



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

**AS REFORMAS DO SETOR PÚBLICO NA
SAÚDE EM PORTUGAL: DUAS
DÉCADAS DE MUDANÇAS (1995-2011)**

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

JORGE MIGUEL ALMEIDA MOURATO

ABRIL DE 2013



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

**AS REFORMAS DO SETOR PÚBLICO NA
SAÚDE EM PORTUGAL: DUAS
DÉCADAS DE MUDANÇAS (1995-2011)**

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

ORIENTADOR: PROFESSOR DOUTOR JORGE MANUEL MONTEIRO MENDES

JORGE MIGUEL ALMEIDA MOURATO

ABRIL DE 2013

Agradecimentos

Venho demonstrar através das minhas palavras o reconhecimento a todos, que de alguma forma cooperaram e me auxiliaram na elaboração do trabalho tornando-se, como tal, possível a sua concretização. Expresso, assim, o meu muito obrigado às seguintes pessoas:

- Ao meu respetivo orientador, Sr. Professor Doutor Jorge Mendes, por me ter admitido como orientando. Quero congratular-me pelo contacto tido com ele, pela sua experiência, sabedoria e inteligência, disciplina e ensinamentos, pela sua perspicácia e discernimento que lhe é característico, assim como, as soluções sugeridas, entrega profissional, simpatia, brilhantismo e organização, que igualmente, o acompanham na sua docência e personalidade. O meu muito obrigado por me ter orientado ao longo do trilha.

- À minha irmã, Ângela Marina Almeida Mourato, enquanto, companheira de curso, de trabalhos, na partilha do quarto e companheira de viagens à cidade da Guarda. Demonstrou ser uma pessoa fundamental, através dos seus sucessivos incentivos, aconselhamentos e que foi muito mais além do companheirismo e afinidade que nos liga, foi inclusive, um enriquecimento na nossa relação de irmãos. Muito obrigada pela amizade, partilha, crescimento e tolerância.

- Aos meus pais, que me acompanharam nesta fase, assim como, em todas as outras fases anteriores. Um enorme agradecimento pela perseverança e determinação de ambos.

- À Dra. Carla Moura Serra, funcionária da biblioteca da Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Portalegre, pela amabilidade, disponibilidade e ajuda por ter fornecido alguma da bibliografia usada no trabalho.

Resumo

Num momento em que se discute o Serviço Nacional de Saúde importa perceber se existe viabilidade em ter-se saúde gratuita, tal como, o Estado Social preconizou ao longo dos anos. Nesta lógica importa refletir se estamos perante o fim do Serviço Nacional de Saúde que emergiu do Estado Social?

Pretende-se analisar as reformas do setor público na área da saúde sob a influência do Modelo Gestor no período histórico 1995-2011.

A metodologia usada consistiu na revisão da literatura (geral e específica), legislação, normas e outros documentos produzidos pelos XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII governos. A análise de dados e análise de conteúdo do material documental selecionado de seis diferentes governos constitucionais foi feita através de quatro temáticas.

A análise e apresentação dos dados foram feitas segundo o Governo Analisado e quatro temáticas: Temática 1: Apresentação das Principais Medidas das Reformas de Saúde, Temática 2: Reformas de Saúde e Componentes Doutrinários e Nova Gestão Pública, Temática 3: Reformas da Saúde e Conceitos Chave da Nova Gestão Pública e a Temática 4: Reformas da Saúde e Managerialismo.

O XIII Governo Constitucional (PS) do Sr. Primeiro-ministro António Guterres foi entre os governos analisados, o governo mais reformador do Sistema Nacional de Saúde, tendo em conta o número de medidas - nove medidas.

O XV Governo Constitucional do Primeiro-ministro o Dr. José Manuel Durão Barroso, produziu oito medidas reformadoras e tratou-se de um governo de coligação PSD-PP.

Conclui-se que ambos os Governos Constitucionais (XIII e XV) foram idênticamente reformadores e profusamente managerialistas não se evidenciando, uma verdadeira diferença. Embora existam diferentes marcas ideológicas sustentadas pelos diferentes partidos é possível identificar posições convergentes ao nível das medidas reformadoras dos Sistemas de Saúde Português no respeitante às ideias da Nova Gestão Pública e sua aplicação.

O XVI e o XVIII Governos Constitucionais foram os governos que se revelaram menos ativos. De entre os Governos Constitucionais mais ativos estudados, destaca-se o XIII, XIV, XV e XVII, enquanto, governos de referência ou mais importantes.

Palavras-chave: Sistema Nacional de Saúde, Nova Gestão Pública, Managerialismo, Políticas Públicas da Saúde.

Abstract

At a time when discussing the National Health Service is important to understand whether there is viability in having free health care, such as the welfare state advocated over the years. Reflect this logic matter if we are facing the end of the National Health Service that emerged from the welfare state?

It is intended to analyze public sector reforms in health under the influence of managerial model in the historical period 1995-2011.

The methodology consisted of a review of the literature (general and specific), legislation, standards and other documents produced by the XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII governments. Data analysis and content analysis of documentary material selected from six different constitutional governments was made through four themes.

The analysis and presentation of data were conducted according to Government Studied and four themes: Theme 1: Presentation of Key Measures of Health Reform, Theme 2: Health Reform and Components and Doctrinal New Public Management, Theme 3: Health Reform and Key Concepts of New Public Management and Theme 4: Health reform and managerialism.

The XIII Constitutional Government (PS) Mr. Prime Minister António Guterres was analyzed between governments, government reformer over the National Health System, taking into account the number of steps - nine measures.

The XV Constitutional Government of Prime Minister Dr. José Manuel Barroso has produced eight reform measures and was treated for a coalition government PSD-PP.

We conclude that both Constitutional Governments (XIII and XV) were identically reformers and profusely managerialistas not showing a real difference. Although there are different ideological trademarks held by different parties is possible to identify positions converged at the reform measures of the Portuguese Health Systems in relation to the ideas of New Public Management and its application.

The XVI and XVIII Constitutional Governments are governments that proved to be less active. Constitutional Governments Among the most active study, we highlight the XIII, XIV, XV and XVII, while governments or major reference.

Key-Words: Health National Service, New Public Administration, Managerialism, Public Health Politics.

Índice Geral

Introdução	1
CAPÍTULO I: Novas Formas de Intervenção do Estado no Setor Público:	
O Sistema Nacional de Saúde	5
1. O enquadramento tradicional do Estado	5
1.1. Eficiência	5
1.2. Igualdade	6
1.3. Escola de Cambridge	6
1.4. Escola de Chicago	7
1.5. Estado minimalista	8
1.6. Parceria desigual	9
1.7. Estado providência ou o Estado de bem-estar	9
1.8. Estado plural	13
2. Novos modelos de gestão pública	14
2.1. Nova Gestão Pública	15
2.2. Managerialismo	18
2.3. Modelo de governação	20
3. Os sistemas nacionais de saúde	23
3.1. Contextos e desafios	23
3.2. O sistema nacional de saúde: o caso português	28
Capítulo II: Abordagem Geral Sobre as Reformas dos Sistemas de Saúde em	
Portugal	31
1. Políticas públicas da saúde em Portugal	31
1.1. XIII Governo Constitucional (1995-1999)	31
1.2. XIV Governo Constitucional (1999-2002)	36
1.3. XV Governo Constitucional (2002-2004)	37
1.4. XVI Governo Constitucional (2004-2005)	40
1.5. XVII Governo Constitucional (2005-2009)	41
1.6. XVIII Governo Constitucional (2009-2011)	44

