa agora ressaltar que o Estado vivencia uma viragem radical com a I Grande Guerra, ao ter de passar a intervir acentuadamente na economia. O fim da guerra trouxe o declínio da actividade económica, a descrença de que os mercados se auto-regulam através do mecanismo de preços, bem como o aumento do desemprego em massa. Repensa-se, por conseguinte, o papel do Estado na economia como garante de protecção social contra os danos causados pelo capitalismo. Porém, é com a II Grande Guerra, que a intervenção do Estado na economia alcança o auge, cabendo-lhe impulsionar a produção a que a guerra exige.

Com o fim da II Grande Guerra o Estado passa a intervir na economia para assegurar bens e prestar serviços tidos como fundamentais à existência humana, que de outro modo seriam afectados pela incapacidade de funcionamento do mercado. Surge, então, o Estado do bem-estar social, ao qual se reconhece a sua acção activa na economia, com o intuito de definir a alocação de recursos, a transferência de pagamentos e as políticas que promovam o pleno emprego, factores que de outra forma não seriam satisfeitos (Lane, 2000 apud Silvestre, 2010). O Estado passa a ser entendido como o principal instrumento de resolução dos problemas sociais e de garantia do bem-estar geral dos cidadãos. Sublinhe-se que o crescimento notório das funções do Estado reflecte-se no acréscimo da despesa pública, nomeadamente em gastos com a saúde, educação e segurança social (ou seja, com as políticas sociais emergentes da nova concepção de Estado), tendo como consequência o aumento exponencial do número de funcionários.

Dentro deste novo modelo Estado – o Estado do bem-estar social – emerge a ideia de que a Administração corresponde a um interface entre a sociedade e o sistema político em geral, não se verificando mais a dicotomia entre política e Administração. (Rocha, 2011). Para Rocha (2011):

- É a Administração que formata e tipifica os procedimentos e as regras de acesso ao sistema político;
- A Administração está inserida num clima de cultura administrativa, constituído por valores e sentimentos dos cidadãos que restringem o seu relacionamento com o sistema político-administrativo, bem como por valores fundamentais da sociedade que patrocinam uma vincada intervenção do Estado na vida social e económica;
- A Administração não se encontra isolada da política, já que participa efectivamente na discussão das políticas públicas, controlando diversas vezes a agenda política.

Este tipo de Estado é a antítese do Estado liberal, uma vez que não existe separação entre políticos e administradores, passando estes a desempenhar um papel de enorme relevo no centro do sistema político, na medida em que passa por eles a concertação de interesses. Estes administradores de topo, os burocratas, que detêm simultaneamente sensibilidade política e capacidade técnica, tornam-se os novos ídolos do progresso e do desenvolvimento. De tal forma que em diversos casos o novo Estado é classificado como Estado Administrativo, devido ao poder da administração face aos políticos.

No âmbito desta Administração, designada como Administração Profissional, é veiculada a ideia de que os funcionários tendem a aceitar com mais facilidade as políticas do partido no poder, ou noutros casos, a minar de forma passiva as orientações do executivo. Tal constatação leva a que os novos funcionários sejam recrutados não apenas pela sua competência profissional e administrativa, mas também pela sua abertura às instruções do governo.

Uma das consequências da existência destes “burocratas profissionais” é a forte concentração de poderes nos mesmos que conflitua, de alguma forma, com o poder da burocracia tradicional. De acordo com Rocha (2011), este poder é legitimado pela perícia atribuída à burocracia, que lhe possibilita decidir de forma discricionária no processo de implementação das políticas; pelo relacionamento com grupos de interesses sem carecer de intermediários políticos; pela apoliticidade que são portadoras as organizações públicas, que gera respeitabilidade e aumenta a legitimidade e aceitabilidade perante os cidadãos, aumentando na mesma proporção, o seu peso político e a capacidade de influenciar as decisões políticas; e por constituir uma base eleitoral muito importante. Cabe acrescentar que a burocracia racional do período anterior não é excluída, apesar do relevo atribuído aos novos profissionais - burocratas. Na verdade, estes dois tipos de burocracia coexistem no seio do Estado do bem estar-social.

Este tipo de Estado começa a ruir com a crise económica da primeira fase da década de setenta, originando um movimento de reforma do Estado e da Administração Pública, e a burocracia profissional que é dominante nas diferentes sociedades desenvolvidas e reúne consenso generalizado em seu redor, começa a ser fortemente questionada e posta em causa.

Assiste-se, então, ao que pode ser entendida como uma verdadeira investida ao modelo de Estado do bem-estar social, que determinará alterações estruturais no sector público.

1.3. O Estado managerial ou contratualista

Pretende-se, agora, apurar as razões que estiveram na origem de um conjunto de reformas e medidas de reestruturação da Administração Pública, com o propósito de racionalizar a sua estrutura e funcionamento, alterando assim as formas de organização e gestão predominantes.

De acordo com Rocha (2001), a reforma da Administração, cujos contornos se começam a delinear em meados década de setenta do século passado, ambiciona resolver a crise do Estado do bem-estar social e proceder à substituição da “Administração Profissional” por outro paradigma de administração.

Relembre-se que o Estado do bem-estar social visa a resolução dos problemas da grande crise económica sendo visivelmente marcado pelas doutrinas económicas de Keynes; prima pela forte intervenção na vida económica e social, que se traduz num acréscimo significativo da despesa pública. O colapso deste modelo de Estado inicia-se na década de setenta, com a crise petrolífera, passando a ser objecto de inúmeras críticas. É de ressaltar que os governos ocidentais depararam-se com grandes constrangimentos para lidar com os problemas e superar essa crise económica. De sublinhar também que o modelo vigente de organização da Administração Pública não permite levar a cabo as inovações necessárias para lidar com a crise existente.

Para Araújo (2007), as críticas à dimensão do Estado, as dificuldades financeiras dos governos, a tendência de abrandar a taxa de crescimento dos gastos públicos, a maturidade dos sistemas de protecção social, a dificuldade em controlar uma Administração cada vez mais despesista e ineficiente, o descrédito em relação às organizações públicas e as expectativas dos cidadãos em relação à qualidade dos serviços públicos são algumas das causas que pressionaram as reformas nessa altura. Araújo (2007: 3) alude ainda ao entendimento de Bevier e O'Brien (2001), segundo os quais o Estado do bem-estar social está na génese de três problemas, designadamente:

- O elevado nível de gastos públicos lesa a economia, levando a altas taxas de inflação. Estes gastos, na maioria das vezes, revelam-se inadequados e atrapalham o equilíbrio natural do sistema, causando problemas maiores do que aqueles que procuram rectificar.
- O nível de gastos torna-se excessivo e insustentável, conduzindo ao esgotamento do modelo. Argumenta-se que parte da despesa pública é empregue para sustentar a elite burocrata ineficiente e que pode ser substituída pelo mercado.
- Por fim, o sistema é demasiado permissivo, não dispondo de incentivos para a utilização eficiente dos recursos.

Por seu turno, Peter Self (1993, apud Rocha, 2011) identifica as seguintes objecções colocadas ao Estado do bem-estar social:

- A mais evidente concernente à subida crescente dos custos do Estado, proporcionalmente ao rendimento nacional, durante o período de estagnação económica. Este crescimento da despesa pode explicar-se pela pressão dos cidadãos que procuram mais e melhores serviços públicos. É ainda apontada como razão o comportamento dos burocratas, que reúnem poder, prestígio e salários com a expansão dos serviços públicos.
- A segunda reporta-se à desumanização da burocracia, que ao fortalecer o seu poder, desliga-se dos seus clientes. Nesta sequência, os serviços tornam-se rígidos, distantes e não responsáveis, relativamente aos consumidores. A verificação destes factos reflecte-se na desilusão e no sentimento anti-burocrático.
- A terceira crítica aponta para o fracasso do Estado do bem-estar social, que não proporciona a igualdade de serviços e bens a todos. O que se constata é que a classe média é aquela que mais beneficia e aproveita os serviços públicos.

Este clima de contestação faz aumentar o número de oponentes ao Estado do bem-estar social e impõe à classe política a apresentação de novas formas de governação alicerçadas em modelos mais liberais. A classe política está assim determinada em atenuar as fronteiras do Estado mediante políticas de contenção das despesas e com o recurso à privatização. O controlo e o rigor das despesas públicas surgem como a preocupação generalizada por parte dos governos para reconquistar a confiança dos cidadãos e melhorar a qualidade dos serviços prestados. O propósito é fazer menos, mas fazer aquilo que o governo quer fazer, preferencialmente através

do sector privado. Constatase que esta reforma da gestão pública é uma consequência da crise do Estado do bem-estar social, mas também uma crise de instituições. As limitações económicas determinam ajustamentos nas políticas, alterações no funcionamento interno das organizações públicas, e a introdução de formas alternativas de prestar serviços públicos.

É pertinente mencionar que a crise do Estado do bem-estar social tem como repercussão inevitável a crise da “Administração Profissional”, e vários sectores da sociedade reclamam uma Administração Pública mais eficiente, mais célere e responsável que responda às exigências de uma sociedade dinâmica, em permanente mutação e às necessidades dos agentes económicos. Na altura, generaliza-se a ideia de que o Estado é um mau produtor, dado que produz mal e a custos elevados, devendo portanto procurar no mercado quem produza com mais qualidade e a custos menores.

Encontram-se, então, reunidas as condições para o aparecimento de um modelo distinto de Administração Pública, e de novos paradigmas teóricos que constituam a fundação da reforma do Estado, o qual corresponderá a um Estado modesto que deve abdicar de controlar e regulamentar (Crozier, 1987 apud Rocha, 2011).

Estes novos paradigmas de gestão pública, e respectiva aplicação, encaminharam a conversão de forma sistemática do Estado do bem-estar social, ou Estado Administrativo em Estado Contratualista, ou Managerial. Adverte-se que esta alteração não é sinónimo de abandono por parte do Estado de todas as políticas sociais, apenas que estas não mais são promovidas por estruturas administrativas tradicionais, mas por organizações autónomas geridas de forma empresarial (Clark e Newman, 1997 apud Rocha, 2001). Numa perspectiva político – jurídica, o Estado deixa de ser planeador, tornando-se regulador das actividades de interesse político.

2. O modelo gestor como paradigma alternativo à administração profissional

Há que ter presente que foram diversas as estratégias adoptadas para reformar a estrutura e o funcionamento da Administração Pública, desde cortes orçamentais, alienação de bens do Estado, privatização, contratação de serviços, introdução de indicadores de desempenho, gestão por objectivos e outras técnicas de gestão do sector privado. Estas medidas de reforma ajustam-se no modelo de reforma gestor, o qual foi tido como a solução adequada a responder aos constrangimentos económicos e sociais, e em particular, a solução para introduzir maior eficiência e eficácia no seio da Administração Pública. O modelo gestor, denominado por Nova Gestão Pública, corresponde à “grande resposta” dos problemas da Administração Pública, partindo da convicção de que a gestão do sector privado é superior à gestão do sector público.

Sublinhe-se que este movimento que surge inicialmente nos países anglo-saxónicos, tem ditado a reforma administrativa em países que apresentam sistemas administrativos diferentes daqueles. Osborne e Gaebler (1993, apud Araújo, 2007) preconizam que a superioridade deste modelo determinará a adopção dos fundamentos da Nova Gestão Pública por parte de todos os países, num processo semelhante à globalização, assumindo portanto o pressuposto da convergência dos sistemas administrativos.

Dois paradigmas com propósitos comuns – o desmantelamento do Estado do bem-estar social - constituem o principal suporte teórico do modelo gestor: a teoria da escolha pública e o managerialismo. Não obstante, estas duas abordagens terem repercussões distintas e dêem origem muitas vezes a tensões, é normal que os governos tentem adoptá-las, em simultâneo.

A teoria da escolha pública coloca ênfase na necessidade de restabelecer a primazia do governo representativo sobre a burocracia. De referir que esta teoria se baseia nos pressupostos de que os indivíduos são auto-interessados, ou seja, têm as suas próprias preferências que variam de indivíduo para indivíduo; os indivíduos são racionais, o que se traduz na capacidade de ordenar alternativas; os indivíduos adoptam estratégias de maximização, o que implica uma escolha consistente daquelas alternativas que um indivíduo pensa ter o mais alto benefício, medido pelas suas preferências (Rocha, 2011). Da aplicação deste modelo à Administração Pública, ressalta o perfil dos burocratas que, numa acção egoísta e de interesse pessoal são maximizadores dos seus orçamentos com o intento de perpetuarem a sua organização e a sua posição (Hood, 1991; Lane,

2005, McCourt, 2002 apud Silvestre, 2010), e não o bem comum, os direitos dos cidadãos, a justiça e a equidade.

Da análise desta abordagem teórica emana a ideia de que a reforma do Estado e da Administração passa pelo controlo apertado dos políticos sobre a burocracia, cujo poder pode ser debilitado mediante a desregulação da economia (reduzindo-se o tamanho do sector público, diminui-se a área de influência do funcionalismo público), bem como pelo reforço das decisões centrais e dos instrumentos de decisão política, incluindo a legislação, as directivas administrativas e o controlo financeiro.

O segundo paradigma referido como o managerialismo realça a gestão como a melhor opção para melhorar a eficiência, assumindo-a como uma actividade instrumental genérica, cujos princípios e práticas podem ser adoptados tanto no sector privado como no público. A gestão é entendida como a função organizacional separada e distinta das demais, que assume um papel crucial no planeamento, implementação e mensuração das melhorias de produtividade necessárias. Nesta lógica, o sucesso do negócio é determinado pelas qualidades do profissionalismo dos gestores, que devem possuir um espaço de manobra considerável (isto é, o direito de gerir).

De realçar que esta abordagem insurge-se, também, contra a abordagem profissional, em particular contra os burocratas, aos quais são imputadas as características de serem enfatados, gastadores e indiferentes, alimentando uma rotina deliberada para resistir à mudança. Logo, acusados de não permitirem a abertura do sector público ao sector privado pelos mercados. Crê-se que a não exposição dos gestores públicos aos mercados resulta na ausência de competição e incentivos à criação de modelos capazes de fazer a melhor alocação de recursos (Peters, Pierre, 1998^a apud Silvestre, 2010). Como tal, os resultados das entidades públicas são fracos, uma vez que para além da ineficiência que criam (devido à obsessão com o observância das regras e procedimentos), tornam-se indiferentes às necessidades dos utilizadores dos serviços públicos. Em oposição, o managerialismo defende a acção do gestor que com a sua sabedoria fará uso acertado dos mecanismos de privatização, mercados internos, desempenho organizacional e incentivos à produtividade que o managerialismo advoga para a organização pública (Bovoid, Löffler, 2001, apud idem, ibidem).

No entanto, a principal crença do managerialismo reside na superioridade das práticas do sector privado sobre as do público. O sector público é considerado ineficiente, improdutivo, pouco célere e a sua produção mais dispendiosa do que a do sector privado. Este pressuposto resulta da convicção de que, uma vez implementados os mercados e o seu mecanismo de preços, a

competição entre organizações irá aumentar. Com a introdução da competição, a performance das organizações públicas irá melhorar através do aumento da eficiência, eficácia e qualidade dos bens e serviços, bem como a responsabilização perante os cidadãos. Partindo destes pressupostos, os teóricos do managerialismo defendem que a reforma do Sector Público edificada neste modelo é imperiosa.

Estas ideologias reflectem-se num movimento de reforma e modernização administrativa - a Nova Gestão Pública -, em diversos países da OCDE, a partir do término da década de setenta do século passado. Como já havia sido referido, a Nova Gestão Pública parte da certeza de que a gestão do sector privado é superior à do sector público, tendo assim o intuito de proceder à reforma deste último, recorrendo a técnicas e ferramentas usadas no sector privado. Para Hood (1991), a emergência da Nova Gestão Pública corresponde a uma das mais surpreendentes tendências internacionais da Administração Pública. A Nova Gestão Pública representa assim mais do que uma mera reforma da Administração, tratando-se não apenas de uma profunda alteração interna do sector público, mas, essencialmente, o questionar o modo como este se relaciona com a sociedade e o Governo.

Hood (1991) identifica sete componentes doutrinários da Nova Gestão Pública, designadamente as seguintes: 1) poder na gestão profissional do sector público; 2) uso de medidas explícitas de desempenho; 3) maior ênfase no controlo dos outputs; 4) mudança para a desagregação das unidades do sector público; 5) mudança para uma maior competição no sector público; 6) ênfase nos estilos de gestão praticados no sector privado; 7) ênfase numa maior disciplina e parcimónia na utilização dos recursos. – *vide* Quadro n.º 1.

Quadro n.º 1

Componentes doutrinárias do *New Public Management*

Nº	Doutrina	Significado	Justificação Típica
1.	Profissionalização da gestão nas organizações públicas	Gestores bem visíveis no topo das organizações, com liberdade de gerir e com poder discricionário.	A responsabilidade requer concentração de autoridade e não difusão do poder.
2.	Standards explícitos e medida de performance	Objectivos bem definidos e mensuráveis como indicadores de sucesso.	Responsabilidade significa objectivos claramente definidos; eficiência necessita de atenção aos objectivos.
3.	Ênfase no controlo de outputs.	Alocação de recursos e recompensas com ligação à performance.	Necessidade de insistir nos resultados e não nos processos.
4.	Viragem no sentido de desagregação das unidades do sector público.	Divisão do sector público em unidades corporizadas, organizadas por produtos, com orçamentos próprios e com negociação com cada uma delas.	Tornar as unidades capazes de serem geridas; separar provisão de produção, usando contratos e franchises dentro e fora do sector público.
5.	Insuflar competição no sector público.	Mudança no sentido de contratos a prazo.	A competição è a chave para baixar custos e melhorar standards.
6.	Insistência em estilos de gestão e práticas de gestão privada.	Mudança de um estilo de serviço público militar para o mais flexível, quanto aos salários e duração dos contratos.	Necessidade de gerir instrumentos de gestão empresarial ao sector público.
7.	Insistência na parcimónia e disciplina no uso de recursos.	Cortar custos, aumentar a disciplina de trabalho.	Necessidade de verificar a procura de recursos do sector público e fazer mais com menos.

Fonte: Hood (1996, apud Rocha, 2001, p.)

“Das componentes doutrinárias resultam os seguintes conceitos chave para a reforma do Sector Público: a) serviço aos clientes, considerados como os principais interessados na prestação dos serviços, em que o conhecimento das suas necessidades e consequente satisfação são primordiais (Martin, 2002; Peters, Savoie, 1994; Warner, 1992 e outros); b) liderança e empreendedorismo – os colaboradores públicos necessitam de autonomia para executarem as suas tarefas, para que através dos meios que estes procuram consigam alcançar os objectivos a que a organização se propõe (Lane, 2005); c) competição (que está no coração da Nova Gestão Pública – Peters, Pierre, 1998b) através da adopção dos mecanismos de mercado (marketização), nomeadamente dos incentivos e da escolha pelos utilizadores e dos serviços públicos (Cop, Savage, Charman, 2000; Rocha, 2000^a; Walsh, 1995 e outros); d) contratualização – a existência de uma organização firma-se na capacidade de negociação e monitorização de contratos, sejam eles internos (entre os políticos e as organizações públicas ou entre a organização pública através da pessoa do seu líder e os respectivos colaboradores) ou externos (com outras organizações) (Greve, Jespersen, 1999; Peters, 2000^a; Warner, 1992 e outros); e) governação – como referimos anteriormente, a criação de redes e parcerias entre a organização pública e outras organizações privadas do terceiro sector

(Carroll, Steane, 2002; Lane, 2005; Rocha 2000^a); f) reengenharia governamental: através da separação entre política e gestão, dando aos gestores maior autonomia na prossecução do interesse público (Greve, Jespersen, 1999; Lane, 2005; Peters, Savoie, 1994 e outros); ; g) ênfase no value-for-money, que se compõe pelos conceitos de economia, eficiência e effectiveness – e que a jusante iremos tratar (Liegl, 1999; Lynn, 1998; Pollitt, Birchall, Putman, 1998 e outros); h) ênfase nos outputs (bens produzidos e/ou serviços prestados) e nos outcomes (impactos que esses bens e /ou serviços têm na população) em detrimento dos inputs (Lane, 2005); i) medição da qualidade na prestação de serviços públicos (Carroll, Steane, 2002; Greve, Jespersen, 1999; Pollitt, Birchall, Putman, 1998); j) accountability – ou responsabilização perante os políticos e/ou eleitorado (Liegl, 1999; Pollitt, Birchall, Putman, 1998); l) remuneração através da adopção de sistemas de desempenho que se alicerçam em resultados (Greve, Jespersen, 1999; Rocha, 2000^a; Warner, 1992 e outros).” (Silvestre, 2011:78, 80)

É pertinente mencionar que, para além das componentes doutrinárias e dos conceitos chave, a Nova Gestão Pública distingue-se pela negação de toda e qualquer influência política - neutralidade ideológica, e pela originalidade - que se materializa não nas ideias, mas no uso prático das mesmas na reforma do Sector Público. De realçar, ainda, que a Nova Gestão Pública se introduziu nas distintas áreas do sector público de forma não homogénea. A sua introdução processou-se em ritmos e momentos diferentes. Viegas (2010) afirma que a porta de entrada no sector público foi o sector da saúde, pelo peso significativo que assume em todos os orçamentos públicos, bem como pelas funções sociais que desempenha.

3. As dimensões da Nova Gestão Pública

De acordo com Rocha (2001) podem ser identificadas três grandes dimensões, que agrupam os resultados da adopção da Nova Gestão Pública, nomeadamente: primazia de mercado, estruturas organizativas e indicadores de desempenho.

3.1. Primazia de mercado

Recorde-se que a Nova Gestão Pública preconiza que tudo o que é público é ineficiente e sai mais caro aos cidadãos que a produção levada a cabo pelo sector privado. Por conseguinte, o objectivo da reforma administrativa prende-se com a privatização de áreas do sector público. No que concerne aos sectores não privatizáveis, procurar-se-á introduzir a concorrência e a utilização criativa dos mecanismos de mercado. Estes mecanismos compreendem as taxas sobre o utilizador; o *contracting-out* (Domberger e Jensen, 1997 apud Rocha, 2011); os *vouchers* ou seus equivalentes; e outras formas de concessão de serviços públicos e personalização dos mesmos. Sublinhe-se que estes mecanismos de mercado alteram o fornecimento directo de bens pelo Estado com o recurso a serviços públicos e empresas públicas para o fornecimento por agentes privados do terceiro sector e do sector lucrativo. A nova relação que se estabelece é regulada através de um equilíbrio entre legislação e forças do mercado.

Não obstante, a promoção dos mecanismos de mercado não é suficiente por si. É igualmente necessária uma alteração da cultura política, assim como da cultura administrativa dos funcionários, os quais não devem aparecer “vestidos de poder”, mas vendedores de serviços e sujeitos a avaliação da qualidade dos mesmos.

3.2. Estruturas organizativas

Outra consequência da Nova Gestão Pública prende-se com a reforma da estrutura organizativa da Administração Pública. À medida que o Estado engrandece a sua posição decisória, as estruturas administrativas são reorganizadas em agências com um *core business* perfeitamente identificado. Deixa assim de haver espaço para organizações multi-objectivos, com um vasto campo de acção, e que apenas conseguem responder medianamente a um sem número de solicitações. É criada a ideia das organizações dotadas de excelência, concentradas no cliente e especializadas na satisfação das respectivas necessidades.

A Nova Gestão Pública conduz o Estado num processo de fragmentação dos serviços públicos, introduzindo a competição entre si, e a monitorização das actividades mediante os resultados. Apesar de não ser uma consequência fundamental também a “Administração Empresarial” se reflectiu na descentralização administrativa (Rocha, 2011).

Note-se que este fenómeno de fragmentação dos serviços públicos em agências, levou a que em determinados países, ministros se escusem de responder a questões operacionais sobre as mesmas, remetendo a responsabilidade para os próprios dirigentes. O tradicional vínculo hierárquico entre o poder político e as estruturas encarregues pela produção/prestação de bens e serviços públicos reduziu-se assim claramente, passando estas relações a realizar-se preferencialmente com recurso à contratação, que resume a responsabilidade àquilo que está contratado.

Como repercussão de todas estas alterações, cujo intuito é o dos serviços operarem numa lógica de eficiência, *“a ênfase passa a ser a gestão do risco em lugar da confiança, da competição em lugar da cooperação, dos mercados em lugar da hierarquia, da corporate governance em lugar da governação democrática, da eficiência em lugar da equidade, da desagregação mecanicista (fragmentação) em lugar do holismo orgânico”* (Araújo, 2007:6).

O quadro seguinte sintetiza as principais distinções entre a estrutura tradicional da Administração Pública e a nova estrutura Pós Burocrática emergida da Nova Gestão Pública.

Quadro n.º 2

Principais distinções entre a Estrutura Tradicional da Administração e a Estrutura Pós-Burocrática

Estruturas Tradicionais	Estruturas Pós Burocrática
Ênfase no cumprimento das normas	Ênfase na eficiência
Actuam num ambiente de monopólio	Actuam num ambiente de concorrência
Estrutura hierárquica	Sistema orgânico – orientado para o cliente
Ênfase na estabilidade e previsibilidade	Ênfase na mudança e na inovação
Competição muito limitada entre agentes	Competição entre agentes públicos e privados
Ênfase na política	Ênfase na produção de bens e serviços públicos

Fonte: Araújo, 2007, p.6

3.3. Indicadores de desempenho

O novo paradigma da gestão pública insiste na adopção de novos processos de controlo dos serviços públicos (*Performance Indicators*).

Importa lembrar que a premência de adquirir mais informação e controlo sobre o funcionamento e custos dos serviços está na origem da procura de alternativas de prestação de serviços públicos. Ressalve-se que não havendo lugar a um sistema de incentivos (na organização tradicional dos serviços públicos) que fomente a eficiência, e na ausência de mecanismos de mercados, preços, contratos ou outras formas de instrumentos de tipo de mercado, os dirigentes das instituições públicas não têm quaisquer incentivos para serem eficientes. Para ultrapassar esses constrangimentos, transferiu-se maior autonomia para os responsáveis pela gestão, atribuindo-se-lhes responsabilidade pela implementação das políticas. Foram, então, criados serviços autónomos ou quase-autónomos, conferindo aos gestores grande liberdade sobre a acção dos serviços. Acredita-se que mediante a autonomização se pode alcançar maior capacidade de controlo sobre a performance dos gestores e das unidades organizacionais. Ao concentrar actividades nucleares e ao definir os indicadores de desempenho para actividade, os objectivos tornam-se mais fáceis de identificar e prosseguir. É também mais fácil de verificar de onde resultam os desvios, o que possibilita a adopção de um plano de acção, de forma a rectificá-los. Os indicadores tornam-se pertinentes para avaliar o desempenho das organizações públicas, e medir a sua eficiência, eficácia e qualidade.

Rocha (2011) alerta que os sistemas de medida mudam de acordo com os objectivos e os países. O autor refere que em alguns países se valoriza mais a eficácia, noutros os resultados, e noutros ainda a qualidade medida pelo grau de satisfação dos clientes com os serviços públicos.

É, portanto, evidente que a gestão da performance dos serviços públicos exige uma definição precisa dos objectivos, transformações organizacionais (autonomia de gestão, descentralização e definição dos contornos institucionais) e criação de sistemas de informação da performance, determinando-se de forma prévia os indicadores a escolher.

4. A Nova Gestão Pública e a gestão de recursos humanos

Torna-se, agora, pertinente reflectir sobre as repercussões do novo paradigma da Nova Gestão Pública no âmbito da gestão de recursos humanos da Administração. Para tal, há que em primeiro lugar analisar de forma sintética e genérica a evolução da gestão de recursos humanos na Administração Pública, que se encontra indubitavelmente correlacionada com os modelos de Administração Pública.

4.1. A administração pública tradicional e a gestão de recursos humanos

Rocha (1997) defende que só se pode falar da existência de gestão de recursos humanos na Administração Pública, a partir dos finais do século XIX. Numa análise da gestão de recursos humanos nos Estados Unidos, Rocha (1997) mostra que no decorrer do século XIX funciona a designada *political patronage*, em que todos os cargos administrativos são de confiança política, e os funcionários nomeados e recrutados conforme os resultados eleitorais (sistema de despojos). Apesar deste modelo ser democrático, é acusado de ser ineficaz e de gerar a corrupção. Assim, no final do século XIX envereda-se por um movimento com o intuito de substituir todo este processo de recrutamento e gestão dos funcionários, o qual culminou no *Pendleton Act*. O movimento iniciado pelo *Pendleton Act* supriu progressivamente o sistema de despojos pelo sistema managerial.

Assiste-se ao despoletar do pensamento de Wilson que, como já referido anteriormente, sustenta a dicotomia entre política e Administração. Cabe, portanto, aos políticos decidirem segundo critérios de oportunidade política e aos administradores implementarem as políticas de acordo com as regras de boa gestão. A regra básica da gestão corresponde à eficiência. Daí que o recrutamento, selecção, formação, avaliação e compensação devem alicerçar-se nos ensinamentos de Taylor. Progressivamente, os princípios do *Scientific Management* invadem a gestão pública.

O tradicional modelo de Administração Pública centra-se na construção institucional de uma administração pública fundada no modelo de Weber, afastado da política, contrapondo leis e procedimentos administrativos a valores; políticos a burocratas, onde impera a “racionalidade do homem administrativo” (Bilhim, 2006). Este modelo tende a ditar reformas destinadas a melhorar a eficiência e o fortalecimento institucional das organizações e poderes públicos.

Note-se que, em meados do século XX, o surgir de novas preocupações ligadas a Estado do bem-estar social, veio alargar e aprofundar este mesmo modelo. Na altura são alvitradas reformas de auxílio à consolidação de uma Administração eficiente, assente na expansão real do Estado e na edificação de instituições fortes para a maximização das respostas aos reptos sociais. Nessa lógica, defende-se o seguinte (Rocha, 1997): planear e coordenar centralmente a implementação de políticas públicas; aumentar a capacidade de desenvolver tais políticas, a todos os níveis de actuação do Estado; recrutar funcionários altamente treinados para ocupar postos chave; incentivar a inovação mediante a importância da mística e capacidade do servidor público; atribuir responsabilidade da base ao topo e direcção do topo à base; enfatizar o cidadão como utente.

É durante este período que os administradores reivindicam participação no processo de tomada de decisão política, apresentando-se assim, em muitos casos, diluída a dicotomia clássica entre política e Administração.

Bilhim (2006) sustenta que o Estado do bem-estar social teve diversas consequências para a função pública, nomeadamente a origem de várias administrações com lógicas pelo menos não totalmente concordantes com a Administração tradicional; os novos profissionais (professores, médicos e assistentes sociais, entre outros) não se reconhecem nos funcionários públicos tradicionais; o alargamento do Estado determina um acréscimo de funcionários e, por conseguinte, de despesa pública; a articulação clássica entre política e administração e a neutralidade revelam ser princípios não aplicáveis, dado que os funcionários passam a ter uma forte intervenção na definição das políticas públicas; e por último, o paradigma hierárquico delineado por Weber deixa de explicar muitas das organizações públicas, surgindo em seu lugar outras fontes de poder e autoridade.

No que concerne às práticas de gestão, Farnham e Horton (1996, apud Rocha, 2011) salientam que, nas décadas de 1960 e 1970, distinguem-se por: a) um estilo paternalista, que tem como intuito promover o bem-estar da força de trabalho; b) as formas contratuais encontram-se estandardizadas, assim como o estabelecimento dos salários que é determinado mediante decisões do executivo, embora, com participação e consulta dos sindicatos; c) uma aspiração por parte das organizações pelo modelo de emprego que permita formas alternativas e mais flexíveis de gestão de recursos humanos.

Rocha (2011) refere, ainda, que a reforma do modelo de Administração dá-se com a crise económica, que leva à adopção de duas estratégias.

Uma subjacente à teoria da escolha pública, que preconiza o emagrecimento do Estado, devendo as políticas sociais ficarem sob a alçada do sector privado. Neste modelo prevalece uma Administração Pública semelhante à do Estado liberal, regida pelos mesmos princípios, excepto no que se refere à cisão entre política e administração. O modelo, neste âmbito, promove a politização dos quadros dirigentes, de modo a que execução das políticas não seja distorcida e a actuação da Administração seja restringida politicamente.

A segunda estratégia correspondente à concepção gestionária, identificada com a Nova Gestão Pública, baseia-se na ineficiência do sector público, devendo a Administração adoptar processos, modelos e técnicas de gestão privada. Defende-se a perda de individualidade da gestão pública e a gestão da *coisa pública* semelhante à das empresas privadas.

4.2. A concepção gestionária e a gestão de recursos humanos

O paradigma managerial crê que as burocracias públicas primam por um excesso de formalismo, que se repercute na paralisação das organizações, deixando estas de se preocuparem com os resultados, persistindo no cumprimento de regras.

Em termos práticos, este paradigma tem os seguintes efeitos no seio da Administração Pública:

- a) Descentralização: as organizações públicas caracterizam-se em particular pela síndrome do “faz-que-faz”. Para acautelar esta enfermidade, é necessário descentralizar. Uma gestão descentralizada adopta uma estratégia de redução de graus de hierarquia e manifesta-se no elevado grau de intervenção imediata em matéria que não seja rotineira;
- b) Desregulação: não é suficiente a descentralização das estruturas hierárquicas, há que dotar os gestores de liberdade para exercerem a autoridade sobre os recursos e pessoas, de modo a alcançar os objectivos;
- c) Delegação: por fim, para a desburocratização ser bem sucedida, as chefias têm de ter capacidade de delinear objectos, abstendo-se na implementação.

Em termos de gestão recursos humanos identificam-se as seguintes características deste modelo (Rocha, 2011; Bilhim, 2006):

- a) Flexibilidade na fixação de salários, passando a ser efectuada em cada organização pública, e não a nível central;
- b) Aplicação de técnicas de gestão com resultados no âmbito da execução, tais como gestão por objectivos, prémios e incentivos por produtividade;
- c) Ocupação de cargos-chave com recurso a critérios fundamentalmente políticos;
- d) Estilo de gestão autoritário e rígido;
- e) Recurso a trabalhadores contratados a prazo, em particular, dos quadros dirigentes e em áreas onde o financiamento não é previsível (caso das escolas e universidades, cujos orçamentos passam a depender do número de alunos);
- f) Condições de trabalho inferiores às tradicionalmente concedidas no âmbito da função pública, traduzindo-se este aspecto na perda de importância da ideia de carreira e de garantia de emprego para toda a vida;
- g) Tomada de decisão centrada na análise custo/benefício;
- h) Adopção não apenas de técnicas e modelos de gestão empresarial, bem como de um conjunto de ideias e valores que justificam uma função fundamental para os gestores;
- i) Desenvolvimento de uma cultura, valores e forma de actuação diferentes.

Termine-se sublinhando que, apesar da pressão da mudança que se expressa na *“descentralização de gestão de recursos humanos, no achatamento das organizações e no downsizing, a disciplina mantém a sua actualidade e a sua relevância, já que os valores e objectivos da gestão pública são diferentes dos do sector empresarial”* (Hays, 1996 apud Rocha, 2011: 122). Para além disso, as organizações são públicas (dos cidadãos) e não constituem propriedade de alguns accionistas, que têm como objectivo o lucro.

4.3. A reforma da gestão de recursos humanos na administração pública portuguesa

À semelhança do que se assiste na década de oitenta, noutros países, em Portugal também se verifica uma alteração de paradigma na Administração Pública, emergindo uma nova perspectiva que coloca os cidadãos no centro da reforma (Araújo, 2005). Este programa que visa a modernização da Administração, propõe-se a reduzir as formalidades e a aumentar a transparência administrativa, reflectindo-se na adaptação continuada das organizações públicas a novas formas organizacionais.

Note-se que a pertinência atribuída à modernização administrativa tem variado ao longo do tempo, e a melhor forma de a compreender, é proceder ao seu enquadramento em três períodos, conforme a função do executivo e a sua orientação política (Nolasco, 2004). De mencionar que o primeiro período é concernente aos Governos constitucionais de Cavaco Silva (entre 1986 e 1995), em que se torna prioritário desburocratizar e privatizar. Por seu turno, o segundo e terceiro períodos são respeitantes aos governos presididos por António Guterres (entre 1995 e 2004), cujas prioridades são a desregulamentação, a abertura e proximidade ao cidadão, a descentralização e a execução do modelo de excelência (lojas do cidadão); posteriormente o estatuto, a avaliação dos funcionários públicos e as renumerações dos cargos dirigentes (aproximação ao modelo de gestão privado). O terceiro período é continuado pelo Primeiro-Ministro José Sócrates, no XVII Governo Constitucional.

Não obstante serem visíveis distinções na forma de actuar dos vários governos constitucionais, prevalecem alguns elementos comuns entre eles, nomeadamente o controlo do crescimento da Administração, a participação, formação e aumento das competências e qualificações académicas dos funcionários públicos, e a introdução da avaliação de desempenho baseada no mérito e na produtividade, com consequências na promoção e remuneração dos funcionários.

É o XVII Governo Constitucional que assume a reforma na gestão de recursos humanos como fulcral para a modernização da Administração Pública. Envereda pela promoção de novas formas de organização, com vista à alteração de comportamentos e métodos de trabalho. Elege um novo regime de emprego público e uma nova abordagem de gestão de recursos humanos, que tendo por base as necessidades reais dos serviços e reforçando as condições de mobilidade voluntária dos funcionários dentro da Administração, pretende uma maior operacionalidade e flexibilidade dos recursos humanos (sustentada na adopção pela Administração Pública da Lei n.º 23/2004, que regulamenta o regime do contrato individual de trabalho).

É também atribuída relevância à monitorização e responsabilização dos actos praticados, de modo a conter a evolução da despesa. É neste cenário que surge o novo sistema de avaliação dos serviços, dirigentes e funcionários públicos (Decreto Regulamentar n.º19-A/2004) e os novos regimes de vinculação, carreiras e renumerações (Lei n.º 12-A/2008), que constituem para o Governo os pilares jurídicos do novo regime do emprego público. Estas alterações legislativas têm implicações nos mais diversos níveis na reforma do emprego público (tabela salarial única, regime de contrato de trabalho em funções públicas, estatuto disciplinar, estatuto do pessoal dirigente, legislação sobre os procedimentos de selecção, fusão de carreiras gerais e regimes das carreiras especiais).

É de concluir que esta reforma da gestão de recursos humanos na Administração Pública Portuguesa determinou processos de reorganização dos recursos humanos com o intuito de racionalizar a sua utilidade e mobilidade, passando o respectivo planeamento a estar ligado ao desenvolvimento de mapas de pessoal, cuja actualização é anual e plurianual, para uma gestão mais eficiente dos recursos disponíveis em cada organização pública.

Importa mencionar que esta reconfiguração no modelo de gestão de recursos humanos da Administração estendeu-se ao sector público da saúde. Porém, as alterações de paradigma na gestão de recursos humanos neste sector foram principalmente acarretadas pela reforma promovida no Sistema Nacional de Saúde, que culminou na adopção de princípios da Nova Gestão Pública e num processo de empresarialização dos hospitais públicos. No próximo capítulo procurar-se-á em que medida esse processo de gestão hospitalar se traduziu na gestão de recursos humanos das unidades hospitalares.

Capítulo II: A Evolução do Sistema Nacional de Saúde Sob a Influência da Nova Gestão Pública

As ideias e características da Nova Gestão Pública podem ser observadas nos mais diversos sectores do Estado. Porém, considerando os seus objectivos e medidas preconizadas, a saúde apresenta-se como um dos sectores mais susceptível de ser reestruturado sob os seus princípios. Com este capítulo pretende-se analisar o enquadramento da Nova Gestão Pública no sector da saúde e as suas implicações. Iniciar-se-á o capítulo com a clarificação do conceito de sistema de saúde e respectivas matrizes ideológicas, caracterizando-se de forma genérica os principais sistemas de saúde na Europa e estratégias adoptadas para reformar o sector da saúde. Num segundo momento analisar-se-á a evolução do Sistema Nacional de Saúde em Portugal através dos diferentes marcos cronológicos que ditaram o seu desenvolvimento e formato actual. Abordar-se-á, também, a reforma do sector hospitalar que tem conduzido ao processo de empresarialização das instituições hospitalares, processo este capaz de ajustar a prestação pública de cuidados de saúde às necessidades financeiras sentidas. Por fim, procurar-se-á determinar em que medida este novo processo de gestão hospitalar se repercute na gestão de recursos humanos.

1. Os sistemas de saúde

A Organização Mundial da Saúde entende por sistema de saúde “todas as actividades que têm como finalidade essencial, a promoção, a recuperação ou a manutenção da saúde” (WHO, 2000). De sublinhar que apesar da definição normativa portuguesa se aproximar deste conceito lato, não preconiza a inclusão de todas as intervenções favoráveis à saúde, restringindo assim a intervenção do sistema de saúde ao conjunto de entidades prestadoras e financiadoras dos cuidados de saúde, ou às instituições que desenvolvem actividades na área da saúde.

“O sistema de saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvam actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas actividades” (n.º 1 da Base XII, da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto).

De acordo com Campos e Simões (2011) os sistemas de saúde surgem no final do século XIX, com a revolução industrial, associados a um conjunto de vários factores, designadamente os seguintes:

- a) Em primeiro lugar, a constatação por parte de governos e empregadores de que um elevado número de trabalhadores é vítima de acidentes de trabalho e doenças transmissíveis, leva à necessidade de fornecer-lhes cuidados de saúde de forma integrada que permitam travar a diminuição da produtividade laboral associada à doença;
- b) Em segundo lugar, o preocupante número de soldados que perece devido a doenças, torna urgente limitar o seu impacto no cenário militar (nomeadamente nas guerras da Sucessão nos EUA, da Crimeia e dos Boers);
- c) Em terceiro lugar, a crescente intervenção política de fortes movimentos operários na Europa induz alguns governos, com destaque para o de Bismarck na Alemanha, a retirar aos sindicatos a gestão dos seguros, de doença.

Importa mencionar que é justamente com o governo de Bismarck, em 1883, que os empregadores passam a contribuir obrigatoriamente para um esquema de seguro-doença em favor dos trabalhadores mais pobres, alargado mais tarde a trabalhadores com maiores rendimentos. Este movimento acarretou a criação posterior de um sistema de seguros obrigatórios que cobria o risco de doença temporária, invalidez permanente, velhice e morte prematura, para o qual contribuem regularmente patrões e trabalhadores. A popularidade desta medida implementada primeiramente na Alemanha, estendeu-se a outros países europeus, nomeadamente à Bélgica que implementa uma lei semelhante em 1849, à Noruega em 1909, e mesmo à própria Grã-Bretanha, em 1911.

É durante o período da II Grande Guerra, em que se começa a repensar a intervenção do Estado na economia e na resolução de problemas sociais, que Beveridge aponta fortes limitações ao modelo Bismarckiano, consequentes do facto das contribuições serem apenas resultantes dos rendimentos do trabalho (Carvalho, 2006). Com o intuito de ultrapassar essa limitação, Beveridge propõe, em 1942, que o financiamento dos serviços de saúde se alicerce na riqueza total do país, e preconiza um sistema de saúde universal (que abarca toda a população), unificado (dado que a quotização cobre o cidadão em relação a todos os aspectos do risco social) e uniforme (porque as prestações são independentes do rendimento auferido). Não

obstante, só em 1948 é assinalado o termo do período de discussão que começara formalmente em 1942 e tem início o Serviço Nacional de Saúde (*National Health Service*), na Grã-Bretanha.