Capítulo III: Estudo Empírico	45
1. Introdução	45
2. Definição do problema	45
3. Metodologia	46
4. Análise	48
5. XIII Governo Constitucional (1995-1999)	49
5.1. Temática 1 (medidas reformadoras na área da saúde)	49
5.2. Temática 2 (reformas da saúde e componentes doutriniais da Nova Gestão Pública)	52
5.3. Temática 3 (reformas da saúde e conceitos chave da Nova Gestão Pública)	54
5.4. Temática 4 (reformas da saúde e managerialismo)	57
6. XIV Governo Constitucional (1999-2002)	60
6.1. Temática 1 (medidas reformadoras na área da saúde)	60
6.2. Temática 2 (reformas da saúde e componentes doutriniais da Nova Gestão Pública)	61
6.3. Temática 3 (reformas da saúde e conceitos chave da Nova Gestão Pública)	63
6.4. Temática 4 (reformas da saúde e managerialismo)	66
7. XV Governo Constitucional (2002-2004)	69
7.1. Temática 1 (medidas reformadoras na área da saúde)	69
7.2. Temática 2 (reformas da saúde e componentes doutriniais da Nova Gestão Pública)	72
7.3. Temática 3 (reformas da saúde e conceitos chave da Nova Gestão Pública)	74
7.4. Temática 4 (reformas da saúde e managerialismo)	77
8. XVII Governo Constitucional (2005-2009)	80
8.1. Temática 1 (medidas reformadoras na área da saúde)	80
8.2. Temática 2 (reformas da saúde e componentes doutriniais da Nova Gestão Pública)	82
8.3. Temática 3 (reformas da saúde e conceitos chave da Nova Gestão Pública)	84
8.4. Temática 4 (reformas da saúde e managerialismo)	87
Considerações Finais	93
Bibliografia	97

Índice de Quadros

Quadro 1 - Governo Analisado versus Temática 1, 2, 3, 4	48
Governo Constitucional XIII	
Quadro 2: Reformas de Saúde e Componentes Doutrinais e Nova Gestão Pública	54
Quadro 3: Reformas da Saúde e Conceitos Chave da Nova Gestão Pública	56
Quadro 4: Reformas da saúde e Managerialismo	59
Governo Constitucional XIV	
Quadro 5: Reformas de Saúde e Componentes Doutrinais e Nova Gestão Pública	63
Quadro 6: Reformas da Saúde e Conceitos Chave da Nova Gestão Pública	65
Quadro 7: Reformas da saúde e Managerialismo	68
Governo Constitucional XV	
Quadro 8: Reformas de Saúde e Componentes Doutrinais e Nova Gestão Pública	74
Quadro 9: Reformas da Saúde e Conceitos Chave da Nova Gestão Pública	76
Quadro 10: Reformas da saúde e Managerialismo	79
Governo Constitucional XVII	
Quadro 11: Reformas de Saúde e Componentes Doutrinais e Nova Gestão Pública	84
Quadro 12: Reformas da Saúde e Conceitos Chave da Nova Gestão Pública	86
Quadro 13: Reformas da saúde e Managerialismo	91

Índice de Tabelas

Governo Constitucional XIII

Tabela 1 - Medidas Reformadoras na Área da Saúde	49
Tabela 2 - Reformas de Saúde e Componentes Doutriniais e Nova Gestão Pública	53
Tabela 3 - Reformas da Saúde e Conceitos Chave da Nova Gestão Pública	55
Tabela 4 - Reformas da saúde e Managerialismo	58

Governo Constitucional XIV

Tabela 5 - Medidas Reformadoras na Área da Saúde	60
Tabela 6 - Reformas de Saúde e Componentes Doutriniais e Nova Gestão Pública	62
Tabela 7 - Reformas da Saúde e Conceitos Chave da Nova Gestão Pública	64
Tabela 8 - Reformas da saúde e Managerialismo	67

Governo Constitucional XV

Tabela 9 - Medidas Reformadoras na Área da Saúde	69
Tabela 10 - Reformas de Saúde e Componentes Doutriniais e Nova Gestão Pública	73
Tabela 11 - Reformas da Saúde e Conceitos Chave da Nova Gestão Pública	75
Tabela 12 - Reformas da saúde e Managerialismo	78

Governo Constitucional XVII

Tabela 13 - Medidas Reformadoras na Área da Saúde	80
Tabela 14 - Reformas de Saúde e Componentes Doutriniais e Nova Gestão Pública	83
Tabela 15 - Reformas da Saúde e Conceitos Chave da Nova Gestão Pública	85
Tabela 16 - Reformas da saúde e Managerialismo	88

Introdução

O Estado Português tem vindo a intervir no setor público sendo o Sistema Nacional de Saúde um bom exemplo. Analisar a sua atuação neste setor, remete-nos para uma análise económica, nomeadamente em relação aos conceitos de eficiência e igualdade.

No que diz respeito à intervenção do Estado surgem distintas perspetivas, especificamente, se o Estado deverá ou não intervir na economia - Escola de Cambridge e Escola de Chicago. A primeira defende a intervenção do Estado na economia ao contrário da segunda. Neste âmbito, identifica-se o Estado Minimalista, a Parceria Desigual, o Estado Providência e o Estado Plural.

O Estado Minimalista corresponde a uma não atuação do Estado na economia, sendo o papel do Estado na sociedade e nos serviços públicos muito reduzido.

A Parceria Desigual veio expressar a ideia de que os problemas económicos e sociais não dizem apenas respeito à instância individual. Compete ao Estado providenciar pelo menos alguns serviços públicos.

Estado Providência ou o Estado de Bem-estar por sua vez veio proclamar uma maior eficiência dos poucos recursos disponíveis, veio impor a obrigatoriedade do Estado garantir respostas às principais necessidades dos cidadãos.

No modelo do Estado Plural compete ao Estado criar, financiar e regular os diversos sistemas públicos.

Analisar o papel ou as funções do Estado, remete para os modelos de gestão pública. Numa primeira instância, associado ao Estado Social surge uma evolução do Modelo Burocrático. Mais tarde a burocracia profissional começa a ser colocada em causa e começam a emergir novos modelos de gestão pública, nomeadamente, o Modelo Gestionário e o Modelo de Governação. Surge, assim, a tentativa de reformar as organizações públicas através da adoção das técnicas e ferramentas utilizadas nas organizações privadas - Modelo Gestionário proposto pela Nova Gestão Pública.

Na Nova Gestão Pública, realça-se ainda o Managerialismo como uma das principais influências no Modelo Gestionário. No Setor Público, o Managerialismo veio defender a

separação entre a política e a gestão, o controlo dos serviços públicos através do uso das práticas e pressupostos da boa gestão.

Mais tarde, veio evidenciar-se o Modelo da Governação, já que a Nova Gestão Pública começou a revelar-se bastante discutível. No Modelo de Governação os cidadãos e outros atores sociais assumem um papel preponderante e desempenham um papel ativo na vida política.

A saúde é uma área na qual o Estado tem vindo a intervir, porém, as despesas na saúde têm crescido em Portugal o que faz aumentar a discussão relativamente ao financiamento – sustentabilidade, equidade, eficiência técnica e económica. Em Portugal é essencialmente o Estado que faz o financiamento e quem presta os cuidados de saúde.