Sublinhe-se que este modelo de sistema de saúde, baseado na responsabilidade do Estado pela prestação de serviços gerais de saúde, é posteriormente adoptado por outros países europeus, instituindo-se assim o princípio do acesso igual para todos os cidadãos à saúde.

Para Carvalho (2006), além do Serviço Nacional de Saúde (SNS) é possível identificar a existência de duas outras modalidades de organização dos serviços de saúde, designadamente o Sistema de Medicina Parcialmente Organizada e o Sistema de Medicina Liberal.

Refira-se que estes três sistemas de saúde podem ser caracterizados por quatro variáveis distintas, que a seguir se aduzem:

“- o financiamento, que varia entre a sua total assunção pelo Estado (SNS) ou pelo mercado, através dos seguros (Sistema de Medicina Liberal), passando por formas que combinam as duas modalidades (Sistema de Medicina Parcialmente Organizada);

- a cobertura, universal no SNS, selectiva em função do tipo de cuidados no sistema de medicina parcialmente organizada e dependente de mecanismos de escolha individual, ligados à capacidade financeira dos indivíduos, no sistema de medicina liberal;

- todos os serviços prestados (preventivos e curativos) são gratuitos no SNS, restringindo-se esta gratuitidade aos cuidados preventivos no sistema de medicina parcialmente organizada (os cuidados curativos são cobertos por um seguro obrigatório de doença), e sendo sujeitos ao jogo do mercado no sistema de medicina liberal (tanto os cuidados preventivos como curativos são cobertos por seguros de saúde);

- o tipo de organização da prestação é descentralizado ao nível local e regional no SNS, altamente descentralizado no sistema de medicina parcialmente organizada e sob o modelo de empresa livre (médico com estatuto privado independente e hospitais particulares) no sistema de medicina liberal” (Carvalho, 2006:66).

A autora acrescenta que estas variáveis permitem tendencialmente situar determinados países europeus no que concerne ao sistema de saúde que desenvolveram – *vide* Quadro n.º 3. Há que realçar que os países da Europa do Sul, como são os caso de Portugal, Grécia, Itália e Espanha, não se encontram agrupados na categoria SNS, visível no Quadro n.º 3, porque embora em

termos jurídicos os respectivos sistemas de saúde se enquadrem nessa categoria, não podem ser classificados na mesma. A sua implementação tardia, não possibilitou uma consolidação capaz de os classificar na categoria SNS (Carvalho, 2006).

Quadro n.º 3

Países Europeus e Respectivos Sistemas de Saúde

SNS	Sistema de Medicina Parcialmente Organizada	Sistema de Medicina Liberal
Grã-Bretanha, Irlanda, Finlândia e Suécia	Alemanha, Dinamarca, Holanda, Bélgica, Áustria, Luxemburgo, França	Não se encontra implementado na Europa, sendo característico de países como os EUA

Fonte: Elaboração própria

1.1. Reformas dos sistemas de saúde

É na década de oitenta do século passado que se assiste em diversos países europeus, a um movimento de reforma dos sistemas de saúde. Recorde-se que é no contexto político-ideológico dessa década que ascendem as políticas liberais e surgem fortes críticas ao papel exclusivo do Estado na promoção e protecção das políticas sociais. Este clima de contestação faz com que a partir do final da década de oitenta, em muitos países europeus, os governos questionem a estrutura de administração dos seus sistemas de saúde, bem como a sua própria governabilidade. É pertinente sublinhar que correspondendo o sector da saúde à porta da entrada da Nova Gestão Pública no sector público (Viegas, 2010), a maioria dos governos europeus, na altura, são induzidos a adoptarem reformas nesse sector com o intuito de alcançarem uma melhoria na eficiência global, na equidade e na eficiência dos sistemas de saúde (Carvalho, 2006).

De acordo com Campos e Simões (2011) esta pressão para a melhoria da governação na saúde, que se fez sentir em praticamente toda a Europa, repercutiu-se, em alguns países europeus, em processos de descentralização para níveis regionais ou municipais, na privatização da gestão ou na privatização da própria propriedade.

Refira-se que o recurso a mecanismos de tipo mercado nos sistemas públicos e sociais acarretou uma reconfiguração da organização do sistema e, em particular, uma crescente empresarialização do sector da saúde, obrigando o Estado a reforçar o seu papel de regulador (tendo de impor *standards* e assegurar a correcção de procedimentos de novos e mais autónomos actores do emergente mercado da saúde) e a distanciar-se do planeamento directo e da gestão.

Para os mesmos autores também a matriz ideológica – bismarckiana ou beveridgiana - dos sistemas de saúde se encontra presente nas reformas. Por um lado, nos países de modelo Bismarckiano as funções do Estado realizam-se na afirmação dos princípios gerais do

funcionamento dos seguros de saúde e do sistema de prestação de cuidados, na aprovação de medidas de contenção de custos, na acreditação e no controlo de qualidade, na responsabilidade pela gestão dos hospitais públicos e no financiamento de cuidados para os excluídos do sistema de seguros. Por outro lado, nos países de modelo Beveridge, com sistemas integrados de financiamento e de prestação de cuidados, o Estado mantém-se como entidade central do sistema, envolvido no planeamento e na gestão dos serviços.

Por fim, em países como a Finlândia, Itália, Espanha, Suécia, Reino Unido e Portugal, adoptou-se uma estratégia que combina elementos dos dois modelos recorrendo-se, assim, à utilização plural de incentivos típicos do mercado a par da manutenção da propriedade pelo sector público.

2. Evolução e reforma do sistema de saúde português no contexto da Nova Gestão Pública

Após ter-se clarificado o conceito de sistema de saúde e caracterizado os principais sistemas de saúde na Europa, é agora pertinente enveredar-se pela evolução do SNS em Portugal. Proceder-se-á a uma análise, em traços gerais, do desenvolvimento do SNS em Portugal, integrando-o no contexto político em que emerge. Procurar-se-á, também, confirmar se o conceito de Nova Gestão Pública, recorrentemente utilizado na descrição e caracterização das reformas do sector da saúde desenvolvidas nos últimos anos em países ocidentais, é adequado para qualificar as reformas recentes do sistema de saúde em Portugal.

Sousa (2009) preconiza que as políticas de saúde nacionais evoluíram significativamente nos últimos 30 a 35 anos, estando as mesmas associadas a distintos períodos que correspondem, de certa forma, a diferentes “agendas políticas”. O autor identifica quatro marcos cronológicos com reflexos na evolução do SNS, nomeadamente:

- O início dos anos 1970 a 1985 (O estabelecimento e expansão do Serviço Nacional de Saúde);
- De 1985 a 1995 (A regionalização do SNS e o novo papel para o sector privado);
- De 1995 a 2002 (A Nova Gestão Pública no SNS);
- De 2002 a 2005 (A orientação empresarial e proximidade à liberalização).

Campos e Simões (2011) identificam, ainda, um quinto período que compreende desenvolvimentos mais recentes do SNS, de 2005 a 2011.

2.1. O sistema de saúde português (1971-1985): estabelecimento e expansão do Serviço Nacional de Saúde

Segundo Campos e Simões (2011) a reforma do sistema de saúde - 1971 - (conhecida como “a reforma de Gonçalves Ferreira e Arnaldo Sampaio”), tem como objectivo a modernização do Ministério da Saúde e o seu uso como órgão central de execução de uma moderna política de saúde global (que insere a saúde individual na saúde colectiva, nas suas fases de intervenção, desde a prevenção primária, à reabilitação, passando pela prevenção secundária e pelo tratamento na fase aguda).

Para os autores, a legislação de 1971, traça o início do papel do Estado como coordenador e gestor do sistema como um todo, cabendo-lhe integrar as várias actividades de saúde, com serviços contratualmente planeados, organizados e avaliados, com níveis e escalões de execução ordenados. Cria-se, na época, um serviço nacional de saúde sem essa designação, que integra hospitais de Misericórdias (particulares), hospitais do Estado (públicos), postos da então Providência e centros de saúde da primeira geração (criados após 1971).

Importa registar, no entanto, que este modelo levou mais de uma década a ser executado⁴, apesar de ter beneficiado de condições políticas excepcionais, designadamente a revolução democrática do 25 de Abril de 1974, da qual emergiu a ideia de criar um SNS universal, geral e tendencialmente gratuito para a cidadão. O SNS é criado formalmente cinco anos depois da revolução de Abril, pela Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro, assumindo o Estado a responsabilidade pública pela saúde dos cidadãos. Este diploma corresponde ao primeiro modelo político de regulamentação do artigo 64.º da Constituição Portuguesa de 1976 (que consagra o direito à protecção da saúde) e defende um conjunto coerente de princípios, de que se destacam a direcção unificada do SNS, a gestão descentralizada e participada e ainda a gratuidade e o carácter complementar do sector privado.

A criação do SNS é tida como a resposta mais adequada à necessidade de uma cobertura, mais extensa e equitativa, de serviços de saúde. Campos e Simões (2011) entendem que apesar das fragilidades do sistema, na segunda metade década de setenta, a cobertura da população quase duplicou, assistindo-se a uma melhoria substancial dos principais indicadores da saúde (com

⁴ Só em 1984 se consegue a integração central da Direcção-Geral da Saúde com os Serviços Médicos-Sociais da Providência.

destaque para a mortalidade infantil e mortalidade perinatal) e afectação à saúde de recursos que até então não se dispunha.

A partir da década de oitenta, a intervenção no SNS visa privilegiar as unidades de saúde primárias, reorganizar a rede hospitalar e reestruturar as carreiras médicas e de enfermagem. Não obstante, a implementação dos centros de saúde fica incompleta, dada a escassez de recursos financeiros, não se alcançando as prioridades iniciais de melhorar a acessibilidade e integrar a nova carreira médica (designadamente a de clínico geral).

Sublinhe-se que se trata de um período pertinente no desenvolvimento das bases do SNS, mas, simultaneamente, um período crítico na introdução de reformas, devido a uma situação económica menos favorável da economia portuguesa, assistindo-se a um sub-financiamento, que gera limitações no financiamento das reformas sociais (Viegas, 2000).

2.2. O sistema de saúde português (1985-1995): regionalização do SNS e novo papel para o sector privado

Na década de oitenta, em Portugal, fomenta-se o debate sobre a reforma do sistema de saúde em torno do papel mais activo do sector privado, de uma maior responsabilização individual pelo financiamento, e da orientação empresarial do SNS. Na época, as políticas de saúde do Governo são fortemente marcadas pela doutrina de “ideologia de mercado”.

A reforma do sistema de saúde, em Portugal, influenciada por esta doutrina de “ideologia de mercado”, traduziu-se em quatro estratégias, expressas na Lei de Bases da Saúde de 1990 (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto) e no Estatuto do Serviço Nacional de Saúde de 1993 (Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro):

“a regionalização da administração dos serviços, com maior autonomia e poderes para coordenar a actividade dos hospitais;

a privatização de sectores da prestação de cuidados, devendo o Estado promover o desenvolvimento do sector privado e permitir a gestão privada de unidades públicas e a articulação do SNS com unidades privadas;

a privatização de sectores do financiamento de cuidados, com a concessão de incentivos à opção de seguros privados de saúde e a possibilidade de criação de um seguro alternativo de saúde;

a articulação de cuidados, com a criação de unidades de saúde, que agrupariam, numa região, hospitais e centros de saúde.” (Campos e Simões, 2011:133)

Campos e Simões (2011) preconizam que apesar destas alterações normativas, poucos progressos se registaram na aplicação das mesmas.

O único objectivo que teve desenvolvimentos significativos é o da regionalização dos serviços, com a criação das cinco administrações regionais de saúde. No caso dos restantes objectivos, não se materializaram por várias razões, nomeadamente:

- No que concerne à privatização de sectores da prestação e do financiamento dos cuidados, que exigia opções claras de separação da prestação do financiamento e abrindo, a este, a opção por empresas seguradoras (o governo não quis prosseguir).
- Contrariamente às expectativas do Ministério da Saúde, o seguro alternativo (*opting-out*) não acolhe o interesse das seguradoras.
- A articulação de cuidados não teve, igualmente, desenvolvimento expressivo, uma vez que acarretava a alteração de culturas muito conservadoras, em particular as hospitalares, que dificilmente acolhem mudanças sem resistências.

Assim, do conjunto de objectivos, permanece a redução do peso do Estado na provisão das actividades secundárias nos hospitais (*contracting-out*) e a experiência do Hospital Fernando da Fonseca como o primeiro hospital público com gestão privada, para além da concepção ampla do sistema de saúde integrando o SNS entidades públicas, privadas e profissionais liberais.

Para Carvalho (2006) é claro que, quando finda este período, o Estado português está nitidamente distanciado do modelo de controlo directo e próximo de um modelo de supervisão das instituições de saúde, que concede assim mais espaço para a introdução no sistema de mecanismos de coordenação do mercado.

2.3. O sistema de saúde português (1995-2001): a “Nova Gestão Pública” e a reforma do SNS

Aquando das eleições legislativas de 1995, os programas dos quatro maiores partidos políticos parecem convergir num largo consenso sobre a manutenção e reforço do SNS como garante da universalidade da cobertura do serviço de saúde. Não obstante, para tal, os partidos defendem a necessidade de encetar uma reforma estrutural capaz de tornar o SNS mais eficiente, equitativo e com um controlo mais eficaz de gastos (Carvalho, 2006). Sublinhe-se, que a consensualidade das propostas dos partidos políticos, centra-se em cinco vectores fundamentais, resultantes das reformas desenvolvidas na Europa no contexto da Nova Gestão Pública:

- A separação entre financiamento e prestação e a própria separação entre financiamento e regulação do sistema;
- A criação de um mercado interno regulado pelo Estado;
- A dotação de maior autonomia e responsabilização às entidades públicas prestadoras;
- A alteração do processo de financiamento dos prestadores, hospitais e centros de saúde;
- A afectação regional do financiamento segundo padrões de consumo efectivo de cuidados.

Em 1995 dá-se início a um novo ciclo político marcado pela determinação de se iniciar um processo global de reforma do sistema de saúde.

Em 1997, menos convicto do que no programa eleitoral no que toca à abertura ao sector privado, o Governo apresenta o documento “Saúde, um Compromisso. A estratégia de Saúde para o virar do Século (1998-2002)”, objecto de revisão em 1999, no qual se expressa um conjunto de princípios e objectivos para reforçar a componente pública do sistema, de que se destacam três aspectos centrais:

- a) A contratualização como nova relação entre os contribuintes, os seus agentes financiadores de serviços e os prestadores de cuidados;

- b) Uma nova administração pública da saúde, com a reforma da gestão dos centros de saúde e de hospitais;
- c) A remuneração dos profissionais associada ao desempenho.

Este documento aponta como mudanças estruturais, algumas das quais traduzem as recomendações previstas nos relatórios do Conselho de Reflexão sobre a Saúde (CRES) e da OCDE, destacando-se (Ministério da Saúde, 1999):

- a) Os centros de saúde de 3.^a geração, pessoas colectivas dotadas de personalidade jurídica, autonomia administrativa, técnica e financeira, bem como detentores de património próprio, organizados por equipas em unidades tecnicamente próprias, porém interligadas (Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio). Refira-se que o legislador entendeu que o funcionamento por pequenas equipas multidisciplinares permitia que as remunerações dos profissionais, em particular as dos médicos (Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de Maio que prevê o regime remuneratório experimental dos médicos de clínica geral), pudessem ter em consideração critérios explícitos de desempenho.
- b) O novo estatuto hospitalar, que compreende um modelo distinto do tradicional, com gestão pública, mas regendo-se por regras privadas na gestão dos recursos humanos e na aquisição de bens e serviços (experiência iniciada no Hospital de S. Sebastião, em Santa Maria da Feira em 1998) (Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de Junho);
- c) Os centros de responsabilidade integrados (CRI) nos hospitais do SNS, que constituem estruturas orgânicas de gestão intermédia, agrupando serviços e, ou unidades funcionais, cujo objectivo é o de aumentar a eficiência e melhorar a acessibilidade, através de um maior envolvimento e responsabilização dos profissionais pela gestão dos recursos disponíveis (Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de Setembro);
- d) Os Sistemas Locais de Saúde (SLS), que correspondem a um conjunto de recursos articulados, baseados na complementaridade e organizados de acordo com critérios geográfico-populacionais (Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de Maio).
- e) As agências de contratualização dos serviços de saúde, que sucedem às agências de acompanhamento dos serviços de saúde (Decreto-Lei n.º 47/97, de 8 de Agosto) e que marcam diferenciação entre prestação e financiamento dos cuidados de saúde. Compete a estas agências de contratualização a identificação das necessidades de saúde e defesa dos interesses dos cidadãos e da sociedade, de modo a assegurar uma melhor utilização dos

recursos públicos para a saúde, bem como a máxima eficiência e equidade na prestação dos cuidados de saúde (Despacho Normativo n.º 61/99, de 11 de Setembro).

Campos e Simões (2011) entendem que no período de 1995 a 1999, a actuação do Ministério da Saúde prende-se com a adopção de medidas necessárias para melhorar progressivamente a situação e preparar uma reforma da saúde a ser implementada em condições políticas mais favoráveis (designadamente na nova legislatura com eventual apoio parlamentar maioritário). Não obstante, este cálculo político não corresponde à necessidade sentida de reformas na saúde, às expectativas dos cidadãos, ao crescente interesse da comunicação social pela área da saúde, nem à situação efectiva do sistema de saúde.

De 1999 a 2001, segue-se uma nova legislatura e, apesar do XIV Governo manter a continuidade dos propósitos anteriores, as expectativas criadas não se confirmam durante o ano 2000. A OPSS (2001) identifica como motivos para essa situação, a determinação de metas desnecessariamente excessivas em aspectos de grande visibilidade, como são os casos do financiamento da saúde e as listas de espera; a tomada de medidas de intervenção sem qualquer quadro de referência explícito; o acentuar do clima de centralização e de diminuição da transparência informativa; o consumir da quase completa descontinuidade nas anteriores principais medidas de reforma.

De Julho de 2001 a Março de 2002, num governo de gestão por força da demissão do primeiro-ministro, o Ministério da Saúde anuncia a criação da estrutura de missão “Parcerias Saúde” (Resolução do Conselho de Ministros 162/2001), que constitui a base para a celebração de acordos no âmbito do sector público e com o sector privado, para o financiamento, planeamento, construção e gestão de unidades de saúde. O novo estatuto tipo de hospital, com natureza formal de entidade pública empresarial (Resolução do Conselho de Ministros n.º 42/2002), a nova forma de designação dos órgãos de direcção técnica dos estabelecimentos hospitalares e dos centros de saúde e a flexibilização da contratação de bens e serviços pelos hospitais são outros dos objectivos que constam de vários normativos legais.

2.4. O sistema de saúde português (2002 – 2005): a orientação empresarial e a liberalização

Em 2002, é preconizado pelo XV Governo um SNS misto assente numa ideia de complementaridade entre os sectores público, social e privado, que baseia a sua organização e funcionamento na articulação de redes de cuidados primários, de cuidados diferenciados e de cuidados continuados.

Este entendimento distinto do sistema de saúde, concretiza-se através da criação normativa das redes de cuidados hospitalares, primários e continuados, em que se admite a livre escolha de serviços de saúde, conforme as suas necessidades e financiamento público, após negociação com o Ministério da Saúde e os serviços de cuidados escolhidos. O acesso a cuidados é tido como uma prioridade, destacando-se a recuperação e eliminação das listas de espera cirúrgicas, a curto prazo (Veigas, 2000).

É neste período que o novo regime de gestão hospitalar (aplicável aos estabelecimentos hospitalares que integram a rede de prestação de cuidados de saúde), aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Agosto, introduz modificações significativas na Lei de Bases da Saúde, ao possibilitar o contrato individual de trabalho como regime laboral aplicável aos profissionais que trabalham no SNS e a criação de unidades de saúde com natureza de sociedades anónimas de capitais públicos (Campos e Simões, 2011). Assiste-se ao início da empresarialização hospitalar, com a criação de trinta e um hospitais com o modelo de sociedade anónima de capital exclusivamente público (cf. Decretos-Leis n.º 272 a 302/2002, de 9, 10 e 11 de Dezembro).

Sublinhe-se que o regime jurídico destes hospitais decorre de diplomas próprios do sector empresarial do Estado e das sociedades anónimas, prevendo (Campos e Simões, 2011: 146):

- “• a responsabilidade acionista do Estado assegurada conjuntamente pelos Ministros das Finanças e da Saúde;*
- a fixação de uma dotação de capital social inicial integralmente subscrito e realizado pelo Estado;*
- o estabelecimento de um teto de endividamento, que não podia ser superior a 30% do seu capital inicial;*
- a sujeição dos trabalhadores do hospital às normas do regime jurídico do contrato individual de trabalho, sem prejuízo da manutenção da relação jurídica de emprego público aos trabalhadores que não optassem pelo regime de contrato individual de trabalho;*
- o elenco dos órgãos sociais do hospital, composto pela assembleia geral, o conselho de administração e o fiscal único, apoiados pelo conselho consultivo e por órgãos de apoio técnico;*

- *a fixação de um máximo de cinco membros para o conselho de administração, do qual faziam parte, por inerência, os membros de direcção técnica (diretor clínico e enfermeiro diretor), mas como membros não executivos.”*

Em 2002 é ainda publicado o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto, que estabelece os princípios e os instrumentos para a realização de parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados, entre o Ministério da Saúde e outras entidades.

Refira-se que é ainda neste período que se assiste à adopção da política do medicamento, (prescrição de medicamentos genéricos associados a preços de referência) com a intenção de diminuição da despesa pública; ao surgimento das taxas moderadoras, com vista a moderar, racionalizar e regular o acesso à prestação de cuidados de saúde, reforçando o princípio de justiça social no SNS; e ao nascimento da Entidade Reguladora da Saúde, por via do Decreto-Lei n.º 309/2003, que traduz a separação do Estado como regulador e supervisor, no que concerne às suas funções de operador e financiador.

2.5. O sistema de saúde português (2005 a 2011): desenvolvimentos recentes

Em 2005, os objectivos centrais do XVII Governo no âmbito da saúde pretendem harmonizar os princípios de afirmação ideológica do SNS com a necessidade de encetar medidas para o modernizar e o tornar sustentável. É assim preconizado um conjunto de medidas que têm como intuito melhorar a eficácia e acessibilidade aos cuidados de saúde, centralizando o cidadão no sistema de saúde.

Os objectivos centrais do programa daquele Governo traduziram-se:

- a) Na criação das Unidades de Saúde Familiar (USF) (Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto) que dão corpo à reforma dos cuidados de saúde primários. As USF correspondem a pequenas unidades funcionais multiprofissionais (compostas por pessoal médico, de enfermagem e assistentes técnicos), com autonomia de gestão, que prestam cuidados de saúde primários personalizados, num cenário de contratualização interna, envolvendo objectivos de acessibilidade, continuidade, eficiência e qualidade. Configuram assim um modelo organizacional leve e flexível, encontrando-se integradas em rede com as outras unidades funcionais dos Centros de Saúde.

b) Na criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro) - outra das importantes alterações na organização dos cuidados de saúde primários. São também dotados de autonomia gestonária e encontram-se assentes num modelo de contratualização promovido pelas administrações regionais de saúde.

c) Na criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados de Saúde a Idosos e Dependentes (RNCCI) (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho) que visa responder ao progressivo envelhecimento da população, ao aumento da esperança média de vida e à crescente prevalência de pessoas com doenças incapacitantes. A rede defende uma lógica de continuidade de cuidados e de promoção da autonomia, cruzando todo o sistema público de saúde, sendo articulada de modo sectorial e tendo o sector social como parceiro de excelência.

d) Na manutenção de boas contas no SNS. As medidas de consolidação orçamental concentram-se em dois aspectos da despesa que correspondem a mais de um terço do respectivo gasto público:

1º - Os medicamentos, tanto os vendidos na farmácia, como os dispensados em hospitais. Na política de comparticipação em medicamentos, o Programa de Estabilidade e Crescimento (PEC), de 2005 prevê a redução em 6% do preço da venda ao público, a redução em 5% do escalão máximo de compartição (mantendo em cobertura integral os medicamentos de sustentação da vida e os indispensáveis ao controlo de doença crónica), bem como a eliminação da majoração de 10% sobre os medicamentos genéricos, com o propósito de incentivar a respectiva baixa de preços.

2º - As convenções com meios complementares de diagnóstico e terapêutica celebradas entre o SNS e prestadores privados. Nas convenções celebradas pelo SNS para meios de diagnóstico e terapêutica foram revistos os preços em vigor para algumas áreas convencionadas e reduzidos em cerca de 4%, com efeitos a partir de 1 de Novembro de 2006.

De referir que a Lei Orçamental para 2007 encerra também um conjunto de medidas de contenção de gastos em medicamentos e serviços prestados ao SNS em regime de convenção; criação de novas taxas moderadoras (5 euros por dia de internamento ate dez dias e de 10 euros na cirurgia de ambulatório, mantendo-se as isenções anteriores); fixação de 0% do crescimento em 2007 sobre a despesa com convenções verificada em 2006; redução dos escalões de comparticipação do SNS no preço dos medicamentos comparticipados; e a fixação de preço

máximo de menos 6% dos preços praticados em 2006, nos produtos farmacêuticos e bens de consumo clínico, a adquirir pelos hospitais do SNS.

Após ter-se analisado os cinco marcos cronológicos com reflexos na evolução do SNS, pode dizer-se que o sistema de saúde se caracteriza, pois, por caminhar, no decorrer das últimas três décadas, por um percurso sem significativas descontinuidades ideológicas, apesar da existência de naturais oscilações políticas e de governos de diferentes partidos. Não obstante, nunca esteve em sério risco de desaparecer. Houve no seu percurso, alterações de princípios importantes mas não constitucionais, e os consensos foram-se construindo no sentido de manutenção do SNS como mecanismo de protecção social na saúde, carecido, porém, de reformas que o tornem mais eficiente, equitativo e controlado nos gastos (Campos e Simões, 2011).

3. O processo de empresarialização hospitalar em Portugal

Torna-se, agora, pertinente conhecer a reforma desenvolvida no sector hospitalar português que culminou na adopção de princípios da Nova Gestão Pública neste sector e num processo tendencial de empresarialização dos hospitais públicos. Abordar-se-á, num primeiro momento, a problemática da empresarialização hospitalar e as especificidades deste processo no nosso país; num segundo momento, analisar-se-á em que medida este processo de gestão hospitalar implica a reconfiguração do modelo de gestão de recursos humanos.

Entende-se por empresarialização hospitalar “*o processo de autonomização das competências gestionárias das organizações públicas em aproximação/convergência com o modelo de gestão do sector privado, no quadro de um sistema público de prestação de cuidados*” (Stoleroff e Correia, 2008:4).

Segundo Ribeiro (2004) a gestão empresarial em Portugal parte de um diagnóstico exhaustivamente repetido pelos especialistas do sector da saúde, constituído por quatro aspectos essenciais:

- a) Problemas de eficiência na afectação de recursos;
- b) Falta de produtividade sistémica;
- c) Despesa pública a crescer a um ritmo incontrolável para o país e uma insatisfação crescente dos utentes pelos níveis do serviço prestado.

A gestão empresarial é, então, reclamada por todos os quadrantes políticos como a solução para o aumento da eficiência no nosso sector público hospitalar.

Importa, no entanto, ressaltar que este processo de empresarialização hospitalar promovido em Portugal a partir de 2002, é em tudo idêntico ao modelo desenvolvido na Inglaterra ainda na década de oitenta (descrito por *corporatization*), resultante dos princípios da Nova Gestão Pública (Correia, 2009), que preconiza um ajustamento da prestação pública de cuidados de saúde às necessidades financeiras sentidas.

Mencione-se que a gestão empresarial encontra-se consagrada desde 1988, na Lei de Gestão Hospitalar (Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro). Contudo, ao longo de mais de uma década, continuou a observar-se um quadro de gestão pouco definido, inábil na motivação dos profissionais, restringindo-os a um conjunto de regras burocráticas obsoletas, tornando o quotidiano dos hospitais difícil para os seus gestores e uma experiência frustrante para os utentes. Os gestores não tinham possibilidade de se centrarem na satisfação dos utentes ou na qualidade dos cuidados prestados, quando se dedicavam a gerir um orçamento reduzido, a solucionar quebras urgentes de abastecimento de produtos críticos, ou a cumprir listas de requisitos formais que representavam insignificantes decisões de gestão (Ribeiro, 2004).

Assim, na sequência dos ensinamentos que o Estado retirou nas últimas décadas do seu sector empresarial em outras áreas de actividade de maior exposição concorrencial, e da avaliação positiva de experiências inovadoras de gestão nos hospitais, o XV Governo toma a decisão de criar um novo regime jurídico da gestão hospitalar (aprovado pela já referida Lei n.º 27/2002, de 8 de Agosto).

Este novo regime jurídico da gestão hospitalar elenca a natureza jurídica dos hospitais integrados na rede de prestação de cuidados (Campos e Simões, 2011:145):

“a) estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial, ou seja, hospitais do sector público administrativo (SPA);

b) estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial, ou seja entidades públicas empresariais (EPE);

c) sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos (SA);

d) hospitais do SNS geridos por entidades públicas ou privadas, mediante contrato de gestão ou em regime de convenção por grupos de médicos e outros profissionais de saúde;

e) estabelecimentos privados, com os quais o SNS celebre contratos ou acordos.”

Ainda em 2002, com o XV Governo, procede-se à alteração do regime jurídico dos hospitais SPA para SA, e no ano de 2006, o XVII Governo substitui os hospitais SA por hospitais EPE.

Há que ter presente que este novo modelo de gestão hospitalar parte da premissa de que o aumento da concorrência entre serviços prestadores de cuidados gera pressões competitivas, como num mercado, promovendo uma melhor utilização de recursos e de melhores serviços aos cidadãos (Araújo, s.d.). As forças da concorrência correspondem, portanto, ao agente de mudança que leva à eficiência do sistema e o processo de contratualização possibilita a criação de uma estrutura na qual é possível desenvolver uma lógica de mercado.

Para Araújo (s.d.) o financiamento assenta agora no princípio da separação entre financiador e prestador do serviço, baseando-se na prestação efectiva dos cuidados de saúde contratualizados com o SNS, e não exclusivamente no orçamento de Estado. Os actos médicos são remunerados conforme uma tabela de preços e o orçamento de cada unidade hospitalar é apurado com base na realização de determinado número de cirurgias, consultas ou atendimentos. É assim criado um “mercado” com os preços estabelecidos numa tabela que equivale ao custo fixo para cada um dos cuidados de saúde. Simultaneamente a ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.) regula, controla e acompanha a actuação deste mercado. As administrações regionais de saúde têm também o seu papel reforçado, dado serem intermediárias neste processo de contratualização.

Este modelo de contratualização permite a racionalização dos gastos públicos, já que o capital estatutário dos hospitais EPE passa a ser definido em função da actividade hospitalar efectivamente realizada. O prestador público está obrigado a alcançar metas quantitativas e qualitativas definidas no contrato-programa⁵, e o Ministério a transferir as verbas essenciais para a prossecução dessas metas. Realce-se que uma não utilização das verbas contratualizadas determina uma redução no financiamento da unidade hospitalar no ano subsequente.

⁵ O financiamento dos prestadores públicos é definido através dos contratos-programa, que relacionam os primeiros com a tutela, numa relação contratual.

Note-se que para este modelo se aproximar de um “mercado” tem de existir liberdade de escolha por parte dos cidadãos (podendo optar pelo hospital no qual querem ser tratados), o que acarreta pressões do lado da procura no sentido da maior qualidade dos serviços prestados.

Refira-se, também, que a flexibilização da gestão hospitalar, resultado da introdução de princípios da Nova Gestão Pública, conduz ainda à descentralização de competências de gestão do nível “macro” (Ministério da Saúde) e “meso” (Administrações Regionais de Saúde) para o nível micro (Conselho de Administração de cada hospital), repercutindo-se num acréscimo de competências de gestão administrativa, financeira e patrimonial. A gestão hospitalar fica circunscrita a cada hospital, mantendo-se no entanto a respectiva fiscalização a cargo do poder central.

Em sùmula, a empresarialização hospitalar em Portugal edifica-se em torno de três grandes pilares: a racionalidade económica, a gestão por objectivos e os indicadores de desempenho (Araújo, s.d.). Este modelo gestor combina o aumento da confiança no mercado e a gestão descentralizada, de modo a garantir maior escolha, melhor comunicação e a melhoria da eficiência do SNS.

3.1. A empresarialização hospitalar na gestão de recursos humanos

Ribeiro (2004) preconiza que no âmbito da gestão de recursos humanos, o sector hospitalar padece de todos os problemas que se encontram na Administração Pública, nomeadamente a excessiva estratificação e rigidez das carreiras, o recurso desmesurado a horas de trabalho extraordinário, a pouca flexibilidade de contratação, a falta de incentivos ao melhor desempenho e a precaridade de vínculo nas novas admissões.

Com o intuito de sanar a maioria destes problemas, o novo enquadramento jurídico dos hospitais, designadamente a Lei n.º 27/2002, de 8 de Agosto e o Decreto-Lei n.º 272/2002, de 9 de Dezembro, veio extinguir a admissão para os quadros da função pública, recorrendo ao contrato individual de trabalho e a uma flexibilidade na gestão dos profissionais. Esta alteração da relação jurídica de emprego repercute-se na transformação da estrutura organizacional e gestonária dos hospitais, bem como na redução das despesas com o pessoal do SNS.

Importa mencionar que, no entendimento de Varanda (2004), o modelo empresarial aplicado ao sector hospitalar atribui aos hospitais públicos uma maior autonomia em termos de competências de gestão, que leva a uma maior convergência com o modelo do sector privado, no quadro de um sistema público de prestação de cuidados. Esta ideia é também partilhada por Stoleroff e Correia (2008), dado que para os autores, o recurso a políticas de racionalização nos

serviços de prestação de cuidados de saúde e a reconfiguração organizacional do SNS (com maior enfoque no sector hospitalar através da privatização da respectiva estrutura organizacional) determinam que os gestores hospitalares optem, com maior frequência, por processos de liberalização das modalidades de gestão das organizações públicas.

Sublinhe-se que a empresarialização acarreta deslocações dos centros de decisão no que concerne à distribuição dos recursos organizacionais, inclusivamente dos recursos humanos (Stoleroff e Correia, 2008). Assim, num sector outrora reconhecido pela estatização, a empresarialização hospitalar vem estimular uma significativa desregulação ou, pelo menos, uma liberalização e flexibilização na contratação, sendo a lógica de mercado a influenciar as situações de emprego e a remuneração dos profissionais, quer dos contratados individualmente, quer das empresas privadas prestadoras de serviços médicos contratadas através de *outsourcing*. Estas duas modalidades de contratação no sistema de emprego público, geram situações contratuais distintas dos interesses do pessoal hospitalar, devido não só às transformações dos vínculos, como também às formas de avaliação (Viegas, 2000).

De salientar que a reconfiguração da estrutura da prestação de cuidados hospitalares públicos pode acarretar o seguinte:

- a) A indefinição na carreira dos profissionais decorrente das novas relações de emprego fora do quadro da função pública (Beck, 2000);
- b) Incertezas nas administrações hospitalares devido às variadas negociações de remunerações e condições dos profissionais que representam variáveis imprevisíveis e inflacionáveis na gestão da massa salarial determinada por orçamentos rigorosos e pouco flexíveis. (Stoleroff e Correia, 2008);
- c) Incertezas na qualidade da prestação de cuidados e funcionamento hospitalar, resultantes da incerteza de empregabilidade do sector público e da concorrência com o sector privado na contratação de profissionais da saúde. (Stoleroff e Correia, 2008).

Não obstante as incertezas, este processo de contratação individual revela-se vantajoso para os hospitais públicos ao permitir estabelecer de forma autónoma incentivos e criar oportunidades para atrair determinados profissionais.

Constitui, assim, um novo desafio para o sector hospitalar uma nova cultura baseada numa maior liberdade contratual e na atribuição de incentivos que permitam, de facto, premiar o mérito do desempenho diferenciado. Note-se que a atribuição de incentivos se estrutura em torno da medição efectiva do nível de cumprimento dos objectivos discutidos com cada unidade hospitalar, cada serviço e também cada profissional. A ideia é promover uma cascata de objectivos que possibilite o envolvimento de todos os profissionais no sucesso da sua instituição e serviço, estimulando um comportamento individual e colectivo que esteja em linha com os objectivos da sua unidade e, em consequência, assegurando um nível global de realização de objectivos por toda a rede hospitalar (Ribeiro, 2004).

Por fim, há ainda que acrescentar que com a empresarialização hospitalar uma parte das competências de gestão de recursos humanos é transferida dos níveis macro e meso para o nível micro (Stoleroff e Correia, 2008). Tal como já havia sido referido, de uma gestão centralizada no Estado (por via do Ministério da Saúde e das Administrações Regionais de Saúde), avança-se para uma descentralização gradual das competências, de modo a agilizar organizacionalmente um sector regulado por critérios e mecanismos uniformes. Apesar de existirem instruções da tutela que fixam normas gerais para as condições de trabalho dos profissionais contratados, o serviço hospitalar público passa a caracterizar-se por combinações da regulação estatutária da função pública com mecanismos do mercado, específicas e particularizadas em cada hospital.

No próximo capítulo será apresentado um estudo empírico sobre os efeitos da empresarialização hospitalar, produto da Nova Gestão Pública, na gestão de recursos humanos de uma unidade de saúde.

Capítulo III – Diagnóstico e Análise da Gestão de Recursos Humanos na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE

Neste capítulo será apresentado o estudo empírico realizado na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE. O enfoque dado ao estudo empírico é na análise da gestão de recursos humanos naquela unidade local de saúde. Começa-se por definir e contextualizar o tema em estudo. Nesta contextualização serão apresentadas as questões orientadoras e os objectivos do estudo. De seguida, apresenta-se a metodologia utilizada. Por fim, será feita a apresentação, análise e discussão das respostas às questões e objectivos previamente formulados.

1. Contextualização do tema em estudo

A revisão da literatura levada a cabo nos capítulos anteriores permitiu clarificar as alterações estruturais havidas nos modelos de gestão pública.

Recorde-se que um dos novos paradigmas de gestão pública, fruto da evolução do papel do Estado, que emergiu nas últimas décadas, foi o da Nova Gestão Pública. Esta abordagem gestionária preconiza a racionalização da estrutura e funcionamento da Administração Pública mediante técnicas e ferramentas do sector privado.

No entendimento de Carvalho (2006:236) *“é no sector da saúde que as políticas governamentais se identificam de forma mais directa com a Nova Gestão Pública, aproximando o sistema português das características das reformas implementadas nos restantes países da União Europeia”*. É, assim, neste contexto ideológico que têm sido concebidas e implementadas as reformas do sector público nacional da saúde, nomeadamente o novo enquadramento jurídico dos hospitais (Lei n.º 27/2002, de 8 de Agosto), que introduziu mudanças na natureza dos hospitais públicos que adquirem o estatuto de hospitais empresa.

Sublinhe-se que este processo de empresarialização defende a despolitização da gestão hospitalar mediante alterações estruturais, financeiras e, ou organizacionais. Para além destas mudanças, há que atender ao capital humano que, constitui um *input* chave e representa o maior peso, em termos de custos, para a maioria das instituições de saúde (Martineau e Buchan, 2000).

Este modelo empresarial, centrado na operacionalização de princípios de racionalidade económica, conduziu inevitavelmente a uma mudança de paradigma na gestão de recursos humanos dos hospitais. Incentivou a liberalização e flexibilidade na contratação de pessoal, deixando que lógicas de mercado influenciassem as condições do emprego e da remuneração

dos profissionais e transformassem a relação jurídica de emprego no sector hospitalar (Stoleroff e Correia, 2008).

Partindo deste quadro conceptual, o objectivo geral deste estudo empírico é o de analisar os efeitos da empresarialização hospitalar (resultado da Nova Gestão Pública na saúde) na gestão de recursos humanos de uma unidade de saúde. Reconhece-se, no entanto, a necessidade de tornar este objectivo em algo concretizável, que não implique uma diversidade de variáveis em estudo que em termos empíricos seriam difíceis, se não mesmo impossíveis de analisar, considerando o tempo e os recursos disponíveis para a elaboração desta investigação. Desta forma, delimitou-se o objecto de estudo e redefiniu-se o objectivo geral.

Segundo Stoleroff e Correia (2008) tem-se assistido a uma mudança na gestão de recursos humanos das unidades de saúde, alicerçada na flexibilização da contratação de profissionais de saúde à margem do quadro da função pública, o que favorece a criação de espaços heterogéneos ou diferenciados de reconfiguração nas relações de emprego (contratações ao abrigo do Código do Trabalho e de empresas prestadoras de serviços através de *outsourcing*).

É precisamente sobre a alteração da relação jurídica de emprego dos profissionais de saúde e o seu efeito numa organização hospitalar, que este trabalho de investigação irá incidir. Dada a existência de uma multiplicidade de grupos profissionais numa instituição de saúde, optou-se por restringir o âmbito da análise da relação jurídica de emprego ao pessoal médico; os motivos que presidiram a esta escolha prendem-se com:

- a) A relevância deste grupo profissional em qualquer instituição que presta cuidados de saúde (decorrente da sua competência técnico-científica, da sua posição estratégica e dominante na prestação de cuidados, bem como da legitimidade social que possui);
- b) A importância que lhe é atribuída na implementação das políticas de saúde, sendo determinante a sua recepção, resposta e mediação nas instituições hospitalares;
- c) O peso da sua componente remuneratória nas despesas com pessoal dessas instituições;
- d) O recurso frequente à contratação externa deste tipo de profissionais, mediante entidades prestadoras de serviços médicos.

Importa ainda mencionar que a investigação limita-se ao estudo específico de uma unidade de saúde (de natureza de entidade pública empresarial), cuja criação é relativamente recente - a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE, e a análise incide no triénio 2009 - 2011.

Em síntese, o que se pretende com este trabalho é determinar quais as alterações produzidas na relação jurídica de emprego do pessoal médico e respectivo impacto em termos de custos, na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE, no período de 2009 a 2011.

2. Identificação da Unidade Local de Saúde, EPE em estudo

A entidade em estudo é a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE (adiante designada por ULSNA, EPE), que integra o Hospital Dr. José Maria Grande de Portalegre, o Hospital Santa Luzia de Elvas e o Agrupamento de Centros de Saúde de São Mamede. A área de influência desta instituição abrange quinze concelhos pertencentes ao distrito de Portalegre (*cf.* Figura n.º 1).

A ULSNA, EPE trata-se de uma pessoa colectiva de direito público de natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro. Rege-se pelo Decreto-Lei n.º 50-B/2007, de 28 de Fevereiro, e pelas demais normas em vigor aplicáveis às entidades integrantes do Serviço Nacional de Saúde.

Mencione-se que o objecto principal da ULSNA, EPE é a prestação de cuidados de saúde primários, secundários, reabilitação, continuados integrados e paliativos à população, bem como a articulação das actividades de saúde pública e dos meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida. Tem ainda como intuito o desenvolvimento de actividades de investigação, formação e ensino.

Figura n.º 1
Área de Influência da ULNSA, EPE – Distrito de Portalegre



Fonte: Relatório e Contas da ULSNA, EPE, 2011, p.10

3. Considerações metodológicas

Enunciada a questão de partida deste trabalho – “quais as alterações produzidas na relação jurídica de emprego dos médicos, e impacto em termos de custos na ULSNA, EPE, no triénio de 2009-2011?”. Apresenta-se de seguida as temáticas e objectivos específicos que foram analisados para a obtenção das respostas à questão de partida.