A crise económica e financeira atual veio impor muita pressão sobre os sistemas de saúde, com o argumento da necessidade de diminuir a despesa pública. Assiste-se a uma tentativa para controlar a inflação e a despesa pública, o que conduz a reduções e racionalização nos gastos do setor público.

Presentemente, o sistema de saúde português abarca o SNS (setor público) e o setor privado, empresarial, com e sem fins lucrativos. Nos últimos anos têm-se assistido a inúmeras reformas e modernização do SNS. A saúde tem sido, assim, matéria da maior importância para os diferentes governos constitucionais.

Neste trabalho de investigação pretende-se analisar as políticas públicas em saúde (Portugal), por meio de uma análise temporal – 1995 – 2011 –, que coincide com os seis governos constitucionais que estiveram no poder daquele período (XIII, 1995-1999; XIV, 1999-2002; XV, 2002-2004; XVI, 2004-2005; XVII, 2005-2009; XVIII, 2009-2011).

No XIII Governo Constitucional (1995-1999), o governo do partido socialista defendeu a manutenção do SNS como forma de garantir a universalidade da cobertura a toda a população portuguesa. O governo e os maiores partidos da oposição convergiram na importância quanto à manutenção do SNS e da sua continuidade.

Para o XIV Governo Constitucional (1999-2002), a saúde apareceu como uma matéria prioritária.

O XV Governo Constitucional (2002-2004) foi um governo de coligação PSD/PP, sendo que o PSD no seu programa eleitoral mostrou-se pouco reformador em matéria de saúde.

O XVI Governo Constitucional (2004-2005) foi também um governo de coligação PSD/PP. Porém, o Presidente da República, em dezembro de 2004, dissolveu o Parlamento e convocou eleições legislativas antecipadas, dessa forma determinando o fim XVI Governo Constitucional.

O XVII Governo Constitucional (2005-2009) foi presidido pelo PS, partido de maioria parlamentar, o qual pretendeu conciliar princípios de afirmação ideológica do Serviço Nacional de Saúde com a necessidade de introduzir medidas para o modernizar e tornar financeiramente sustentável.

O XVIII Governo Constitucional (2009-2011) foi igualmente, um governo PS que no entanto, apresentou a sua demissão.

Pretende-se observar as mudanças de paradigma no Serviço Nacional de Saúde, através, de uma análise documental com análise de conteúdo, estudando-se as diversas reformas e temas da saúde, nos últimos 16 anos em Portugal.

Através de uma análise global das reformas dos sistemas de saúde em Portugal, no período considerado para o estudo, pretende-se identificar qual ou quais o (s) Governo (s) Constitucional (ais) mais reformador (es). Em termos concretos, deseja-se saber se um Governo Constitucional PS foi mais reformador dos sistemas de saúde do que um Governo Constitucional de Coligação PSD-PP. Por fim, interessa entender se apesar das diferentes marcas ideológicas dos distintos partidos é possível reconhecer posições convergentes no que diz respeito às medidas reformadoras dos sistemas de saúde Português, tendo-se como pano de fundo a ideias da Nova Gestão Pública.

Neste sentido, e como forma de melhor se captar o entendimento necessário ao problema colocado, importa:

- Saber quais as principais medidas reformadoras dos sistemas de saúde em Portugal e alterações estruturais, havidas nos seis Governos Constitucionais analisados no capítulo 2 (XIII – XVIII)
- Fazer o enquadramento das medidas identificadas de acordo com as Componentes Doutrinárias da Nova Gestão Pública – determinar qual a componente que está mais em evidência na medida.

As Reformas do Setor Público na Saúde em Portugal: Duas Décadas de Mudanças (1995-2011)

- Contabilizar os conceitos chave da Nova Gestão Pública nas principais medidas reformadoras dos sistemas de saúde em Portugal, efetuadas pelos Governos Constitucionais estudados.
- Identificar a maior/menor presença do managerialismo nas reformas de saúde efetuadas pelos governos estudados.

Capítulo I: Novas Formas de Intervenção do Estado no Setor Público: O Sistema Nacional de Saúde

1. O enquadramento tradicional do Estado

O Estado é uma entidade que através do seu poder executivo procura atingir determinados objetivos, designadamente, a promoção da segurança, justiça e o bem-estar, sendo que se afirma pelos poderes legislativo, executivo e judicial, como referido por Caetano (1963a, 1963b).

A promoção do bem-estar material deriva dos poderes legislativos e executivo; enquanto poder legislativo define os bens a serem produzidos e quais os serviços a serem prestados, o poder executivo procura garantir a sua produção e prestação.

O Estado por meio da decisão política autodetermina em si a função de acautelar a satisfação das necessidades sociais ou garanti-las ele mesmo, constituindo empresas coletivas designadas de serviços públicos. Ainda para o mesmo autor, o Estado tem o dever de satisfazer as necessidades coletivas e as individualmente sentidas por cada indivíduo de uma sociedade. Este dever, pode ser praticado pelo próprio Estado ou ser fornecido por uma outra entidade que atua como intermediária.

Refletir sobre a intervenção do Estado remete para a sua implicação ao nível da economia, uma vez que está dotado de legitimidade para isso. Esta responsabilidade económica surge como uma vertente de atuação com dois objetivos – eficiência e a igualdade.

1.1. Eficiência

A eficiência diz respeito aos recursos utilizados e aos resultados produzidos. Significa que o Estado deve ter eficiência na sua intervenção ao nível da economia. A promoção da eficiência comporta a dimensão económica.

Na Constituição da República Portuguesa (alínea c) do art.º 81) vem descrito que o Estado deve *«Assegurar a plena utilização das forças produtivas, designadamente zelando pela eficiência do setor público»*.

1.2. Igualdade

A igualdade refere-se à intervenção do Estado na economia. Remete para a justiça social, diz respeito à satisfação das necessidades coletivas e individualmente sentidas (dimensão social). A Constituição da República portuguesa no (art.º 81, alínea b) refere que compete ao Estado *«Promover a justiça social, assegurar a igualdade de oportunidades e operar as necessárias correções das desigualdades na distribuição da riqueza e do rendimento, nomeadamente através da política fiscal»*.

A atuação do Estado na economia face aos dois objetivos anteriormente mencionados tem sido motivo de discussão quanto à primazia das dimensões económica e social. Nesta perspetiva, surgiram duas conceções divergentes quanto ao papel do Estado que importa descrever sucintamente.

1.3. Escola de Cambridge

Uma primeira conceção que vem sobretudo pela mão de Keynes é a Escola de Cambridge. Keynes sustentava que o equilíbrio macroeconómico só poderia ser obtido pelo Estado que mediante uma eficaz programação, conduziria ao pleno emprego. Nesta lógica caberia ao Estado efetuar o investimento público.

No modelo Keynesiano outra ação preconizada foi o aumento dos rendimentos das classes baixa e média com disposição para o consumo e investimento e não da classe alta, esta mais focada na acumulação da riqueza.

Este modelo teve várias consequências nas principais economias, nomeadamente numa intervenção estatal na atividade económica, colocando em prática o Estado de Bem-estar.