- 1) Apurar qual a modalidade de vínculo predominante no grupo profissional médico, após análise da evolução da relação jurídica de emprego (período de 2009 a 2011);
- 2) Verificar se a admissão de médicos com contrato individual de trabalho (CIT) ao abrigo do Código do Trabalho tem superado a saída de médicos com CIT em funções públicas, ao longo do período em análise;
- 3) Analisar o tipo de contratação mais presente (individual ou colectiva) de médicos (período de 2009 a 2011);
- 4) Analisar no período de 2009 a 2011 se houve uma redução efectiva nas despesas com pessoal médico, e nos suplementos de remuneração (horas extraordinárias, noites e suplementos e prevenções);
- 5) Determinar qual o peso, em termos de custos, referente à contratação de entidades prestadoras de serviços médicos. Será uma opção vantajosa para a ULSNA, EPE? Qual seria o encargo da ULSNA, EPE se contratasse prestadores de serviços médicos por CIT ao abrigo do Código do Trabalho?
- 6) A gestão hospitalar preconiza um maior controlo nos custos e diminuição dos recursos humanos. Será que a redução com o pessoal e de custos se verificou no grupo profissional dos médicos, na ULSNA, EPE, ao longo dos três anos em análise?

Definidas as temáticas e objectivos que delimitaram a investigação, torna-se necessário indagar as respostas. Para o efeito há que eleger o tipo e método de pesquisa mais adequados.

Pesquisar significa planear cuidadosamente uma investigação de acordo com as normas de Metodologia Científica, tanto em termos de forma como de conteúdo (Bell, 2002) e para que um método de pesquisa seja apropriado é imprescindível que responda aos objectivos da investigação, e auxilie na compreensão do fenómeno em estudo.

Relembre-se que o que se pretende é dissecar a relação jurídica de emprego do pessoal médico e o seu reflexo nos custos da unidade de saúde, no período de 2009 a 2011. Tal implica que se determine, de forma sintética, a modalidade de vínculo laboral predominante (CIT ao abrigo do Código do Trabalho ou CIT em funções públicas), a contratação mais presente (CIT ou empresas) e o peso em termos de despesa que representa para a instituição em estudo (quer em termos de remuneração com o pessoal médico efectivo da ULSNA, EPE, quer em termos de remuneração dos prestadores de serviços médicos).

A pesquisa descritiva⁶ foi a opção tomada nesta investigação, sendo complementada por uma análise estatística simples de tipo descritiva.

No que concerne à técnica de recolha de dados, uma vez que se recorreu a documentos da ULSNA, EPE (Relatório e Contas, Balanço Social, informação sobre entidades que forneceram serviços médicos, no período em estudo e um anúncio de contratação de pessoal médico para a ULSNA, EPE, publicado em Diário da República), a escolha recai sobre a análise documental. De sublinhar que esta análise facilita a transformação “*de um documento primário (em bruto), para um documento secundário (representação do primeiro).*” (Bardin, 2000:46), e proporciona dados suficientemente ricos de modo a evitar a perda de tempo.

Como já referido dois dos documentos centrais na análise são os *Relatórios e Contas* e os *Balanços Sociais* da ULSNA, EPE, dos anos de 2009 até 2011. Refira-se que o *Relatório e Contas* compreende a prestação de contas, apresentando de forma sumária as principais linhas estratégicas da organização e a actividade global no período em causa. Para além desta informação o Relatório e Contas apresenta as demonstrações financeiras, a certificação legal de contas e o relatório e parecer do fiscal único. Por seu turno, o *Balanço Social* é um documento no qual constam os principais elementos referentes à situação actual da entidade no domínio dos recursos humanos. Ora a informação destes dois documentos oficiais da ULSNA, EPE permite, no âmbito desta investigação, apreender, no período de 2009 a 2011, a tendência de evolução da relação jurídica de emprego no grupo profissional médico; o seu peso nas despesas com pessoal, e os custos referentes à contratação de entidades prestadoras de serviços médicos.

A outra informação, recolhida através do sítio da Internet da ULSNA EPE⁷, possibilitou o apuramento do número de entidades contratadas para fornecimento de serviços médicos e o número de médicos que prestaram serviço por essas entidades no período analisado.

⁶ “Visa descrever as *características de uma determinada população ou fenómeno ou estabelecimento de relações entre variáveis*”. (Gil, 1989:45)

Quanto ao anúncio publicitado em Diário da República serve para se ter conhecimento do montante afecto à remuneração base de um profissional médico contratado ao abrigo do Código do Trabalho, pela ULSNA, EPE, de modo a calcular-se o encargo referente a esta contratação.

O Quadro n.º 4 sintetiza o processo metodológico seguido nesta investigação. A apresentação dos resultados da investigação empírica será feita no ponto seguinte deste capítulo (Item 4: Análise e Interpretação dos Resultados).

⁷ As instituições do SNS são obrigadas a publicitar, nos respectivos sítios da Internet, as contratações de prestações de serviços efectuadas, indicando, nomeadamente as áreas de actuação a que se destinam; as especialidades e o número de profissionais em causa, preço/hora, por especialidade; e a carga horária (n.º 5 do revogado Despacho n.º 29533/2008, de 7 de Novembro, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde; e n.º 8 do Despacho n.º 10428/2011, de 1 de Agosto, do Secretário de Estado da Saúde).

Quadro n.º 4

Processo Metodológico

Objectivo Específico/Questão	Recolha de Dados (Documento)	Dados a Analisar	Período em Análise
1. - Apurar qual a modalidade de vínculo predominante no grupo profissional médico, após análise da evolução da relação jurídica de emprego.	Balanço Social	- N.º de Profissionais Médicos Por Vínculo Laboral (CIT ao Abrigo do Código do Trabalho; CIT em funções públicas).	De 2009 a 2011
2. - Verificar se a admissão de médicos com CIT ao abrigo do Código do Trabalho tem superado a saída de médicos com CIT em funções públicas.	Balanço Social	- N.º de Admissões de Profissionais Médicos (CIT ao Abrigo do Código do Trabalho); - N.º de Saídas de Profissionais Médicos (CIT em funções públicas).	
3. - Analisar o tipo de contratação mais presente (individual ou colectiva) de médicos.	Balanço Social e Informação Sobre Entidades Prestadoras de Serviços Médicos	- Apurar o N.º de Entidades Prestadoras de Serviços Médicos; N.º de Admissões de Profissionais Médicos (CIT ao Abrigo do Código do Trabalho).	
4. - Analisar se houve uma redução efectiva nas despesas com pessoal, designadamente nas despesas de remuneração com pessoal médico e nos suplementos de remuneração (horas extraordinárias, noites e suplementos).	Relatório e Contas	- Analisar os Custos com o Pessoal Médico (Ordenados e Salários, Horas Extraordinárias, Noites e Suplementos).	
5. - Determinar qual o peso em termos de custos referente à contratação de entidades prestadoras de serviços médicos.	Relatório e Contas	- Analisar os Custos com Fornecimentos e Serviços (Valores Gastos com Prestações de Serviços Médicos).	
6. - Qual seria o encargo da ULSNA, EPE se contratasse prestadores de serviços médicos por CIT ao abrigo do Código do Trabalho? Qual a opção mais vantajosa?	Informação Sobre o Número de Prestadoras de Serviços Médicos e Anúncio em DR	- Calcular o Encargo da Contratação de Um Médico por CIT (Incluindo Remuneração Base – Baseada no Definido no Anúncio em DR, Subsídio de Alimentação, e Subsídios de Férias e Natal, bem como Encargo com a Segurança Social); - Determinar o Encargo da Contratação, considerando o N.º de Prestadores de Serviços Existentes; - Comparar este Encargo com os Valores Gastos com Prestações de Serviços Médico.	
7. - A gestão hospitalar preconiza um maior controlo nos custos e diminuição dos recursos humanos. Será que a redução de pessoal e de custos com o pessoal se verificou no grupo profissional dos médicos, na ULSNA, EPE?	Relatório e Contas	- Analisar o N.º de Médicos e de Entidades Prestadoras de Serviços Médicos; - Analisar os Custos com o Pessoal Médico e com Fornecimentos de Serviços Externos.	

4. Análise e interpretação dos resultados

Procede-se, agora, à apresentação dos dados empíricos recolhidos. A sua análise e discussão é feita segundo as sete temáticas orientadoras apresentadas no Quadro n.º 4 (*cf.* Processo Metodológico).

4.1. Modalidade de vínculo laboral predominante no grupo profissional médico

Tal como referido no ponto n.º 3 deste Capítulo recorreu-se aos Balanços Sociais da ULSNA, EPE, dos anos de 2009 a 2011, com o propósito de se apurar a modalidade de vínculo de emprego predominante no grupo profissional médico. Estes documentos compreendem, no seu Capítulo I – Recursos Humanos, informação pertinente sobre a “contagem dos trabalhadores por grupo/cargo/carreira, segundo modalidade de vinculação e género”. Estes dados permitiram determinar o número efectivo de profissionais médicos da ULSNA, EPE, bem como o respectivo vínculo laboral (designadamente CIT em funções públicas e CIT ao abrigo do Código do Trabalho), ao longo dos três anos em análise (*vide* Quadro n.º 5)

Quadro n.º 5

Distribuição do Pessoal Médico Por Relação Jurídica de Emprego na ULSNA, EPE

Tipo de Vínculo Laboral	2009		2010		2011	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
CIT em Funções Públicas	170	92%	163	91%	170	91%
CIT ao Abrigo do Código do Trabalho	15	8%	16	9%	17	9%
Total	185	100%	179	100%	187	100%

É de notar que no período de 2009 a 2011 foi claro o peso da contratação em funções públicas (mais de 90%) no universo de pessoal médico da ULSNA, EPE, sendo pouco significativa a contratação ao abrigo do Código do Trabalho (inferior a 10%).

De salientar que no ano de 2009, o número de médicos com CIT ao abrigo do Código do Trabalho correspondia apenas a 15 num total de 185 profissionais médicos. Nos dois anos subsequentes, este número continuou a ser inexpressivo – em 2010 eram 16 os médicos contratados ao abrigo do Código do Trabalho e 17 em 2011.

Desta análise pode-se inferir que na ULSNA, EPE a possibilidade de liberalização e flexibilidade de contratação não se traduziram na alteração da relação jurídica de trabalho do quadro de pessoal médico, continuando a predominar o vínculo em funções públicas e sendo praticamente inexistente a contratação ao abrigo do Código do Trabalho.

Contudo, não se pode afirmar que não tenha havido uma mudança de paradigma na gestão do pessoal médico da unidade de saúde. Apesar deste tipo de contratação individual não ter tido expressividade, há que verificar se a alteração da relação jurídica de emprego deste tipo de profissionais de saúde foi, eventualmente, feita pelo recurso à contratação de entidades prestadoras de serviços médicos através de *outsourcing*.

4.2. Admissão de médicos com CIT ao abrigo do Código do Trabalho e saída de médicos com CIT em Funções Públicas

Com a finalidade de se verificar se a admissão de médicos com CIT ao abrigo do Código do Trabalho superou a saída de médicos com CIT em funções públicas, utilizaram-se igualmente os dados expressos nos Balanços Sociais, de 2009 a 2011 (capítulo referente aos recursos humanos). Neste caso, as contagens “dos trabalhadores admitidos e regressados durante o ano, por grupo/cargo/carreira e género, segundo o modo de ocupação do posto de trabalho ou modalidade de vinculação” e das “saídas de trabalhadores contratados, por grupo/cargo/carreira, segundo o motivo de saída e género”.

Da análise levada a cabo constatou-se que, no final dos três anos em estudo, o número de saídas de pessoal médico (47) foi superior ao seu número de admissões (42). Importa registar que no ano de 2009 as saídas de pessoal médico foram superiores em 33% às admissões. Em 2010 verificou-se igual tendência com as saídas a ultrapassarem em 43% as admissões de pessoal médico. Exceptuou-se o ano de 2011, em que as admissões foram 100% superiores às saídas. (*vide* Quadro n.º 6)

Quadro n.º 6

Número de Admissões e Saídas de Pessoal Médico da ULSNA, EPE

Admissões/Saídas	2009	2010	2011	Total
N.º de Admissões	16	8	18	42
N.º de Saídas	24	14	9	47
Δ% Saídas/Admissões	33%	43%	100%	-

Apurou-se, ainda, como estes dados se distribuíram em termos de número de admissões e saídas por modalidade de vínculo laboral. Os Quadros n.ºs 7 e 8 ilustram o pretendido.

Quadro n.º 7

Número de Admissões de Pessoal Médico por Vínculo

Admissões por Vínculo	2009	2010	2011
	N.º	N.º	N.º
CIT em Funções Públicas	7	5	11
CIT ao Abrigo do Código do Trabalho	9	3	7

Quadro n.º 8

Número de Saídas de Pessoal Médico da ULSNA, EPE por Vínculo

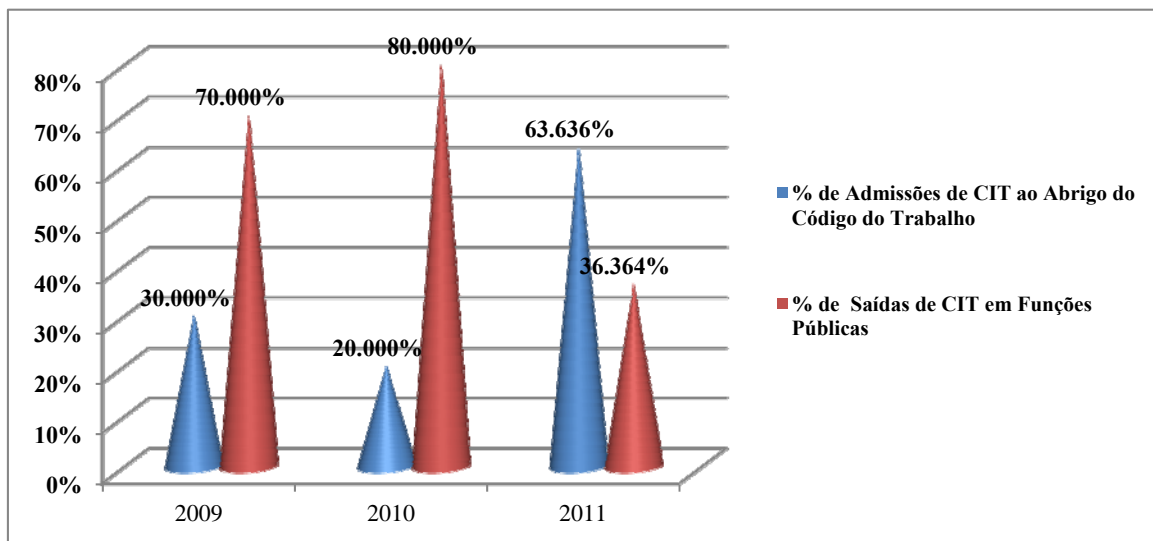
Saídas por Vínculo	2009	2010	2011
	N.º	N.º	N.º
CIT em Funções Públicas	21	12	5
CIT ao Abrigo do Código do Trabalho	3	2	4

Relembre-se que a intenção era determinar se a admissão de médicos contratados ao abrigo do Código do Trabalho foi superior à saída de médicos em funções públicas. Como tal, não se presumiu importante a análise de admissões de pessoal médico em funções públicas, dado que estas admissões devem ser entendidas como regresso dos trabalhadores à instituição, na sequência de situações como cedência de interesse público, mobilidade interna, regresso de licença, comissão de serviço e outras situações.

O Gráfico n.º 1 permitiu concluir que o número de saídas de médicos em funções públicas foi amplamente superior ao número de admissões de médicos ao abrigo do Código do Trabalho, nos anos de 2009 e 2010. A exceção é o ano 2011, em que as admissões de pessoal médico ao abrigo do Código do Trabalho foram em maior número do que as saídas de médicos em funções públicas.

Gráfico n.º 1

Percentagem de Admissões e Saídas de Pessoal Médico Por Vínculo



Mencione-se que já havia sido concluído que o vínculo predominante do pessoal médico da ULSNA, EPE foi em funções públicas, sendo pouco significativo o vínculo ao abrigo do Código do Trabalho. Apesar da saída visível e expressiva de médicos em funções públicas, a contratação ao abrigo do Código do Trabalho é quase diminuta, não sendo o seu número sequer suficiente para substituir os profissionais médicos que abandonaram a unidade de saúde. Na verdade, este facto só vem reforçar o dito anteriormente, isto é, a empresarialização da ULSNA, EPE não se materializou numa alteração significativa da relação jurídica de emprego do pessoal médico pertencente à instituição.

4.3. Tipologia de contratação de pessoal médico

A empresarialização hospitalar possibilitou a liberalização e flexibilização da contratação de recursos humanos, ora contratados individualmente, ou através de *outsourcing*. Tendo em conta esta premissa, considerou-se importante, após apuramento do número de CIT de pessoal médico celebrados ao abrigo do Código do Trabalho, determinar se a ULSNA, EPE recorreu mais a este tipo de contratação individual, ou à contratação de entidades prestadoras de serviços médicos, no período de 2009 a 2011.

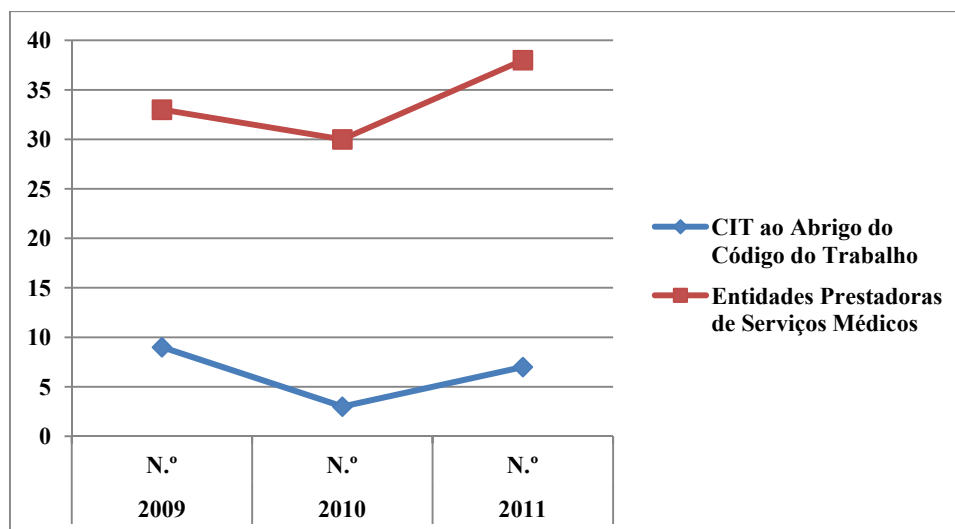
Segundo dados quantitativos, retirados do sítio da Internet da ULSNA, EPE, o número de entidades contratadas para fornecerem serviços médicos, foi o seguinte:

- 33 entidades, no ano de 2009;
- 40 entidades, no ano de 2010;

- 38 entidades, no ano de 2011.

A comparação entre este número de contratações de empresas prestadoras de serviços médicos e o número de contratações individuais de pessoal médico ao abrigo do Código do Trabalho, nos anos em estudo, é apresentada no gráfico seguinte (Gráfico n.º 2).

Gráfico n.º 2
Número de Contratações (CIT ao Abrigo do Código do Trabalho e Entidades Prestadoras de Serviços Médicos)



A contratação externa e colectiva não seguiu a mesma tendência que a contratação individual, sendo que o número de entidades contratadas para prestarem serviços médicos foi bastante expressivo, no período em análise. O Gráfico n.º 2 tornou evidente que a modalidade de contratação mais utilizada pela ULSNA, EPE, de 2009 a 2011, foi a colectiva, ou seja a instituição enveredou pelo caminho da contratação de pessoal médico através de *outsourcing*.

É de sublinhar que, no ano de 2009, esta contratação foi superior em 267% à contratação individual de médicos ao abrigo do Código do Trabalho. Em 2010 atingiu os 900%, tendo descrescido em 2011 para os 443%, sendo, no entanto, ainda muito significativa.

Há ainda que referir que esta conclusão - o tipo de contratação de pessoal médico mais presente na ULSNA, EPE, no triénio de 2009 até 2011, foi a de firmas prestadoras de serviços neste âmbito - suscita a questão, qual a razão pela qual a ULSNA, EPE privilegiou este tipo de contratação. Na realidade, desconhece-se se foi por razões meramente económicas, ou por não ter acesso a este tipo de profissionais a não ser por recurso a entidades prestadoras de serviços

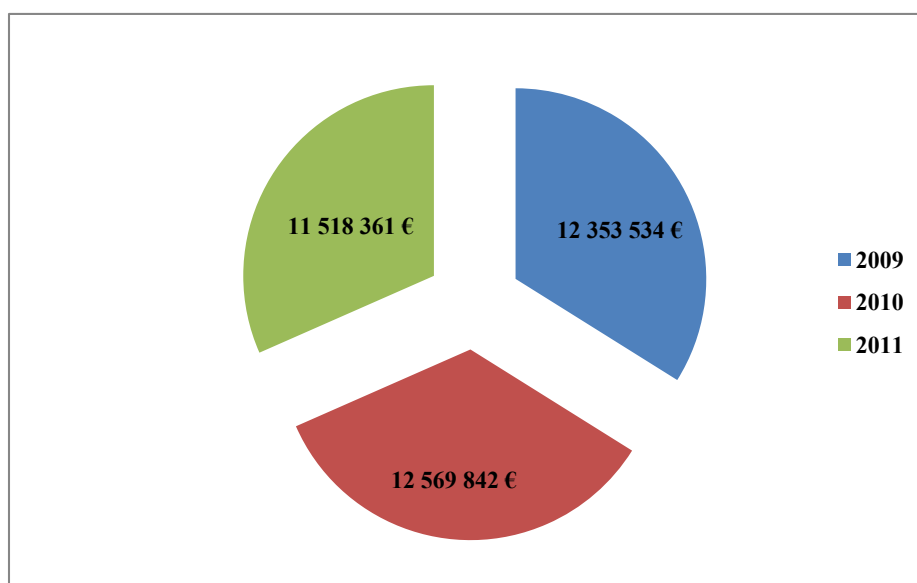
médicos. Tem sim que responder se resultou numa escolha acertada em termos económicos para a ULSNA, EPE, conforme uma das questões que será analisada.

4.4. Despesas com pessoal médico

As despesas com o Pessoal assumem um peso muito significativo nas instituições de saúde. A possibilidade de alteração da relação jurídica de emprego, resultado da liberalização e flexibilidade na contratação de pessoal (que se alicerçam em lógicas de mercado que influenciam as condições do emprego e da remuneração dos profissionais), pode revelar-se determinante na estrutura económico-financeira dessas instituições. Acrescido a isto, e deparando-se as organizações de saúde com um contexto social e político onde a racionalização de gastos está na ordem do dia, julgou-se pertinente analisar se na ULSNA, EPE (cujo modelo empresarial se centra na operacionalização de princípios de racionalidade económica), no período de 2009 a 2011, se houve uma redução efectiva nas despesas com pessoal, designadamente nas despesas de remuneração com pessoal médico e nos suplementos de remuneração (horas extraordinárias, noites e suplementos).

Para recolha desta informação recorreu-se à análise económico-financeira da ULSNA, EPE - designadamente aos custos com pessoal, distribuídos por grupo profissional, descrita nos Relatórios e Contas. O Gráfico n.º 3 permite visualizar os montantes totais de gastos com o pessoal médico (incluindo remuneração, horas extraordinárias, noites e suplementos), por cada um dos anos em estudo.

Gráfico n.º 3
Gastos com Pessoal Médico da ULSNA, EPE



Da leitura do Gráfico n.º 3 é possível constatar-se:

- Em 2009 e 2010, na ULSNA, EPE, a tendência foi semelhante em termos de gastos com pessoal médico, ou seja, em 2009 sofreram um acréscimo de 3,98 pontos percentuais face a 2008⁸, totalizando assim o montante de 12.353.534,00 € em 2010 aumentaram em 1,75 pontos percentuais face a 2009, perfazendo o montante de 12.569.842,00 €

- Em 2011 sofreram uma redução bastante significativa de 8,37 pontos percentuais em relação a 2010, correspondendo ao valor de 11.518.361,00 €

Considerou-se também importante decompor estes gastos totais pelos montantes afectos à remuneração, ao trabalho extraordinário e ao trabalho suplementar - noites e suplementos – do pessoal médico da ULSNA, EPE (*vide* Quadro n.º 9).

Quadro n.º 9

Custos com Pessoal Médico da ULSNA, EPE

Anos	Remuneração	Δ%	Horas Extraordinárias	Δ%	Noites e Suplementos	Δ%
2009	8.853.104,00 €	—	3.449.339,00 €	—	49.082,00 €	—
2010	8.572.760,00 €	-3,17	3.948.956,00 €	14,48	46.116,00 €	-6,04
2011	8.135.737,00 €	-5,10	3.300.157,00 €	-16,47	80.456,00 €	74,46

A análise dos dados do Quadro n.º 9 permite retirar as seguintes ilações:

1.^a - Os custos com a remuneração do pessoal médico decresceram em cerca de 8,10%, de 2009 a 2011. Realce-se que foi no ano de 2011 que se verificou a redução mais expressiva, isto é, um decréscimo em cerca de 5,10% dos custos com a remuneração do pessoal médico em relação ao ano anterior;

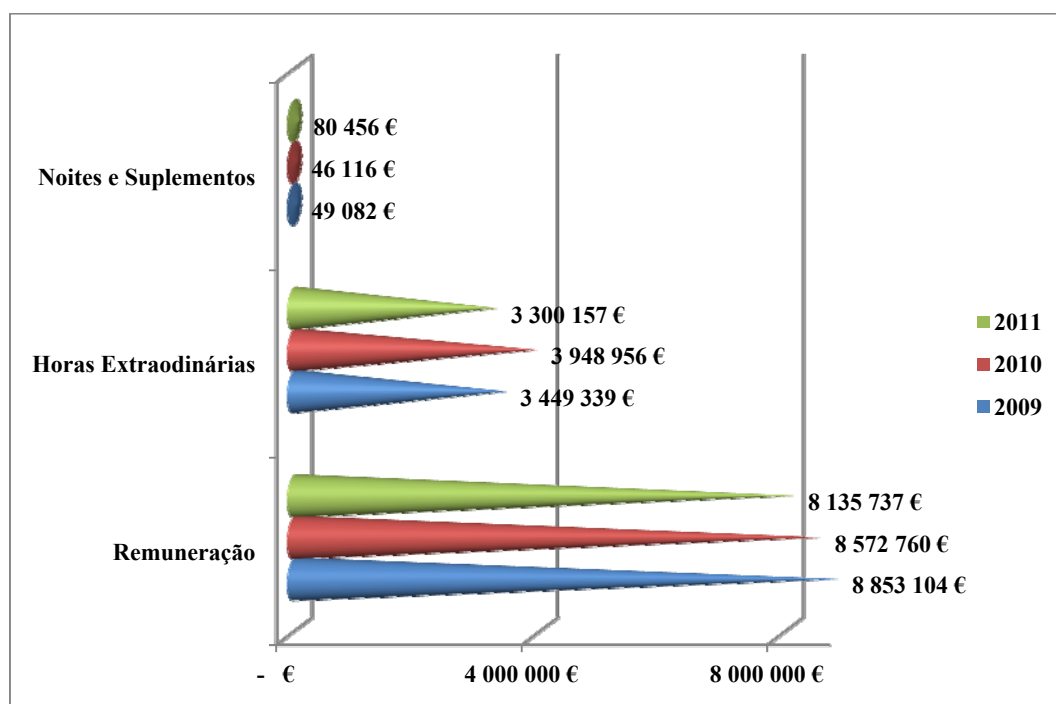
2.^a - Os custos com o trabalho extraordinário do pessoal médico também registaram uma redução de 4,32%, de 2009 a 2011. Importa registar que estes custos aumentaram em 14,48% de 2009 a 2010, mas obtiveram uma forte redução em 2011, diminuindo 16,47% em relação a 2010 (passando do montante de 3.948.956,00 € para 3.300.157,00 €).

⁸ Gastos com pessoal médico no ano de 2008: 11.881.149,00 € (remuneração - 8.905.925,00 € horas extraordinárias - 2.920.794,00 € noites e suplementos - 54.430,00 €).

3.^a - Os custos com o trabalho suplementar assinalaram um aumento drástico de 64%, de 2009 a 2011. Se em 2010 tinham reduzido em cerca de 6% face a 2009, em 2011 aumentaram em cerca de 74,46% face a 2010. Não obstante, este montante referente ao trabalho suplementar é pouco significativo, quando comparado com o montante referente ao trabalho extraordinário do pessoal médico, no triénio em análise (*cf.* Gráfico n.º 4)

Gráfico n.º 4

Custos com o Pessoal Médico da ULSNA, EPE (Remuneração, Horas Extraordinárias, Noites e Suplementos)



A dissecação dos custos com pessoal médico permitiu concluir que de facto houve uma redução efectiva neste âmbito, a qual se acredita não se dever nem ao contingente de pessoal médico, nem à alteração da relação jurídica de emprego desses profissionais.

Defende-se que a clara redução nos custos com pessoal médico da ULSNA, EPE foi consequência das imposições legais definidas pelo Governo para combater o défice orçamental nacional.

De referir que em 2010, com a entrada em vigor da Lei n.º 55-A/2010, de 31 de Dezembro, uma das medidas de austeridade definida foi a de redução da massa salarial da Administração Pública. Clarifique-se que esta redução salarial é progressiva, variando entre os 3,5% e os 10%, para os trabalhadores com um vencimento bruto superior a 1.500,00 €. É evidente que auferindo

a maioria, mais de 1.500,00 € de remuneração mensal, foi-lhes aplicada a redução salarial de 10%, o que se reflectiu inevitavelmente no decréscimo dos custos com as remunerações deste pessoal, na ULSNA, EPE.

Para além da Lei n.º 55-A/2010 aplicável a todo sector público, o sector da saúde sofreu outras imposições no sentido de se cortar nas despesas. No ano de 2010, o Despacho n.º 10760/2010, de 22 de Junho, preconizou a adopção de um plano de diminuição de despesas por parte dos estabelecimentos de saúde, que compreendia, entre outras medidas, a redução em pelo menos 5%, da despesa com horas extraordinárias prevista para o segundo semestre de 2010. Por seu turno, no ano de 2011, o Despacho n.º 10429/2011, de 1 de Agosto, determinou que, durante a execução orçamental desse ano, os serviços da saúde, tinham que proceder a uma redução mensal, em 10 pontos percentuais, dos custos com trabalho extraordinário, comparativamente com a despesa de igual natureza, realizada no mês homólogo do ano transacto.

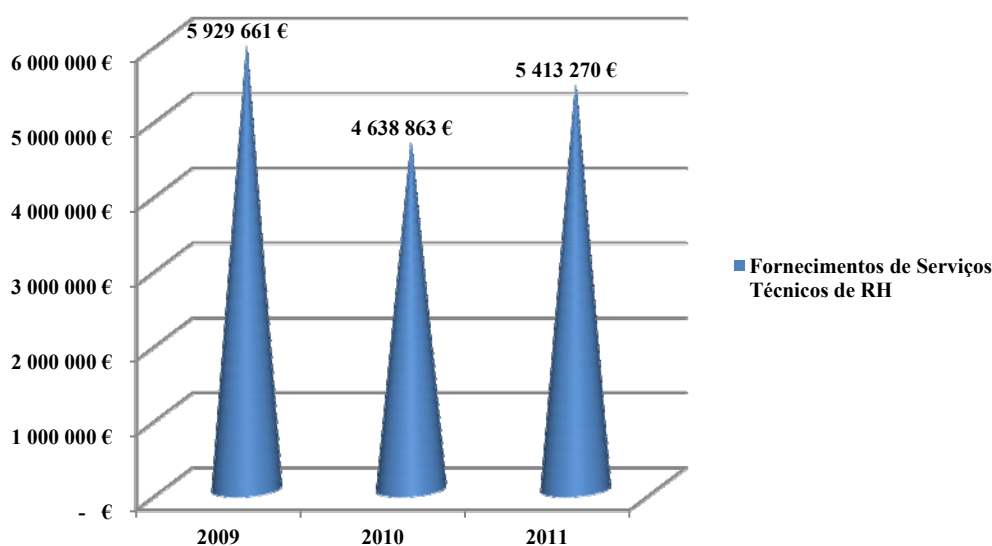
4.5. Peso dos custos referentes à contratação de entidades prestadoras de serviços médicos

No ponto 4.3. deste Capítulo chegou-se à conclusão que a contratação de entidades prestadoras de serviços médicos foi o tipo de contratação mais presente na ULSNA, EPE, no triénio de 2009 a 2011. Importa agora apurar o que significou em termos de custos para a ULSNA, EPE, este recurso a profissionais médicos mediante o regime de *outsourcing*. Refira-se que para o efeito extraíram-se os custos com fornecimentos externos (fornecimentos e serviços III – custos com fornecimentos de serviços técnicos de recursos humanos), registados nos Relatórios e Contas.

Os montantes despendidos com a contratação externa de entidades de serviços médicos foram bastante significativos, na estrutura de custos da ULSNA, EPE, ascendendo aos 5.929.661,00 € em 2009, 4.638.863,00 € em 2010 e 5.413.270,00 € em 2011 (*vide* Gráfico n.º 5). Realce-se que de 2009 para 2010 verificou-se uma diminuição efectiva de 21,77% com os custos referentes a firmas prestadoras de serviços médicos; porém de 2010 para 2011 registou-se um acréscimo destes custos na ordem dos 17%. Contudo, no total dos três anos, a tendência foi de diminuição dos custos com a contratação externa (em cerca de 9%).

Gráfico n.º 9

Fornecimento de Serviços Técnicos de Recursos Humanos



Considerou-se que seria interessante proceder-se a uma comparação entre os gastos totais com o pessoal médico da ULSNA, EPE (Ponto 3.4. deste Capítulo) e os custos com a contratação de entidades prestadoras de serviço médicos, com o intuito de se perceber a importância do peso de cada uma destas componentes na organização de custos da ULSNA, EPE. Essa comparação é feita no quadro que a seguir se apresenta (Quadro n.º 10).

Quadro n.º 10

Comparação entre Gastos Totais com Pessoal Médico e Fornecimentos de Serviços Técnicos de RH

Anos	Gastos Totais Com Pessoal Médico (1)	Fornecimentos de Serviços Técnicos de RH (2)	$\Delta\%$ (1) e (2)
2009	12.353.534,00 €	5.929.661,00 €	-52%
2010	12.569.842,00 €	4.638.863,00 €	-63,10%
2011	11.518.361,00 €	5.413.270,00 €	-53%

Os dados expressos no Quadro n.º 10 tornaram evidente que a ULSNA, EPE despendeu mais com os gastos com o pessoal médico efectivo, do que com a contratação de fornecimentos externos de serviços médicos, e a olho nu poderia partir-se do pressuposto que este tipo de contratação foi mais vantajoso em termos económicos, para a entidade em questão. Porém, há que analisar se este foi o caso, partindo-se de um cenário em que a ULSNA, EPE contratava os

prestadores de serviços médicos, por CIT ao abrigo do Código do Trabalho. Essa análise é feita no item seguinte (4.6.).

4.6. Qual seria o encargo da ULSNA, EPE se contratasse prestadores de serviços médicos por CIT ao abrigo do Código do Trabalho? Qual a opção mais vantajosa?

A fim de se determinar se a contratação de serviços médicos em regime de *outsourcing* correspondeu a uma opção vantajosa em termos económicos para a ULSNA, EPE, enveredou-se pelo cenário de que esta entidade tinha celebrado CIT ao abrigo do Código do Trabalho com todos os prestadores de serviços médicos.

Considerou-se, portanto, que para se concluir qual o tipo de contratação mais proveitoso para a instituição de saúde, tinha que estimar-se o eventual encargo anual com essas contratações (tendo por base a remuneração afecta à contratação de um profissional médico, os diversos encargos que a entidade patronal suporta com essa contratação, aplicáveis ao número existente de prestadores de serviços médicos, nos anos 2009, 2010 e 2011) e confrontá-lo com o encargo anual referente à aquisição de serviços médicos. É pertinente sublinhar que este cenário de contratação individual apenas reflectiu os custos da entidade contratante com a remuneração atribuída aos profissionais, subsídio de alimentação, subsídios de férias e de Natal, bem como a contribuição para a Segurança Social. Não se estudou quaisquer custos com trabalho extraordinário ou suplementar.

Este raciocínio iniciou-se com o cálculo do encargo anual, para a ULSNA, EPE, com a contratação de um médico ao abrigo do Código do Trabalho, considerando-se para o efeito as seguintes parcelas:

Quadro n.º 11

Encargo Mensal para a ULSNA, EPE com a Contratação Individual de Um Profissional Médico

Remuneração Base Mensal Líquida	Subsídio de Alimentação	Contribuição Mensal para a Segurança Social	Encargo Mensal para a ULSNA, EPE
(1)	(2)	(3)	(4) = (1) + (2) + (3)
2.118,81 €	93,94 €	503,22 €	2.715,97 €

A remuneração base mensal ilíquida baseou-se no valor expresso no aviso n.º 8689/2012 para o “Procedimento simplificado conducente ao recrutamento de pessoal médico para a categoria de assistente de medicina interna da carreira especial médica — Área hospitalar”, publicado em Diário da República, 2ª série, de 26 de Junho de 2012 (constante no Anexo I deste trabalho). Por seu turno, o subsídio de alimentação mensal teve por base o valor legislado para funcionários da Administração Pública - 4,27 €/dia, aplicável a 22 dias úteis; e o valor da contribuição para a segurança social correspondeu a 23,75% da remuneração base mensal ilíquida, de acordo com o disposto na Lei n.º 110/2009, de 16 de Setembro, alterada pela Lei n.º 119/2009, de 30 de Dezembro e pela Lei n.º 55-A/2010, de 31 de Dezembro.

Após cálculo do encargo mensal contabilizou-se o encargo anual para a ULSNA, EPE com a contratação em questão. Este valor totalizou 38.023,54 € ou seja, equivalência ao encargo mensal aplicado a doze meses, acrescido dos subsídios de férias e de Natal.

Posteriormente, tendo por base o número de prestadores de serviços médicos⁹, procedeu-se ao apuramento do encargo anual com a contratação individual desses médicos, que resultou nos seguintes montantes, por ano:

Quadro n.º 13

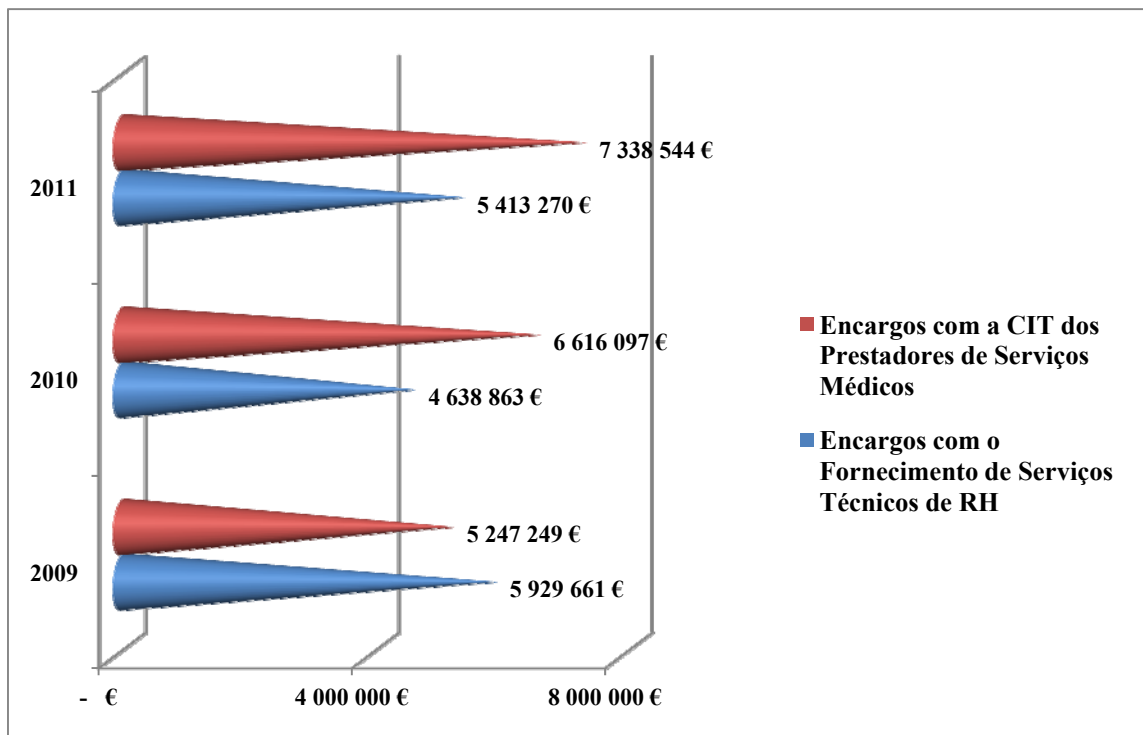
Encargo Anual para a ULSNA, EPE com a CIT dos Prestadores de Serviços Médicos

Ano	N.º de Prestadores de Serviços Médicos	Encargo Total Anual com as CIT ao Abrigo do Código do Trabalho
2009	138	5.247.248,97 €
2010	174	6.616.096,53 €
2011	193	7.338.543,85 €

Por fim, com o propósito de dar resposta às questões em análise, confrontaram-se esses encargos totais por ano com as CIT dos prestadores de serviços médicos com os custos com fornecimentos de serviços técnicos de recursos humanos (*vide* Gráfico n.º 10).

⁹ O número de profissionais em prestação de serviços médicos nos anos de 2009, 2010 e 2011 foi publicitado no sítio da Internet da ULSNA, EPE, nos termos dos já mencionados Despachos n.º 29533/2008 e n.º 10428/2011.

Gráfico n.º 10
Valores dos Encargos por Ano



Os valores apresentados no Gráfico n.º 10 revelaram que a CIT dos prestadores de serviços apenas teria sido uma opção economicamente vantajosa para a ULSNA, EPE, no ano 2009. Caso a instituição de saúde tivesse optado pela CIT de todos os prestadores de serviços médicos, teria poupado cerca de 682.412,03 €. Não obstante, este montante é pouco significativo, quando comparado com os quase 2.000.000,00 € que a ULSNA, EPE teria poupado nos dois anos seguintes, com a contratação de entidades prestadoras de serviços médicos (1.977.233,53 € e 1.925.273,85 € em 2010 e 2011, respectivamente).