O Estado de Bem-estar representa um sistema de proteção social dos trabalhadores (subsídio de desemprego, férias, natal, etc). Diz respeito ao próprio Estado que produz bens e serviços e afirmou-se nas políticas sociais, como a educação, saúde, proteção social (entre outras) com o princípio que o investimento nestas áreas promoveria (Lane, 2005). Para além da vertente económica, outra mais-valia do Keynesianismo viria a ser a justiça social, face ao acesso a programas sociais por parte dos mais desfavorecidos.

A Escola de Cambridge entende assim que o Estado deve intervir na economia, pois desta forma é possível promover um crescimento constante e sólido. A ação estatal opõe-se aos perigos do capitalismo, como taxas de inflação elevadas, desemprego, desequilíbrios sociais, etc. Esta perspetiva tem como pano de fundo a questão da igualdade e da eficiência, tal como, é apontado por Lane (1985c: 40).

1.4. Escola de Chicago

Em oposição à Escola de Cambridge surge a Escola de Chicago. O autor que mais se evidenciou foi Friedman, tendo-se apoiado nos princípios de Smith. Segundo este último autor o Estado deve ter uma intervenção mínima na economia, sendo que esta condição é a que melhor poderá favorecer a economia de uma qualquer nação.

Os mecanismos que melhor podem conduzir ao desenvolvimento económico são os do mercado e do sistema de preços ao qual se encontra associado. Esta conceção reflete a não atuação do Estado na economia, já que esta última, autorregula-se por meio da chamada oferta e procura de bens e serviços. O mercado deve sustentar-se pela concorrência perfeita.

As ideias de Friedman estudadas mais tarde por Arndt (1998) foram expressas da seguinte forma: o Estado deverá fornecer o dinheiro – política monetária, em detrimento dos gastos – política fiscal. O outro pressuposto refere que o nível de desemprego apresenta um rácio natural e que qualquer esforço para diminuir esse mesmo nível, implicará um aumento de preços dos bens e serviços que são trocados no mercado.

Para Arndt (1998), a Escola de Chicago acentuou a competição e a liberalização de mercado, em recusa do aumento das funções do Estado. Esta lógica veio ainda salientar, entre outros aspetos, o correto balanço dos orçamentos, a diminuição de impostos, a liberalização das trocas comerciais, a promoção do investimento estrangeiro, a desregulamentação, a privatização.

A Escola de Chicago defende que o Estado não pode atuar na economia, pois isso conduz à ineficiência e ineficácia. Defende que os mercados devem funcionar livremente e de acordo com o mecanismo de preços pois só assim se pode observar crescimento económico.

As duas conceções descritas são antagónicas quanto à atuação do Estado na economia. Enquanto a Escola de Chicago considera apenas a dimensão económica, a Escola de Cambridge foca não apenas a dimensão económica mas, também, a dimensão social (mais valorizada).

No século XX, estas duas Escolas tiveram um papel preponderante nos modelos de gestão usados pelas Administrações Públicas. Cada modelo de gestão contém, assim, as suas características inerentes que importa analisar.

O desenvolvimento do papel do Estado enquanto elemento do sistema social na construção das sociedades está relacionado com o desenvolvimento de paradigmas dominantes no que concerne aos sistemas de serviço público. Nos sistemas de serviço público as características institucionais e organizacionais são influenciadas por um determinado percurso histórico-social. É a compreensão deste percurso que possibilita entender as transformações que têm vindo a acontecer nestes referidos sistemas conforme assinalado por Hood (1998).

A essência dos serviços públicos corresponde a diferentes estádios factualmente distinguidos. Osborne e McLaughlin (2002) diferenciaram quatro estádios dissemelhantes de evolução dos serviços, que expressam outras tantas tipologias de organização. Nesta lógica identifica-se o Estado Minimalista, a Parceria Desigual, o Estado Providência e o Estado Plural.

1.5. Estado minimalista

O primeiro tipo de Estado associa-se ao Modelo Clássico (Rocha, 2000c) e pôs fim ao Modelo Mercantilista.

O Modelo Clássico coincidiu com um período marcado por uma intensa produção industrial e crescimento económico. Veio defender a não atuação do Estado na economia, insurgiu-se às medidas protecionistas e aos monopólios e entendeu que o mercado tem a capacidade de se autorregular. Esta capacidade de autorregulação do mercado está relacionada com a livre concorrência, com a competição entre os produtores e reflete as leis da oferta e procura de bens e serviços.

Como refere Martinez (1973:179), para os liberais económicos os governantes não devem interferir ao nível da economia, não querendo isso dizer que não reconheçam a existência do Estado. O Estado não deve atuar na economia, pois as dinâmicas económicas devem desenvolver-se espontaneamente.

Segundo, Osborne e McLaughlin (2002) o Estado Minimalista reporta aos finais do séc. XIX. Nesta fase o papel do Estado na sociedade mostrava ser muito reduzido e os serviços públicos, como são hoje entendidos, estavam representados em setores privados ou de tipo caritativo. O Estado apenas tinha o poder do uso da força física e procurava promover a ordem pública.

Nesta fase a prestação de serviços era quase inexistente e a pouca que havia mostrava ser deficitária. A escassa prestação que se observava era, principalmente, ao nível do contexto local, isto porque, o chamado Estado central tinha uma intervenção do “deixar andar”, caracterizado por uma limitada atuação na prestação de serviços sociais. Eram os políticos locais que detinham um poder total sobre a prestação dos serviços.

1.6. Parceria desigual

Osborne e McLaughlin (2002) aludem que no princípio do séc. XX e após o período do Estado minimalista, surge a segunda fase descrita por Parceria desigual.

Esta nova fase significaria o abandono do conservadorismo tradicional, dando-se lugar ao social reformismo. Por outras palavras, a ideia de que os problemas económicos e sociais não dizem apenas respeito à instância individual, conforme entendido na fase do Estado Minimalista. Por outro lado, compete ao Estado o papel legítimo de providenciar pelo menos alguns serviços públicos. Caso o Estado não tenha a capacidade de providenciar alguns serviços públicos, então deverá efetuar parcerias com os setores da caridade e privados.

1.7. Estado providência ou o Estado de bem-estar

O princípio da 1ª Grande Guerra Mundial representou o fim de um ciclo de desenvolvimento. Com a guerra o Estado veio desempenhar um papel na economia que nunca antes tinha desempenhado. O término da guerra culminou na depressão económica, o que obrigou o Estado a intervir na economia. Este período significou um ligeiro crescimento económico que foi até 1929, altura em que a bolsa de valores de Nova Iorque entrou em queda. Em consequência deste decréscimo, verificou-se a subida da taxa de desemprego e o pressuposto de que os mercados se autorregulam foi colocado em causa.

Osborne e McLaughlin (2002) defendem que a fase do Estado Providência ou Estado de Bem-estar enquadra no período de 1945 a 1980.

A exigência de uma maior eficiência dos poucos recursos disponíveis veio impor ao Estado a obrigatoriedade de garantir respostas às principais necessidades dos cidadãos. O Estado surge como soberano e já não está somente destinado às funções de segurança passando também a deter as funções como a segurança social, a educação e o fornecimento de infraestruturas adequadas. O governo central, começa a assumir gradualmente, um papel de gestão dos serviços públicos.

Esta fase assinala a ingerência do Estado na economia e o conseqüente protecionismo social. Assinala, igualmente, o apogeu do Estado em matéria de intervenção na atividade económica cabendo-lhe dinamizar a produção no após guerra.