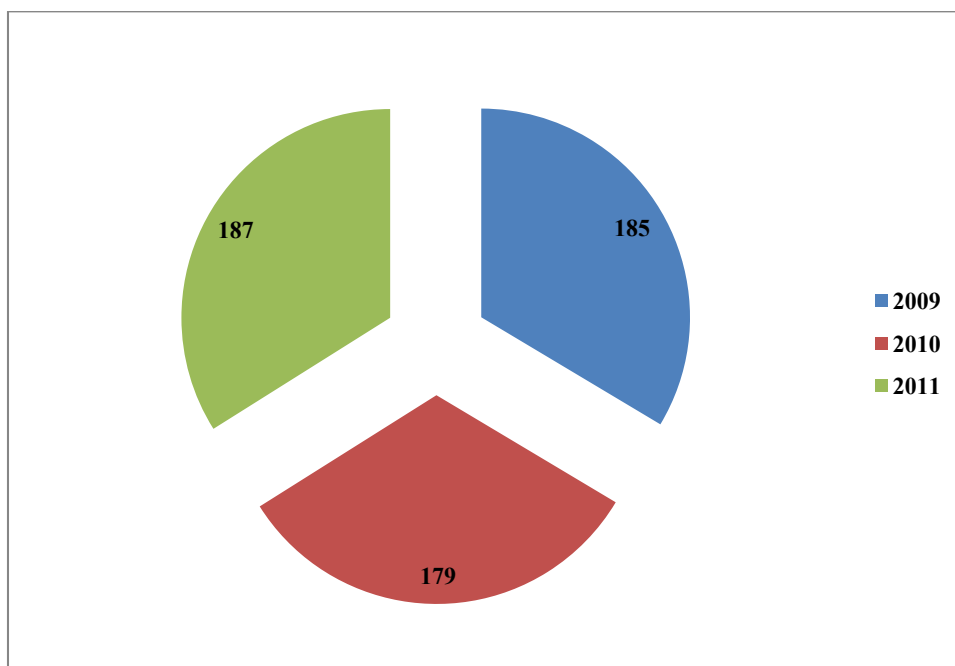
Em conclusão, a escolha pela aquisição de serviços médicos, prestados por entidades colectivas, foi uma escolha acertada por parte da ULSNA, EPE. Foi clara a poupança em termos de custos com esta contratação, não esquecendo que a unidade de saúde para além de não ter assim de suportar todo o encargo referente à contratação dos prestadores de serviços (com a remuneração, subsídios de alimentação, de férias e de Natal, e contribuição para a Segurança Social), não tem de arcar com o eventual pagamento de trabalho de trabalho extraordinário e suplementar dos profissionais em questão.

4.7. Verificou-se uma redução com o pessoal e de custos no grupo profissional dos médicos, na ULSNA, EPE, ao longo dos três anos em análise?

Partindo-se da necessidade de haver um maior controlo nos custos e diminuição dos recursos humanos, pretendeu-se, no final desta investigação, em jeito de síntese, verificar se houve redução efectiva com o pessoal e de custos no grupo profissional dos médicos, ao longo dos três anos em análise.

A resposta a esta pergunta passou por estudar os elementos expressos no ponto 4.1. deste capítulo, no qual se procedeu a uma análise do contingente de pessoal médico da ULSNA, EPE, por modalidade de vínculo laboral. Relembre-se o número de profissionais, por ano:

Gráfico n.º 11
Número de Profissionais Médicos da ULSNA, EPE, Por Ano



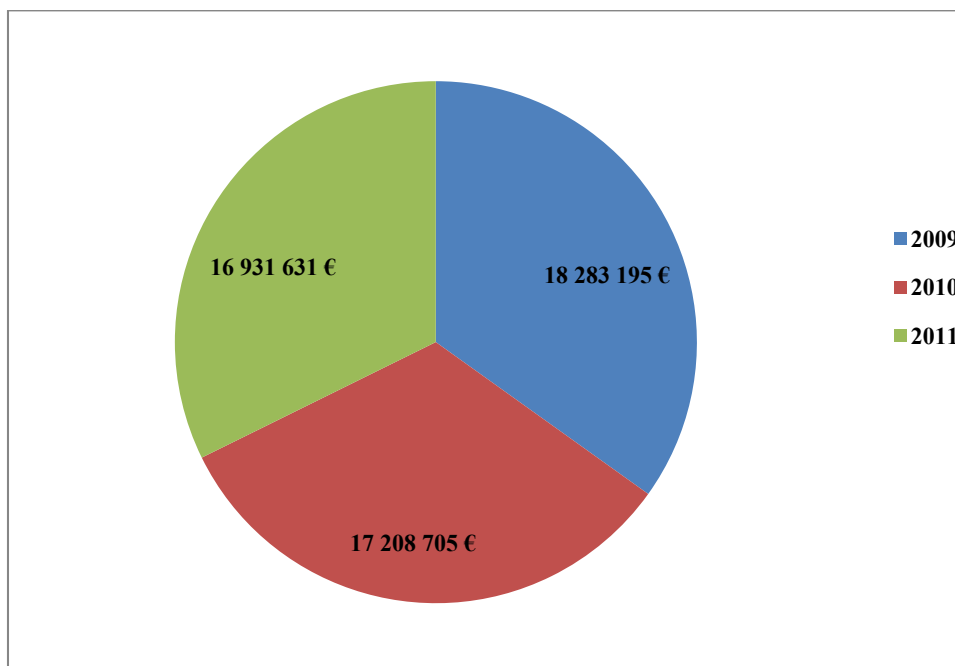
Como se pode verificar o universo de profissionais médicos da ULSNA, EPE, para além de não ter sofrido alterações expressivas em termos de número ao longo dos três anos, aumentou em cerca de 1,08% de 2009 para 2011. Constatou-se que a natureza empresarial da unidade de saúde não acarretou um decréscimo do número de profissionais médicos; porém o seu aumento de 2009 para 2011 também não foi significativo. De realçar que significativa foi a contratação de entidades prestadoras de serviços médicos, tendo aumentado o seu número em cerca de 15,15% de 2009 a 2011 (*cf.* ponto n.º 4.3. deste Capítulo), assim como o número de profissionais médicos que prestaram serviços, que aumentou 43,78% de 2009 a 2011 (*vide* Quadro n.º 13).

Importa registar que apesar da ULSNA, EPE ter privilegiado este tipo de contratação em detrimento da CIT ao abrigo do Código do Trabalho (conforme confirmado no ponto 4.3. deste Capítulo), esta revelou-se em termos económicos uma escolha acertada (de acordo com o ponto 4.6. deste Capítulo), e pode supor-se que tenha suprido ao longo dos três anos as necessidades em termos de pessoal médico da instituição.

No que concerne aos custos com o pessoal médico, que são determinantes na estrutura económico-financeira da ULSNA, EPE, segundo os dados do Gráfico n.º 3, estes decresceram em cerca de 7% de 2009 a 2011. A redução verificou-se quer em termos de remuneração do pessoal médico, quer em termos de trabalho extraordinário e suplementar (*cf.* Gráfico n.º 4). Esta redução de custos também se efectuou no âmbito do fornecimentos de serviços médicos, tendo sido na ordem dos 9% de 2009 a 2011 (*vide* Gráfico n.º 9). De uma forma genérica a ULSNA, EPE reduziu substancialmente os custos com o pessoal médico (entenda-se pessoal médico pertencente à instituição, e pessoal contratado mediante entidades prestadoras de serviços médicos). De 2009 para 2010 esta redução foi de 6% e de 2010 para 2011 foi de 1,61%. O Gráfico n.º 12 comprovou este decréscimo nos anos de 2009, 2010 e 2011.

Gráfico n.º 12

Total Despendido pela ULSNA, EPE com Recursos Humanos Médicos



Em conclusão, entenda-se que a ULSNA, EPE enquanto entidade pública empresarial devia ter abraçado os princípios promovidos pela empresarialização hospitalar, designadamente uma gestão eficaz e eficiente, na qual a redução de pessoal e de despesas são objectivos a atingir. Mencione-se que no período em análise foi visível que a instituição caminhou nesse sentido, e apesar de não ter sequer reduzido o seu quadro efectivo de pessoal médico, reduziu bastante os custos com o mesmo. Acrescente-se ainda que se crê que esta redução de custos não se deva apenas à empresarialização da ULSNA, EPE, mas como já havia sido mencionado, às imposições do Governo sentido de se cortar nas despesas.

Considerações Finais

É chegado o momento de tecer considerações finais sobre este trabalho empírico e reflectir sobre o percurso pelo qual se enveredou para que chegasse a “bom porto”.

Relembre-se que este trabalho de investigação procurou contribuir para a análise dos efeitos da empresarialização hospitalar (resultado da aplicabilidade da Nova Gestão Pública ao sector da saúde) na gestão de recursos humanos de uma unidade de saúde. Pretendeu-se que os resultados finais desta investigação pudessem auxiliar a conhecer o real impacto deste processo de gestão hospitalar – que privilegiou uma lógica de mercado, traduzindo-se na liberalização e flexibilização na contratação e remuneração dos profissionais de saúde – na mudança de paradigma de gestão de recursos humanos dos hospitais.

Reconhecida, no entanto, a necessidade de tornar este intuito em algo concretizável, optou-se por restringir o estudo empírico à análise específica da alteração da relação jurídica de emprego dos profissionais de saúde (designadamente do pessoal médico, pelos motivos aduzidos no item 1 do terceiro capítulo) e sua repercussão na estrutura de custos de uma entidade de saúde – a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE, no período de 2009 a 2011.

Na procura de respostas, nos primeiros dois capítulos deste trabalho, determinou-se um trajecto que inclui a exploração e descrição de modelos, conceitos, teorias, reformas no âmbito da Administração e da saúde que se entendeu serem os mais adequados para se conseguir uma melhor articulação entre as questões de investigação, a reflexão teórica e a análise dos dados.

É no decorrer do primeiro capítulo que se abordam as mudanças estruturais nos modelos de gestão pública, resultantes das alterações nos modelos de Estado. Da leitura desse capítulo é possível concluir que: 1) a cada um dos três tipos de Estado analisados (Estado Liberal, o Estado do bem-estar social e o Estado Managerial) corresponde um modelo de Administração Pública; 2) estes modelos reflectem os valores e preferências que o Estado procura promover; 3) e as alterações na gestão pública são determinadas pelo contexto histórico, político e social em que o Estado desenvolve as suas actividades e exerce a sua missão.

No primeiro capítulo analisa-se, ainda, a dissecação de um dos mais pertinentes modelos de gestão pública – a Nova Gestão Pública. Esta abordagem gestionária que defende a redução do défice público e da dimensão do sector estatal, encaminha os Governos dos países ocidentais, a adoptarem políticas e práticas de mercado e da gestão privada para o sector público.

A questão da modernização da Administração e reorganização do sector público entra na agenda política do dia e os Governos procuram adaptar os Estados a uma nova realidade, torná-los mais flexíveis, menos dispendiosos, eficientes e menos intervenientes nos mecanismos de mercado.

É à luz do novo paradigma gestor que a gestão pública adquire características bastante distintas do modelo burocrático em diversos pontos, dado que: 1) os serviços públicos tendem a adoptar uma orientação para o mercado; 2) a Administração é incitada a tornar-se mais flexível, quer a nível organizacional, do pessoal e financeiro; 3) a Administração Pública é incentivada a reestruturar o modelo de recursos humanos, mediante as alterações nos regimes de vinculação, nas carreiras, no estatuto do emprego público, na segurança do emprego e na redução de efectivos; 4) os gestores são dotados de liberdade para exercerem a autoridade sobre os recursos e pessoas, de modo a alcançar os objectivos; 5) e os serviços públicos tornam-se mais consistentes, privilegiando instrumentos de gestão mais eficientes.

Constatou-se, numa segunda fase do trabalho, que um dos sectores mais visados por este processo de reforma encetado no sector público dos países desenvolvidos foi o da saúde. No segundo capítulo deste trabalho demonstrou-se que atendendo aos princípios da Nova Gestão Pública (alicerçados na hegemonia dos três E's: Economia, Eficiência e Eficácia) o sector da saúde é de facto um dos sectores mais susceptível de ser reestruturado sob a sua égide.

É no término da década de oitenta, que a maioria dos governos europeus questiona a estrutura de administração dos seus sistemas de saúde, bem como a sua própria governabilidade, o que leva à implementação de reformas nesse sector. Portugal não é excepção a esta tendência que se faz sentir na Europa Ocidental, sendo também uma preocupação com a contenção dos gastos com a saúde e com a eficiência do sistema.

Ao longo do segundo capítulo analisam-se as reformas do sector nacional da saúde integrando-as no contexto político em que emergem e procura-se confirmar se o conceito de Nova Gestão Pública é adequado para qualificar as reformas recentes do sistema de saúde em Portugal. Comprovou-se que tem sido sob a alçada da Nova Gestão Pública que as reformas do sector público nacional da saúde têm sido concebidas e implementadas, nas últimas décadas, em particular a reforma do sector hospitalar português. Em Portugal, é sentida uma necessidade imperiosa de se aumentar a eficiência, a eficácia e a qualidade dos serviços públicos – em especial no que concerne ao sector dos serviços hospitalares.

Em 2002, com a alteração dos estatutos dos hospitais, conferindo-lhe o estatuto do tipo empresarial (SA) tem lugar o início da empresarialização hospitalar em Portugal. Em 2005 procede-se à alteração do regime jurídico dos hospitais SA para hospitais EPE – Entidade Pública Empresarial. Daí em diante, o processo expande-se a mais hospitais, Centros Hospitalares (CH) e Unidades Locais de Saúde (ULS), reiterando-se a ideia de que o estatuto EPE é o mais indicado para a gestão de unidades de cuidados de saúde hospitalares, por compatibilizar a autonomia de gestão com a sujeição à tutela governamental.

A aplicação deste modelo empresarial no sector hospitalar conduziu inevitavelmente a uma reestruturação da gestão de recursos humanos nos hospitais. Procurou-se sanar problemas próprios do sector (semelhantes a toda a Administração Pública) como a excessiva estratificação e rigidez das carreiras, o recurso desmesurado a horas de trabalho extraordinário, a pouca flexibilidade de contratação, a falta de incentivos ao melhor desempenho e a precaridade de vínculo nas novas admissões.

Uma das grandes alterações acarretadas pela empresarialização hospitalar foi a extinção da admissão para os quadros da função pública, podendo agora as unidades de saúde recorrerem à contratação individual de trabalho e à contratação externa mediante o *outsourcing*. Esta alteração veio estimular uma significativa desregulação ou, pelo menos, uma liberalização e flexibilização na contratação, sendo a lógica de mercado a influenciar as situações de emprego e a remuneração dos profissionais, quer dos contratados individualmente, quer das empresas contratadas através de *outsourcing*. Inferiu-se, no final do segundo capítulo, que a mudança na relação jurídica de emprego repercutiu-se na estrutura organizacional e gestonária dos hospitais, bem como na redução das despesas com o pessoal do Serviço Nacional de Saúde.

Tendo por base este quadro conceptual e as questões iniciais que nortearam este estudo, pretendeu-se no terceiro e último capítulo determinar quais as alterações produzidas na relação jurídica de emprego do pessoal médico e respectivo impacto em termos de custos, na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE, no período de 2009 a 2011. Mencione-se que para obtenção de respostas a esta questão de partida procedeu-se à análise de temáticas e objectivos específicos.

Da investigação levada a cabo constatou-se que, na entidade em estudo, não se enveredou pela CIT de pessoal médico ao abrigo do Código do Trabalho. Aliás, este tipo de contratação teve tão pouca expressividade, que o número de médicos CIT ao abrigo do Código do Trabalho foi insuficiente para substituir os profissionais médicos em funções públicas que abandonaram a instituição. Sublinhe-se que o peso da contratação em funções públicas, no universo de pessoal

médico da ULSNA, EPE, foi notório (90% dos médicos possuía vínculo em funções públicas), sendo isto sinónimo de que a possibilidade de liberalização e flexibilidade de contratação não se verteram na alteração da relação jurídica de trabalho do pessoal médico pertencente à instituição.

O estudo revelou que a grande aposta da ULSNA, EPE foi a contratação de entidades prestadoras de serviços médicos através de *outsourcing*. A contratação externa e colectiva de entidades para prestarem serviços médicos não seguiu claramente a mesma tendência que a contratação individual ao abrigo do Código do Trabalho, tendo sido bastante superior a esta última (no ano de 2009, a contratação externa foi superior em 267% à contratação individual; em 2010 atingiu os 900%, tendo decrescido em 2011 para os 443%).

No nosso entendimento, estas diferentes modalidades de contratação permitiram o aparecimento de um modelo híbrido de gestão do pessoal médico em que coexistem assalariados do Estado, contratados ao abrigo do Código do Trabalho, e prestadores de serviços. Acreditamos, também, que o recurso significativo à contratação externa foi revelador da influência da Nova Gestão Pública na gestão de recursos humanos da instituição em análise. A ULSNA, EPE, parece ter adoptado uma postura de mudança e inovação neste âmbito, aproximando-se assim do estilo de gestão mais flexível praticado no sector privado, ao investir na contratação de profissionais médicos fora do sector público. Realce-se que procurou confirmar-se, numa fase posterior da investigação, se esta opção de contratação se revelou numa escolha acertada em termos económicos para a ULSNA, EPE, indo assim ao encontro a mais uma das premissas da Nova Gestão Pública – a procura de recursos a um menor custo.

De referir que outra das ideias preconizadas pela abordagem gestionária aplicada ao sector hospitalar é a redução de custos das instituições de saúde. Ora partindo do pressuposto que as despesas com o Pessoal assumem um peso muito significativo nas instituições de saúde, procurou apurar-se se houve uma redução efectiva nas despesas com pessoal médico (designadamente nas despesas de remuneração com pessoal médico e nos suplementos de remuneração).

A dissecação dos custos com pessoal médico permitiu concluir que de facto houve uma redução efectiva neste âmbito, em particular no ano 2011. Não obstante, crê-se que essa diminuição não se deveu nem ao contingente de pessoal médico, nem a qualquer alteração da relação jurídica de emprego desses profissionais (até porque como já referido esta não se verificou no quadro de pessoal médico pertencente à instituição). Defendeu-se a ideia de que a clara redução nos custos

com pessoal médico da ULSNA, EPE foi consequência das imposições legais definidas pelo Governo para todo o sector público, com o propósito de combater o défice orçamental nacional.

Também a contratação de entidades prestadoras de serviços médicos, cujos custos se revelaram bastante significativos na estrutura de custos da ULSNA, EPE, seguiu a mesma tendência de diminuição.

Crê-se que preocupação com a contenção com os gastos com a saúde, efeito da empresarialização hospitalar, foi sentida pela unidade local de saúde, que parece ter adoptado uma óptica de redução significativa de custos, quer com o pessoal médico, quer com os fornecimentos externos de entidades prestadoras de serviços médicos.

Numa fase final do trabalho, pretendeu-se determinar se a opção de procurar no mercado profissionais médicos (mediante a contratação de entidades externas e colectivas) se traduziu numa estratégia economicamente vantajosa para a ULSNA, EPE.

Compararam-se, inicialmente, os gastos totais com o pessoal médico da ULSNA, EPE e os custos com a contratação de entidades prestadoras de serviço médicos, concluindo-se que foram dispendidos mais gastos com o pessoal efectivo do que com fornecimentos externos de serviços médicos. Contudo, para se apurar verdadeiramente se a contratação de serviços médicos em regime de *outsourcing* correspondeu à opção mais vantajosa em termos económicos para a ULSNA, EPE, partiu-se da possibilidade de contratar individualmente (ao abrigo do Código do Trabalho) os prestadores de serviços médicos. Partindo-se desse cenário, estimou-se o encargo anual da unidade de saúde com essa contratação individual (tendo por base a remuneração afecta à contratação de um profissional médico, os diversos encargos que a entidade patronal suporta com essa contratação, aplicáveis ao número existente de prestadores de serviços médicos) e confrontou-se com o encargo anual referente à aquisição de serviços médicos.

Esta análise revelou que a aquisição de serviços médicos, prestados por entidades colectivas, foi uma escolha acertada por parte da ULSNA, EPE, sendo notória a poupança em termos de custos com esta contratação. Para além disso, entenda-se que a unidade de saúde não tem de suportar todo o encargo referente à contratação individual dos prestadores de serviços (com a remuneração, subsídios de alimentação, de férias e de Natal, e contribuição para a Segurança Social), e não tem de arcar com o eventual pagamento de trabalho de trabalho extraordinário e suplementar dos profissionais em questão, que assumem um peso tremendo na estrutura económica-financeira de qualquer unidade hospitalar.

No término do trabalho empírico, dada a necessidade preconizada pela gestão hospitalar de existir um maior controlo nos custos e uma diminuição dos recursos humanos, verificou-se se na ULSNA, EPE houve uma redução efectiva no número de profissionais médicos e nos custos acarretados por este grupo profissional.

Constatou-se que a natureza empresarial da unidade de saúde não conduziu a um decréscimo do número de profissionais médicos; todavia o seu aumento foi muito pouco significativo. De realçar que expressiva foi a contratação de entidades prestadoras de serviços médicos, assim como o número de profissionais médicos que prestaram serviços. Não obstante, como já mencionado, o investimento nesta modalidade de contratação materializou-se numa escolha acertada em termos económicos para a ULSNA, EPE.

No que respeita aos custos com o pessoal médico, estes decresceram, quer em termos de remuneração dos profissionais, quer em termos de trabalho extraordinário e suplementar. Esta redução estendeu-se também ao âmbito do fornecimento de serviços médicos, concluindo-se assim que a ULSNA, EPE reduziu substancialmente os custos com o pessoal médico (entenda-se pessoal médico pertencente à instituição, e pessoal contratado mediante entidades prestadoras de serviços médicos).

Estas considerações conduzem ao entendimento final de que a ULSNA, EPE, enquanto pessoa colectiva de direito público de natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, abraçou os princípios promovidos pela empresarialização hospitalar. Parece ter desenvolvido uma gestão eficaz e eficiente, procurando no mercado soluções menos dispendiosas para suprir as necessidades em termos de pessoal médico e, apesar de não ter reduzido o seu quadro efectivo de profissionais médicos, alcançou uma significativa redução nos custos com o mesmo. No entanto, não pode deixar de ressaltar-se, que esta redução clara de custos com pessoal médico não foi apenas efeito da empresarialização da unidade local de saúde, mas também de exigências governamentais para se cortar nas despesas.

Entrando agora na recta final deste trabalho entendemos que o mesmo tem algumas limitações. Temos consciência que este estudo encerra alguns constrangimentos como a circunscrição da análise a uma única unidade de saúde, bem como a único grupo de profissionais de saúde. Aponta-se, ainda, como limitação a recolha de dados se ter restringido a documentos; julga-se que seria interessante complementar a informação existente com dados da Direcção Clínica, dos Responsáveis do Serviço de Gestão de Recursos Humanos e do Serviço de Aprovisionamento e Logística, para apurar se a contratação externa e colectiva de entidades foi de facto privilegiada

pela ULSNA, EPE por razões meramente económicas, ou por não ter acesso a este tipo de profissionais altamente especializados a não ser por recursos a prestadores de serviços médicos.

É pertinente dizer que, mais do que concluir, este trabalho propõe fomentar um debate sobre as implicações da reforma do sector hospitalar na gestão de recursos humanos. Tem-se presente que se assiste a um momento de reforma e de mutações no sector da saúde e, para já, é impossível prever todas as consequências futuras na prestação pública de serviços de saúde. Como tal, deste trabalho podem resultar outras investigações futuras neste âmbito que possam suprir as limitações do estudo; trabalhos mais audaciosos que estendam a análise a diversas unidades de saúde e a outros grupos de profissionais de saúde; trabalhos que comparem instituições de saúde e verifiquem como o processo de gestão hospitalar se fez sentir em cada uma delas em termos de gestão de recursos humanos e de custos e concluir se assistimos a uma verdadeira alteração do paradigma de gestão de recursos humanos no sector hospitalar. Seria também interessante analisar como evoluiu o modelo de recursos humanos de uma unidade de saúde do norte ou litoral do país, e perceber se evoluiu de forma semelhante ao de uma entidade do interior, determinar as eventuais diferenças e o motivo da sua natureza.

Bibliografia

Araújo, J. (2002). *Gestão Pública em Portugal: mudança e persistência institucional*. Coimbra: Quarteto Editora.

Araújo, Joaquim (2005). *A Reforma Administrativa em Portugal: em busca de um novo paradigma*. [consultado em 20 de Abril de 2012]. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/3274>.

Araújo, Joaquim (2007). *Avaliação da Gestão Pública: a Administração Pós Burocrática*. Universidade do Minho. [consultado em 30 de Junho de 2012]. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/8309/3/ArtigoUNED.pdf>.

Araújo, Joaquim (s.d.) *A Reforma do Serviço Nacional de Saúde: o novo contexto de gestão pública*. Universidade do Minho. [consultado em 30 de Junho de 2012]. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/3225>.

Baganha et al (s.d.). *O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional*. [consultado em 30 de Junho de 2012]. <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/182/182.pdf>.

Bardin, L. (2002). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Barros, Pedro Pita e Gomes, Jean-Pierre (2002). *Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português*. Lisboa: GANEC/Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa.

Beck, U. (2000). *The Brave New World*. Cambridge: Polity Press.

Bell, J. (2002). *Como realizar um projecto de investigação*. Lisboa: Gradiva.

Bilhim, João (2000). *Ciência da Administração*. Lisboa: Universidade Aberta.

Bilhim, João (2006). *Gestão Estratégica de Recursos Humanos*. Lisboa: ISCPS.

Boyne, G. (2002). *Public and private management: What's the difference?* Journal of Management Studies, 39(1), pp. 97-122.

Boyne, G., Jenkins, G., & Poole, M. (1999). *Human resource management in the public and private sectors: An empirical comparison*. Public Administration, 77(2), pp.407-420.

Caetano, António e Vala, Jorge (2000). *Gestão de Recursos Humanos. Contextos, Processos e Técnicas*. Lisboa: Editora RH.

Campos, António (1984). *Os hospitais no sistema de saúde português*. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos.

Campos, António (1999). *Hospitais: Panorama escuro com luzes ao longe, Problemas e propostas para o sistema de saúde*. Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda.

Campos, António (2002). *Administração Pública, em Reformar Portugal*. Lisboa: Oficina do Livro.

Campos, António (2002). *Confissões políticas da saúde. Auto de breve governação*. Lisboa: Oficina do Livro.

Campos, António (2003). *Políticas de saúde: Hospital - empresa: crónica de um nascimento retardado*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Políticas de Saúde. Vol. 21, N.º 1 - Janeiro/Junho 2003, pp. 23-33.

Campos, António e Simões, Jorge (2011). *O Percurso da Saúde: Portugal na Europa*. Coimbra: Edições Almedina, SA.

Cardoso, L. (1997). *Gestão Estratégica das Organizações. Ao Encontro do 3º Milénio*. Editorial Verbo.

Carvalho, T. (2001). *Políticas e práticas de gestão de recursos humanos em Portugal – A influência da variável género*. Comportamento Organizacional e Gestão, 7(2), pp.279-296.

Carvalho, Maria Teresa Geraldo (2006). *A Nova Gestão Pública, as reformas no sector da saúde e os profissionais de enfermagem com funções de gestão em Portugal*. Aveiro. Universidade de Aveiro.

Carvalho, Teresa (2008). *(Re)formas da burocracia: A Nova Gestão Pública e a organização hospitalar*. VI Congresso Português de Sociologia - Mundos Sociais: Saberes e Práticas. Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas.

Conselho de Reflexão sobre a Saúde (1998). *Recomendação para uma reforma estrutural*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Correia, Tiago (2009). A reconceptualização dos modos de produção da saúde no contexto da reforma hospitalar portuguesa. *Revista Critica de Ciência Sociais*, 85, Junho, pp. 83 – 103.

Correia, Tiago (s.d.) *Finding the meanings and the origin of the corporatization process in Portuguese public hospitals*. [consultado em 30 de Junho de 2012]. <http://www.correiat.blogspot.com>.

Dekker, E. (1994). *Health care reforms and public health*. *European Journal of Public Health*, 4, pp. 281-286.

Denhardt, R. (2000). *Theories of public administration*. Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers.

DGS (2007). *Centros de Saúde e Hospitais. Recursos e produção do SNS 2006*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Farnham, D., & Horton, S. (1996). *Managing people in the public services*. London: MacMillan.

Gago, Ana Cecília do Bem (2008) *O Financiamento Hospitalares e os Grupos de Diagnóstico Homogéneos*. Aveiro: Universidade de Aveiro.

Gil, A. C. (1989). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 5ª ed. São Paulo: Atlas.

Giraldes, M. Rosário (1995). *Caracterização dos principais recursos humanos de saúde em Portugal - sua evolução de curto prazo e desigualdades na respectiva distribuição*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 13, N.º 3, pp. 5 – 19.

Gonçalves, Luís F. Melo (2008). *Análise da Eficiência dos Hospitais SA e SPA Segundo Uma Abordagem de Fronteira de Eficiência*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.

Hood, C. (1991). *A public management for all seasons?*. *Public Administration Review*, 69 (Spring), pp. 3-19.

Lane, Jan-Erik (2000). *New Public Management*. London: Routledge.

Martínez, Javier & Martineau, Tim (2000). *Human resources in the health sector: an international perspective*. London: DFID Health Systems Resource Centre.

Miguel, J. Pereira; COSTA, Carlos (1997). *A Reforma da Saúde em Portugal: À procura de eficiência*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 15, Nº 2, pp. 5 – 17.

Ministério da Saúde (1998). *O Hospital Português*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (1999). *Saúde um Compromisso. A Estratégia da Saúde para o virar do Século (1998-2002)*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Nolasco, Maria Inês (2004). *A evolução da qualidade na Administração Pública Portuguesa..* *Cadernos BAD*, vol. 2004, n. 2, pp. 33-47.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2001). *Conhecer os caminhos da Saúde - Relatório de Primavera*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2005) *Novo Serviço Público da Saúde. Novos desafios*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Raposo, Vítor Manuel dos Reis (2011). *Avaliação geral do modelo de governação dos hospitais públicos - evidência relativa a uma amostra de hospitais portugueses*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

Rego, Guilhermina (2008). *Gestão Empresarial dos Serviços Públicos – Uma Aplicação ao Sector da Saúde*. Porto: Vida Económica.

Reis, Vasco Pinto dos e Falcão, Eva (2003). *Hospital público português: da crise à renovação?*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Gestão de serviços de saúde. Vol. 21, N.º 2, pp. 5-14.

Ribeiro, José Mendes (2004). *Reforma do sector público hospitalar: programa de empresarialização de 34 hospitais portugueses*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Hospitais SA, Vol. 4, pp. 65 – 77.

Rocha, J. A. Oliveira (1997). *Gestão de Recursos Humanos*. Lisboa: Escolar Editora.

Rocha, J. A. Oliveira (2001). *As Relações entre o Poder Político e os Funcionários*. Comunicação nos Colóquios sobre o Estatuto dos Funcionários Municipais. CEDREL. Lisboa, 21 de Junho de 2001.

Rocha, J. A. Oliveira (2001). *Gestão Pública e Modernização Administrativa*. Oeiras: INA.

Rocha, J. A. Oliveira (2007). *Gestão de Recursos Humanos*. Lisboa: Escolar Editora.

Rocha, J. A. Oliveira (2011). *Gestão Pública. Teorias, Modelos e Prática*. Lisboa: Escolar Editora.

Rocha, J. A. Oliveira e Araújo, J. Filipe (2007). *Administrative Reform in Portugal: problems and prospects*. Int. Review of Administrative Sciences. Vol. 73:4: pp. 583 – 596.

Rosa, M. (2002). *Sistema de Saúde Português*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Silvestre, Hugo Consciência (2010). *Gestão Pública. Modelos de Prestação no Serviço Público*. Lisboa: Escolar Editora.

Silvestre, Hugo Consciência e Araújo, Joaquim Filipe Ferraz Esteves (s.d.). *A Gestão Por Resultados no Sector Público: O Caso dos Hospitais EPE*. [consultado em 30 de Junho de 2012] <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/515>.

Simões, Jorge (2004). *Retrato Político da Saúde, Dependência de percurso e inovação em Saúde: da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Almedina.

Sousa, Paulino Artur Ferreira de (2009). *O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios*. Acta Paul Enferm 2009;22 (Especial - 70 Anos): pp. 884-94.

Stoleroff, Alan; Correia, Tiago (2008). *A empresarialização do sector hospitalar público português: a desregulação do mercado de trabalho médico e os desafios sindicais para a sua re-regulação*, CIES e-Working Paper, n.º 47/2008. Lisboa: CIES/ISCTE.

ULSNA, EPE (2010). *Balanço Social 2009*. Portalegre: Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE.

ULSNA, EPE (2011). *Balanço Social 2010*. Portalegre: Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE.

ULSNA, EPE (2012). *Balanço Social 2011*. Portalegre: Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE.

ULSNA, EPE (2010). *Relatório e Contas 2009*. Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE. [consultado em 19 de Novembro de 2012]. <http://www.ulsna.min-saude.pt/Ulsna/Documentos/Paginas/RelatorioContas.aspx>.

ULSNA, EPE (2011). *Relatório e Contas 2010*. Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE. [consultado em 19 de Novembro de 2012]. <http://www.ulsna.min-saude.pt/Ulsna/Documentos/Paginas/RelatorioContas.aspx>.

ULSNA, EPE (2012). *Relatório e Contas 2011*. Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE. [consultado em 19 de Novembro de 2012]. <http://www.ulsna.min-saude.pt/Ulsna/Documentos/Paginas/RelatorioContas.aspx>.

Varanda, Jorge (2004). *Empresarialização - Hospitais: a longa marcha da empresarialização*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Volume temático: 4, 2004, pp. 57—63.

Viegas, Manuel Eduardo Martins (2010). *Mudança de Paradigma na Gestão dos Recursos Humanos em Contexto Hospitalar*. Aveiro. Universidade de Aveiro.

World Health Organization (2000). *The World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance*. Geneva. World Health Organization.

Legislação Consultada

Lei n.º 56/79 - *Diário da República*, 1.ª Série - N.º 214 - 15 de Setembro de 1979. Portugal.

Lei n.º 48/90 - *Diário da República, 1.ª Série* - N.º 195 - 24 de Agosto de 1990. Portugal.

Lei n.º 27/2002 - *Diário da República, 1.ª Série* - N.º 258 – 8 de Novembro de 2002. Portugal.

Lei n.º 23/2004 - *Diário da República, 1.ª série* - N.º 145 – 22 de Junho de 2004. Portugal.

Lei n.º 12-A/2008 - *Diário da República, 1.ª série* - N.º 41 – 27 de Fevereiro de 2008. Portugal.

Lei n.º 55-A/2010 - *Diário da República, 1.ª série* - N.º 253 – 31 de Dezembro de 2010. Portugal.

Decreto-Lei n.º 19/88 - *Diário da República, 1.ª Série* - N.º 17 – 21 de Janeiro de 1988. Portugal.

Decreto-Lei n.º 11/93 - *Diário da República, 1.ª Série* - N.º 12 – 15 de Janeiro de 1993. Portugal.

Decreto-Lei n.º 558/99 - *Diário da República, 1.ª Série* – N.º 292 – 17 de Dezembro de 1999. Portugal.

Decreto-Lei n.º 185/2002 - *Diário da República, 1.ª Série* - N.º 191 – 20 de Agosto de 2002. Portugal.

Decreto-Lei n.º 272/2002 - *Diário da República, 1.ª Série* - N.º 284 – 9 de Dezembro de 2002. Portugal.

Decreto-Lei n.º 309/2003 - *Diário da República, 1.ª Série* - N.º 284 – 10 de Dezembro de 2003. Portugal.

Decreto Regulamentar n.º 19-A/2004 - *Diário da República, 1.ª Série* - N.º 113 – 14 de Maio de 2004. Portugal.

Decreto-Lei n.º 101/2006 - *Diário da República, 1.ª Série* - N.º 109 – 6 de Junho de 2006. Portugal.

Decreto-Lei n.º 50 – B - *Diário da República, 1.ª Série* - N.º 42 – 2º Suplemento - 28 de Fevereiro de 2007. Portugal.

Decreto-Lei n.º 298/2007 - *Diário da República, 1.ª Série* - N.º 161 – 22 de Agosto de 2007. Portugal.

Decreto-Lei n.º 28/2008 - *Diário da República, 1.ª Série* - N.º 38 – 22 de Fevereiro de 2008. Portugal.

Despacho n.º 29533/2008 – *Diário da República, 1.ª Série* - N.º 223 – 17 de Novembro de 2008.

Despacho n.º 10428/2011 – *Diário da República, 1.ª Série* – N.º 158 – 1 de Agosto de 2011.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/2001 - *Diário da República, 1.ª Série, Parte B* - N.º 266 – 16 de Novembro de 2001. Portugal.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 42/2002 - *Diário da República, 1.ª Série, Parte B* - N.º 60 – 12 de Março de 2002. Portugal.

Anexos

Anexo I

Aviso n.º 8683/2012, publicado em Diário da República, 2ª série, N.º - 122, 26 de Junho de 2012 Procedimento simplificado conducente ao recrutamento de pessoal médico para a categoria de assistente de oftalmologia da carreira especial médica — Área hospitalar

1 — Nos termos do estabelecido no Despacho n.º 7702 -D/2012, do Sr. Secretário de Estado da Saúde de 01 -06 -2012, publicado no *Diário da República*, n.º 108, de 04 -06 -2012, encontra -se aberto procedimento concursal comum para constituição de relação jurídica de emprego privado sem termo, cujo contrato será celebrado nos termos da legislação laboral privada aplicável, destinado ao preenchimento de 3 (três) postos de trabalho de assistente de oftalmologia da carreira especial médica para os Hospitais da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E. P. E.

2 — Tipo de concurso — o concurso é aberto a todos os médicos internos que concluíram o internato médico na 2.ª época de 2010, nas duas épocas de 2011 e na 1.ª época de 2012 e obtiveram o grau de especialista na correspondente área profissional de especialização.

3 — Prazo de validade — o procedimento concursal é válido para a ocupação do(s) posto(s) de trabalho enunciado(s), terminando com o seu preenchimento.

4 — Política de igualdade — em cumprimento da alínea *h*) do artigo 9.º da Constituição, a Administração Pública, enquanto entidade empregadora, promove ativamente uma política de igualdade de oportunidades entre homens e mulheres no acesso ao emprego e na progressão profissional, providenciando escrupulosamente no sentido de evitar toda e qualquer forma de discriminação.

5 — Prazo de apresentação de candidaturas — 10 dias úteis, contados a partir da data da publicação do presente aviso no *Diário da República*.

6 — Legislação aplicável — o procedimento concursal rege -se pelo disposto no s.n.os 5 a 7 do artigo 12.º -A do Decreto -Lei n.º 203/2004, de 18 de agosto, aplicáveis por remissão do n.º 2 do artigo 3.º do Decreto--Lei n.º 45/2009, de 13 de fevereiro e Decreto -Lei n.º 176/2009, de 04 de agosto.

7 — Caracterização do(s) posto(s) de trabalho — ao(s) posto(s) de trabalho apresentado(s) a concurso corresponde o conteúdo funcional estabelecido no artigo 11.º do Decreto -Lei n.º 176/2009, de 4 de agosto.

8 — Local de trabalho — Hospital Dr. José Maria Grande -Portalegre, da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E. P. E., sem prejuízo do regime de mobilidade geral aplicável às relações jurídicas de emprego ao abrigo do Código do Trabalho.

9 — Remuneração base mensal ilíquida — nos termos do artigo 34.º da Lei n.º 64 -B/2011 de 30 de dezembro, a remuneração base mensal ilíquida a atribuir corresponde à remuneração de ingresso na categoria para os trabalhadores com relação jurídica de emprego público, no regime de tempo completo, cabendo apenas a proporção para o regime de 40 horas semanais, a que corresponde o valor de 2.118,81 € (dois mil cento e dezoito euros e oitenta e um cêntimos).

10 — O período normal de trabalho é de 40 (quarenta) horas semanais.

11 — Requisitos de admissão — podem ser admitidos a concurso os médicos internos que tenham concluído o internato médico na 2.ª época de 2010, nas duas épocas de 2011 e na 1.ª época de 2012, possuam o grau de especialista em oftalmologia e estejam inscritos na Ordem dos Médicos e ter a situação perante a mesma devidamente regularizada.

12 — Formalização das candidaturas — A candidatura deverá ser efetuada através de requerimento, dirigido à Sr.ª Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E. P. E., em suporte de papel, e ser entregue pessoalmente no Serviço de Expediente, sito no Hospital Dr. José Maria Grande, Avenida de Santo António — 7300 -853 Portalegre, durante o horário normal de expediente do serviço (9.30 às 12.00 e das 14.00 às 17.00), ou enviada através de correio registado, com aviso de receção, para Avenida de Santo António - 7300 -853 Portalegre, até à data limite fixada na publicitação, contendo obrigatoriamente os seguintes elementos:

a) Identificação do procedimento concursal, com indicação da carreira, categoria e atividade caracterizadoras do posto de trabalho a ocupar;

b) Identificação da entidade que realiza o procedimento, quando não conste expressamente do documento que suporta a candidatura;

c) Identificação do candidato pelo nome, data de nascimento, sexo, nacionalidade, número de identificação fiscal e endereço postal e eletrónico, caso exista;

d) Situação perante cada um dos requisitos de admissão exigidos, designadamente os relativos ao nível habilitacional e à área de formação académica ou profissional;

e) Menção de que o candidato declara serem verdadeiros os factos constantes da candidatura

13 — Documentos — O requerimento deverá ser acompanhado, sob pena de exclusão, da seguinte documentação:

a) Documento comprovativo do grau de especialista na área de exercício profissional a que respeita o concurso, com indicação do resultado da prova de avaliação final do internato médico, com resultado de 0 a 20 valores;

b) Documento comprovativo de inscrição na Ordem dos Médicos;

c) Cinco exemplares do *curriculum vitae* que, embora obrigatoriamente elaborado em modelo europeu, proceda a uma descrição das atividades desenvolvidas, devidamente datado e assinado.

Os documentos referidos nas alíneas a) e b) podem ser substituídos, respetivamente, por declaração comprovativa da sua existência, emitida por entidade competente ou por declaração no requerimento, sob compromisso de honra, da situação precisa em que se encontra perante a inscrição na Ordem dos Médicos.

14 — Métodos de seleção — nos termos do artigo 12.º -A do Decreto-Lei n.º 203/2004, de 18 -08, são ponderados o resultado da prova de avaliação final do internato médico e a classificação obtida em entrevista de seleção a realizar para o efeito.

15 — Assiste ao Júri a faculdade de exigir a qualquer candidato, em caso de dúvida, a apresentação de documentação comprovativa das suas declarações.

16 — As atas do júri onde constam os parâmetros de avaliação e respetiva ponderação de cada um dos critérios de seleção a utilizar, a grelha classificativa e o sistema de valoração final, serão facultadas aos candidatos sempre que solicitadas.

17 — Apenas podem ser contratados os candidatos que obtenham classificação final igual ou superior a 10, numa escala de 0 a 20 valores.

18 — A lista de candidatos admitidos e excluídos e a lista unitária de ordenação final dos candidatos serão afixadas no placard do Serviço

de Gestão de Recursos Humanos e Secretariado do Conselho de Administração e notificadas aos candidatos por mensagem de correio eletrónico, acompanhada de cópia das listas, e serão publicadas no *Diário da República*, 2.ª série.

19 — Constituição do júri:

a) Presidente — Dr. Sérgio Adriano Vilelas Barroso, Assistente Graduado Hospitalar de Oncologia Médica, do Hospital de Espírito Santo de Évora, EPE.

b) Vogais:

Dr.ª Teresa Maria Loureiro Timóteo, Assistente Hospitalar de Oncologia Médica, do Hospital de Espírito Santo de Évora, EPE;

Dr. Rui Pedro Duarte Dinis, Assistente Hospitalar de Oncologia Médica, do Hospital de Espírito Santo de Évora, EPE;

Dr.ª Sandra Cristina da Conceição Bento, Assistente Hospitalar de Oncologia Médica, do Hospital Distrital de Santarém, EPE;

Dr. João de Oliveira Baptista Geraldes Bento, Assistente Hospitalar de Oncologia Médica, do Instituto Português de Oncologia de Lisboa.

Sendo o primeiro vogal referido o substituto do presidente nas suas ausências e impedimentos.

Qualquer informação adicional poderá ser obtida junto do Serviço de Gestão de Recursos Humanos, através de contacto por correio eletrónico para o endereço recursosshumanos@ulsna.min-saude.pt.

19 de junho de 2012. — A Presidente do Conselho de Administração,

Dr.ª Dorinda Maria Carvalho Gomes Calha.

206193328