O pós-guerra veio possibilitar o ressurgir de certas valências dos sistemas de segurança social, saúde e educação. Ao mesmo tempo, surge a ideia universal da importância do papel do Estado. Esta opinião universalizada resulta do momento ideológico predominante, sustentado nos princípios Keynesianos.

Lane (2000) defende que o Estado do Bem-estar descreve-se pela atuação direta na economia, cujo objetivo seria projetar a alocação de recursos, proporcionar a transferência de pagamentos e fomentar políticas para o pleno emprego. Tal como apontado por Massy (2005), foram também questões de ordem ideológica que estiveram na origem deste paradigma. Abordar este paradigma, remete para o modelo Keynesiano face à Escola de Cambridge.

A lógica crescente da produção de bens e serviços pela mão do Estado conduziu a uma contratação de funcionários públicos e a uma formalização de tarefas.

Nesta fase o Estado de Bem-estar no que diz respeito à Administração Pública encontrava-se associado ao Modelo Profissional. Este modelo tem proveniência na burocracia de Weber, distingue-se pela hierarquia rígida, com funções formalizadas, processos de trabalho ligados pela especialização e regras. Este tipo de hierarquia permitia garantir um pleno controlo em termos da produção de bens ou prestação de serviços públicos.

Como é expresso por Rocha (2001: 13), em Portugal não se pode dizer que se tenha verificado um Estado de Bem-estar. A organização administrativa servia meramente para efetuar controlo direto pelo ditador. Não existia o objetivo da produção de bens ou prestação de serviços.

O Modelo Profissional apresentava diversos condicionantes são exemplos disso, os processos de decisão rígidos, desresponsabilização dos funcionários públicos, formas de trabalho pouco eficientes e eficazes (Araújo, 2002).

O Estado Providência caracteriza-se por uma estrutura administrativa e reporta à burocracia estatal em que os profissionais assumem um lugar essencial. No desenvolvimento deste Estado aparecem profissionais bastante motivados e com formação específica do serviço público que prestam. São estes mesmos profissionais que começam a ter controlo sobre as estruturas e os

processos de decisão nas várias áreas de intervenção do Estado e o emergir da burocracia associada à influência do conhecimento especializado, viria a significar o poder desses mesmos profissionais (Giddens, 2000; Weber, 1999, 2003). Segundo Ackroyd (1995), o controlo das organizações públicas foi determinante para o sucesso do Estado Providência.

Conforme citado por Santos (2002), o Estado Providência emerge no pós-guerra, numa fase em que se tornou preempatória a sua intervenção na economia e na indústria como forma de impulsionar o reerguer do Estado-Nação. Outra função que viria a competir ao Estado seria a de moderar conflitos e promover concertações entre classes e grupos sociais. Pretendia-se, assim, reduzir as diferenças sociais resultantes do cenário capitalista soberano.

Clarke e Newman (1997) descreveram que a estrutura organizacional do Estado Providência tinha na sua essência, a administração burocrática que defendia procedimentos repetitivos, a profissionalização e o conhecimento especializado. A definição do funcionamento do Estado Providência derivou, principalmente, de alguns trabalhos teóricos importantes (Taylor, 1911; Weber, 1999; Wilson, 1887). As ideias de Max Weber, Woodrow Wilson e Frederick Taylor viriam a representar a matriz ideológica para a conceção da constituição das instituições do Estado.

Weber desenvolveu o conceito de autoridade legal-racional e definiu o Modelo da Burocracia. Este modelo reflete-se nos princípios teóricos, como a hierarquização que descreve a divisão do trabalho, em que cada funcionário tem estabelecido a sua competência e é responsável pela sua execução face a um superior.

O trabalho realizado corresponde a uma determinada remuneração estando assente numa estrutura de carreira com possibilidades de promoção. Remete para certos procedimentos, regras e competências e os funcionários são selecionados com base no mérito, na formação e de acordo com as competências e qualificações que detenham (Weber, 2003).

O modelo da burocracia e os princípios descritos para Max Weber representavam a solução mais adequada. Nesta ótica a burocracia favorecia o desenvolvimento organizacional e procurava concretizar-se por meio de um sistema de administração, fundamentado no desempenho contínuo e especializado de atividades e tarefas garantidas por profissionais qualificados e habilitados para a prática de funções públicas específicas (Giddens, 2000).

Este modelo corresponde a uma organização impessoal e racional, significando que se verifica sempre o mesmo género de resposta face a uma mesma situação.

Conforme apontado por Clarke e Newman (1997), o Estado Providência identificou-se com o Modelo Burocrático, sobretudo devido à valorização da componente social, política e pessoalmente neutra. É ainda nesta linha de raciocínio que outro autor, Woodrow Wilson, terá vindo corroborar uma necessária divisão entre a política e a administração.

Por Administração entende-se a coordenação e o cumprimento de um programa político. Pode ainda ser compreendida como um conjunto de serviços públicos que têm por missão tornar o programa político em medidas a serem colocadas em prática.

Wilson (1887) defende que as questões políticas competem aos políticos e os aspetos administrativos aos profissionais das instituições. O mesmo autor menciona que os funcionários públicos ao terem uma prestação impessoal teriam proteção e segurança, independentemente das condições do mercado; mesmo que ocorressem mudanças políticas os funcionários teriam estabilidade.

Frederick Taylor (1911) ao elaborar a teoria da gestão científica, terá contribuído em definitivo para a materialização absoluta dos princípios organizacionais do Estado. Introduz a padronização de procedimentos, partindo do pressuposto “*one best way*” e reforça a importância da divisão social do trabalho com base na especialização das tarefas.

O Estado Providência parte das iniciativas políticas e a intenção é a prestação equitativa de serviços. A concretização deste desígnio verifica-se através da criação de instituições que viriam controlar a índole social através de profissionais públicos.

Weber (1999) diz que os profissionais encontram-se na dependência do Estado que controla a sua entrada na profissão, determina as carências dos serviços e autorregula. Os profissionais por sua vez formam-se em profissões tradicionais.

Outro autor, Mintzberg (1996), sustenta que esta centralidade face aos profissionais é o elemento fulcral e estruturante do funcionamento de algumas instituições - que designa de burocracias profissionais - como é o caso das universidades e hospitais.

O Estado Providência configura-se através de sistemas burocrático-profissionais, segundo os princípios da regulação e do controlo; também se suporta na teoria keynesiana, como a organização da economia e a crescente valorização do papel do Estado na retificação das lacunas do mercado.

Van Vught (1997) diz que até ao começo dos anos oitenta as proposições que aqui foram anteriormente enumeradas face ao Estado Providência, refletem o modelo de planeamento e controlo racional. Este modelo representou a conceção de referência para a diferenciação de papéis e o modo de atuação do Estado em termos das políticas públicas e na construção das instituições.

Os profissionais desenvolveram um papel essencial na construção do Estado Providência e a autonomia e independência foram fundamentais.

É a partir da década de 1970 que a burocracia profissional começa a ser colocada em causa; contudo, foi entre 1980 e 1990 que se observou um ‘derradeiro ataque’ ao paradigma dominante do Estado Providência.

1.8. Estado plural

O Estado Plural representa o quarto estágio de desenvolvimento e integra um modelo de Estado que assenta no mercado. Este modelo terá tido origem no Reino Unido com os governos de Margaret Thatcher e, posteriormente continuou a ser desenvolvido pelo *New Labour* que introduziu como função fundamental a governação. O conceito de governação pretende diferenciar quem planeia e providencia os serviços públicos de quem gere.

O autor, Van Vught (1997) designou a transição de um “modelo de controlo e planeamento racional” para um “modelo de autorregulação”. No “modelo de controlo e planeamento racional”, os diversos sistemas públicos são constituídos, financiados e regulados pelo próprio Estado que é de natureza racional e normativa. Os pressupostos essenciais deste modelo dizem respeito à concentração da tomada de decisão e ao grande controlo ao nível das escolhas e da própria implementação. Compete ao Estado criar, financiar e regular os diversos sistemas públicos.

O “modelo de autorregulação” consiste nas competências de autogestão em que as unidades não se encontram numa situação de dependência, ou seja, através da monitorização do desempenho e pelo cumprimento das regras que descrevem esse mesmo desempenho. Este modelo possibilita a regulação pelo mercado e baseia-se numa rede de unidades independentes e autogeridas, ainda que sujeitas às preferências governamentais. O papel do Estado é semelhante ao de um árbitro (Maassen, 1996) e a passagem para o modelo de autorregulação não significou um distanciamento, nem a ausência plena de controlo, já que o Estado continuou a ter um papel relevante e influenciador.

O mercado determinou a redefinição do Estado, das políticas públicas ao nível do sistema e ao nível interno das organizações. Hood (1991, 1995) refere que as razões para validar a efetivação deste sistema, resultam da convicção de que o rumo para o mercado é a única solução capaz de baixar os custos e diminuir os desperdícios.

Do ponto de vista institucional verificam-se alterações e as unidades operacionais passam a ser coordenadas por uma unidade principal. Pretende-se promover a competição, recorrendo-se a mecanismos de mercado (ou quase-mercado) e, por outro lado, conferir às instituições mais autonomia.

Esta nova dinâmica pretende dotar os sistemas de informação de custos e criar melhores mecanismos que permitam avaliar a sua eficiência. Sugere-se ainda a criação de centros de custo próprios para unidades, assim como, programas e até mesmo projetos (Dunleavy & Hood, 1994; Hood, 1995). O objetivo fundamental seria a descentralização no setor público, capaz de gerar uma maior autonomia de gestão e financeira. Esta perspetiva deriva da influência do setor privado que dominou na década 1980.

2. Novos modelos de gestão pública

O Modelo Profissional de organização administrativa relacionado ao Estado de Providência ou de Bem-estar deu lugar a novos modelos de gestão pública, nomeadamente, o Modelo Gestonário e o Modelo de Governação.

2.1. Nova Gestão Pública

Alguns autores referem que a Nova Gestão Pública não se pode confundir com outros movimentos, como o managerialismo ou com a Nova Administração Pública. Por outro lado, torna-se difícil descrever uma conceção suficientemente alargada e que agrade a todos os investigadores acerca do entendimento que se deve ter sobre o conceito da Nova Gestão Pública (Ferlie, Ashburner, Fitzgerald, Pettigrew, 1996).

Abordar o Modelo Gestionário requer falar da Nova Gestão Pública. Pode-se dizer que a Nova Gestão Pública, conforme afirmou Silvestre (2010:77) citando outros autores:

«não existe, nem se imagina que possa existir, uma conceção suficientemente abrangente e aceite por todos os investigadores (Ferlie, Ashburner, Fitzgerald, Pettigrew, 1996). Contudo, podemos avançar que foi uma terminologia utilizada para descrever: a) um movimento (um conjunto de ideias ou crenças) (Dawson e Dargie, 2002); b) um campo de estudo e comentário para os académicos (idem); c) um conjunto de ideias e práticas que podem ser observadas em recentes reformas administrativas (Denhardt, Denhardt, 2000; Newman, 2000; Sjoblom, 1999 e outros); d) um ajustamento nas relações entre o público e o privado, profissionais e gestores, e o Governo central e local (Newman, 2000); e) a defesa da gestão empresarial – as suas técnicas e ferramentas – em detrimento da gestão pública, sendo a última considerada burocrática e ineficiente (Carroll, Steane, 2002; Liegl, 1999; Martin, 2002 e outros).

Para Hood (1998) – reconhecido pela maioria dos investigadores como o pai da análise da Nova Gestão Pública (Cheung, 2005) – o termo tem um duplo significado: da existência de um movimento e de uma área de estudo e investigação. Já para Pollitt e Bouckaert (2004) o termo pode referir-se: a) à actividade dos colaboradores públicos; b) às estruturas e processos da função executiva ou c) ao estudo sistemático das duas.

Independentemente do significado que for preferido, por gestão pública entende-se a tentativa de reforma da organização pública através da adoção das técnicas e ferramentas utilizadas nas organizações privadas (Hood, 1998) – é a defesa da utilização do Modelo Gestionário proposto pela Nova Gestão Pública e que terá necessariamente mudança no todo organizacional».

Hood (1991) identifica 7 componentes doutriniais da Nova Gestão Pública que tiveram origem no setor privado:

- 1) Poder na gestão profissional do setor público;
- 2) Aplicação de medidas explícitas de desempenho;
- 3) Maior importância no controlo dos outputs;
- 4) Mudança para a desagregação das unidades do setor público;
- 5) Mudança para uma maior competição no setor público;
- 6) Realce nos estilos de gestão praticados no setor privado;
- 7) Realce em termos de uma maior disciplina e moderação no uso dos recursos.

Das componentes doutriniais apontadas, derivam conceitos chave, relativamente, à reforma do setor público que importa expor. De acordo com Silvestre (2010:78-80) «

- a) Serviço aos clientes, considerados como os principais interessados na prestação dos serviços, em que o conhecimento das suas necessidades e conseqüente 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 adoção dos mecanismos de mercado (marketização), nomeadamente dos incentivos e da escolha pelos utilizadores dos serviços públicos (Cope, Savage, Charman, 2000; Rocha, 2000a; 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, 2000a; Warner, 1992 e outros);*
- e) Governança – como referimos anteriormente, a criação de redes e parcerias entre a organização pública e outras organizações privadas e do terceiro sector (Carroll, Steane, 2002; Lane, 2005; Rocha, 2000a);*
- 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 tiverem na população) em detrimento dos inputs (Lane, 2005);*
- i) *Medição da qualidade na prestação dos serviços públicos (Carroll, Steane, 2002; Greve, Jespersen, 1999; Pollit, Birchall, Putman, 1998);*
- j) *Accountability – ou responsabilização perante os políticos e/ ou eleitorado (Liegl, 1999; Pollitt, Birchall, Putman, 1998; Warner, 1992);*
- l) *Remuneração através da adoção de sistemas de desempenho que se baseiam em resultados (Greve, Jespersen, 1999; Rocha, 2000a; Warner, 1992 e outros);».*

A Nova Gestão Pública assenta num conjunto de pressupostos que definem as vantagens da descentralização ao nível do setor público. Conforme apontado por Pollitt, Birchall e Putman (1998), a descentralização é uma das principais dimensões da gestão pública contemporânea, porque permite:

- Gestores com mais capacidades para gerir;
- Serviços mais rápidos e mais adequados às necessidades locais e individuais;
- Melhorar a eficiência com criação de estruturas menos hierarquizadas;
- Trabalhadores mais empenhados e motivados, sendo que os postos de trabalho são enriquecidos com mais responsabilidades orçamentais;
- Políticos mais conscientes, responsáveis, próximos e mais confiáveis.

O conceito de descentralização remete para uma imensa multiplicidade de mudanças de gestão. Pollitt, Birchall & Putman (1998) diferenciam três tipos de descentralização. Uma primeira em que se diferencia a descentralização política (cuja autoridade é descentralizada para os eleitos representativos) e a administrativa, sendo que aqui, a autoridade é descentralizada para os gestores e órgãos de governo nomeados. Pollitt e Boukaert (2000) referem que a maioria das reformas sob a preponderância da Nova Gestão Pública corresponde ao segundo tipo de descentralização.

A segunda distingue a descentralização competitiva da não-competitiva. A descentralização não-competitiva significa que a autoridade passa de um patamar superior para um patamar inferior, dentro da organização, ou passa de uma organização superior para outra que lhe é

dependente. A descentralização competitiva baseia-se na deslocação de autoridade operacional, por meio de contratos. Na maioria dos sectores da administração pública observa-se a descentralização competitiva.

A terceira diferencia a descentralização decorrente no interior da organização e a descentralização em que há uma transição da autoridade para outra organização diferente.

Outro autor, Norman Flynn (1997), faz a distinção entre a descentralização horizontal e vertical. A concentração de autoridade nos gestores depende do poder e das funções que lhes são atribuídas. Esta incumbência, a um nível básico está relacionada com a responsabilidade face aos gastos e ao envolvimento dos gestores em estabelecer o orçamento. Em termos superiores, a descentralização remete para o controlo autêntico dos gestores perante os recursos. O facto de os gestores poderem escolher produtos e serviços que a organização pode oferecer diz respeito a outro tipo de descentralização (Flynn, 1997).

2.2. Managerialismo

Os conceitos chave da Nova Gestão Pública derivam de diversas perspetivas; no entanto, destaca-se o managerialismo como uma das principais influências no Modelo Gestionário.

Segundo Hood (1991), o trabalho de Peters e Waterman influenciaram fortemente o managerialismo. Estes últimos autores partiram do pressuposto que no estudo das organizações é necessário ter em conta pelo menos sete variáveis. Analisar estas variáveis determinou o chamado Modelos MacKinsey. As sete variáveis são:

- 1) Estrutura;
- 2) Estratégia;
- 3) Pessoas;
- 4) Estilo de gestão;
- 5) Sistemas e procedimentos;
- 6) Cultura organizacional (valores e conceitos orientadores);
- 7) Forças/perícias presentes/expetáveis no futuro da organização.

Foi a partir das variáveis identificadas que Peters e Waterman (1987) concluíram que as Organizações Norte-Americanas com melhor desempenho tinham determinadas características: inclinação para a ação; próximas do cliente; autonomia e espírito de empresa; produtividade

pelas pessoas; mãos à obra pela criação de valores; manter-se no ramo que se domina; formas simples e equipas pequenas de administração; propriedades simultaneamente apertadas e flexíveis. Segundo Silvestre (2010:83-85):

1. Índole para a ação – Não chega decidir, é necessário atuar após a decisão. É fundamental que se formem grupos de trabalho no interior da organização que possam melhorar os bens produzidos ou os serviços fornecidos. É importante ir ao encontro das expectativas dos clientes;
2. As organizações devem estar próximas dos clientes – O cliente assume ser o elemento essencial de uma qualquer organização. As necessidades e expectativas devem ser sempre conhecidas. As organizações têm de saber ouvir os clientes;
3. Autonomia e espírito de empresa – Organizações de excelência promovem a iniciativa dos seus colaboradores e procuram desenvolver melhores condições com o intuito de aperfeiçoar o contexto de trabalho, produzir ou melhorar novos produtos;
4. Produtividade – Os colaboradores são o elemento fundamental de uma qualquer organização e como tal, devem ser tratados com respeito. É crucial desenvolver um bom ambiente de trabalho entre os colaboradores pois irá refletir-se no aumento de produtividade e no melhoramento de produtos e serviços. As pessoas têm de ser motivadas o que conduzirá a um maior desempenho;
5. Criação de valores – Qualquer organização deve ter os seus próprios valores;
6. Manter-se no ramo que se domina – As organizações devem manter-se no seu ramo de negócios, pois aumentam as probabilidades de um bom desempenho. A dispersão por outras áreas pode revelar-se negativo e desastroso;
7. Formas simples e equipas pequenas de administração – As organizações devem evitar estruturas rígidas e ser constituídas por grupos grandes de colaboradores. Em organizações de estruturas flexíveis e pequenas impera a coordenação e reduz-se a burocracia;
8. Propriedades simultaneamente apertadas e flexíveis – As organizações de excelência permitem aos colaboradores terem um certo grau de autonomia e são descentralizadas.

O managerialismo corresponde a um conjunto de expectativas, valores e crenças segundo os autores Clarke, Gewirtz e McLaughlin (2000b). Pollitt (1990) diz que o managerialismo diz respeito a técnicas, convicções e práticas.

O managerialismo, segundo Clarke, Gewirtz e McLaughlin (2000b) sustenta que a ação organizacional deve incidir nos outputs do sistema, bem como, no desempenho coletivo e

individual e não nos inputs como anteriormente se verificava. Esta mesma perspetiva preconiza a utilização dos contratos e procedimentos de tipo contratual, permitindo-se, desta forma, estabelecer uma relação entre os agentes.

No âmbito do Setor Público, Clarke, Gewirtz, McLaughlin (2000b) e Roreuban (1999b) referem que o managerialismo defende a separação entre a política e a gestão, o fim das grandes organizações em tamanho e número e maior uso da competição, como forma do utilizador poder seleccionar. Ainda Clarke, Gewirtz e McLaughlin (2000b) falam na descentralização da gestão orçamental e dos recursos humanos.

A descentralização remete para a passagem do corpo central público para agências, ou como descreve Bilhim (2000) organizações não públicas. Por outro lado, acentua-se a desconcentração, ou seja, a mudança de poderes dentro da organização pública, das estruturas hierárquicas superiores para os níveis intermédios e inferiores (Bilhim, 2000; McCourt, 2002).

As ideias do managerialismo utilizadas no Setor Público significam o controlo dos serviços públicos através do uso das práticas e pressupostos da boa gestão. Defende a vinda do gestor para a organização pública, o qual fará uso competente dos mecanismos da privatização, mercados internos, desempenho organizacional e incentivos à produtividade (Bovaird, Loffler, 2001).

O maior argumento dos autores desta abordagem é que as práticas de gestão do setor privado são superiores às do setor público. Parte-se da convicção de que o recurso aos mercados e o mecanismo de preços irão promover a competição entre organizações e que os cidadãos beneficiarão com isso. A competição implicará um maior desempenho das organizações públicas, mais eficiência, eficácia e qualidade, assim como, o aumento da responsabilização face aos cidadãos (Drewry, 2005; Giddings, 2005; Haque, 2001a e outros).

Nesta ótica o managerialismo surge como uma perspetiva de reforma para o setor público e que é necessária.

2.3. Modelo da governação

O setor público sob a influência da Nova Gestão Pública revelou-se bastante questionável, tendo culminado no descrédito por parte de Governos e dos próprios cidadãos. Razões como a corrupção e práticas pouco corretas estiveram na ordem do desapontamento. Com isto, emergiu

um novo modelo de governo, centrado em regras formais, informais, estruturas, processos que designam os moldes em que os indivíduos e organizações podem desempenhar o poder de decisão, que afeta o seu bem-estar, assim como, a qualidade de vida, conforme o sustentado por Bovaird e Loffler (2001). Este novo construto de governação significa uma nova posição face os cidadãos e realça o envolvimento e responsabilização dos mesmos. Neste processo surgem outros atores relevantes como os setores: voluntário, gestão, os *media*, governo e parlamento e as autoridades locais.

No Modelo de governação o cidadão assume um papel preponderante. Trata-se de uma perspetiva inovadora em que se vai do exterior para o interior das organizações públicas. O cidadão nesta dinâmica tem de desempenhar um papel diligente na vida política. A intenção deste paradigma é aproximar as expetativas dos cidadãos dos gestores públicos e dos outros diversos intervenientes, numa lógica de unir as partes para um mesmo fim.

Alguns autores referem que este modelo corresponde a uma tentativa, a uma resolução entre o mercado e o socialismo ou a justiça social. Rouban (1999b) na sua reflexão sobre o modelo de governação destaca as decisões políticas e menciona dois aspetos: por um lado a solidariedade, por outro lado, a responsabilidade.

No modelo de governação, pretende-se, fundamentalmente, instigar a participação em rede e a criação de parcerias com outros setores na produção e na prestação de serviços públicos, sobretudo, com os setores privado e voluntário.

O modelo de governação pretende que os políticos tenham mais responsabilidade nas organizações públicas, defende que para haver uma maior produtividade é necessário uma maior flexibilização e especialização dos diferentes intervenientes, o que ajudará a uma melhor gestão. A grande intenção deste modelo é que os utilizadores dos serviços públicos possam cooperar na política.

O modelo de governação também designado de terceira via surge como uma nova opção ou resposta entre o mercado e o socialismo ou justiça social, conforme apontado por diversos autores. Foi no Reino Unido com o governo de Blair que este modelo ganhou dimensão.

A terceira via significou um afastamento das ideologias tradicionais, quer da direita em que se engrandece o mercado em detrimento do Estado, quer da esquerda, em que se atribuí peso ao Estado e não ao mercado (Clarke, Gewirtz, McLaughlin, 2000b).

Através do modelo de governação verifica-se o propósito de um envolvimento alargado de multi interessados na construção da agenda política. Emergem, assim, redes que Rodhes (1999a) descreve recorrendo ao conceito network e que corresponde às relações de rede em que consumidores e gestores estão ligados.

O governo de Blair procurou promover o Best-value, noção que teve a sua proveniência no setor privado, cujo objetivo essencial é a satisfação e as necessidades e expectativas do cliente, substituindo o Value-for-money, baseado apenas nos custos.

O Best-value corresponde a alguns aspetos que interessa descrever. É dada importância ao cumprimento dos objetivos definidos em que a qualidade dos bens produzidos e/ ou serviços prestados é fundamental; elaboração de planos de desempenho, que permitam a monitorização efetuada pelos eleitos, de acordo com os objetivos atingidos; avaliação de todos os serviços e não apenas de alguns; desenvolvimento de indicadores nacionais conforme cada serviço; entre outros.

O modelo de governação e o tipo de gestão a ele associado, contudo, acarreta alguns constrangimentos que importa mencionar. Como há muitos atores envolvidos, aumenta a probabilidade de fragmentação devido à existência de diferentes perspetivas. Muita informação produzida pelo elevado número de atores comporta uma maior dificuldade em ser possível separar a informação pertinente da não pertinente.

Importa, ainda, expor algumas limitações deste modelo. Segundo, Dawson e Dargie (2002), não se observou desde 2001, altura em que Blair foi eleito, uma verdadeira mudança de paradigma, substituindo-se o modelo proposto pela Nova Gestão Pública. A terceira via emerge como um modelo versátil e não como uma autêntica ideologia. Esta versatilidade conceptual representa uma vantagem para um qualquer partido que pretenda ser eleito e que dela recorra.

Schachter (1995) realça outra limitação ao dizer que não é suficiente redefinir o Governo e as instituições públicas; seria igualmente necessário alterar o conceito de cidadania para uma cidadania ativa.

Na Holanda, onde emergiu o modelo da governação, procurou-se desenvolver a criação de parcerias e redes com o intuito de melhorar a gestão dos serviços públicos. Nesta perspetiva o Estado não aparece como ator central da dinâmica político-económica. Em Inglaterra o modelo

foi mais ideológico e teve como objetivo a economia, contudo, sem se distanciar da componente social.

3. Os sistemas nacionais de saúde

Importa agora fazer uma abordagem geral do Sistema Nacional de Saúde.

3.1. Contextos e desafios

Conforme o referido por Campos e Simões (2011), a saúde enquanto valência das políticas públicas remonta ao ano de 1932 a 1942. Já os ministérios da saúde têm uma origem mais recente e remetem para a segunda metade do século XX. O ministério da saúde português surgiu em 1958, uma década depois da fundação do serviço nacional de saúde britânico.

Até essa altura a saúde dos cidadãos não era uma prioridade em termos das políticas públicas dos países, encontrava-se relacionada com a chamada caridade e ajuda, dispersas pelos ministérios do interior. A saúde dos cidadãos não era encarada como um bem coletivo.

O relacionar o termo saúde ao cenário político e o seu uso na linguagem política só aparece na segunda metade do século XX. É pois neste período que se começa a falar em políticas públicas, na saúde coletiva, na saúde dos indivíduos, das nações e mais recentemente na saúde global.

Foi com a revolução industrial no fim do século XIX que os sistemas de saúde emergiram. A criação dos sistemas de saúde e o seu aparecimento estiveram relacionados com alguns aspetos que importa descortinar.

Um primeiro fator resultou da necessidade de prestar cuidados de saúde aos trabalhadores, como forma, de evitar a diminuição da produtividade laboral devido às doenças.

Um segundo fator esteve relacionado com as doenças devido às guerras da época, tornando-se necessário reduzir o impacto das doenças.

Um terceiro fator teve a ver com o aumento da intervenção política face aos trabalhadores na Europa. Alguns governos, com enfoque o de Bismarck na Alemanha, afastaram os sindicatos da gestão dos seguros de doença o que possibilitou captar o apoio dos membros e potenciar a emancipação financeira, como forma de criar ações de reivindicação política e laboral.

A este propósito em 1883 a Alemanha produziu uma lei revolucionária, pois as entidades patronais tiveram que passar a contribuir para um sistema de seguro-doença em benefício da classe operária mais pobre e posteriormente aos trabalhadores com salários mais altos. Esta situação representou o primeiro modelo de segurança social obrigatório imposto pelo Estado e seguiram-se outras ideias neste contexto.

Esta lei revolucionária em todo o mundo foi adotada por outros países, como a Bélgica, e a Noruega, e, mais tarde, a Inglaterra, ainda que com mudanças conforme os governos em funções.

Com a Segunda Guerra Mundial, muitas organizações de saúde foram arruinadas o que conduziu a que se viesse repensar o lugar do Estado. As características inerentes ao tempo de guerra proporcionaram a solidariedade entre o povo Britânico, o que resultou na defesa de políticas igualitárias e potenciou a atuação do Estado. Desde 1941 que já vinha a decorrer a organização dos serviços de saúde, com base no que fora delineado ainda em 1930 e face às necessidades identificadas. A criação de um serviço de saúde para toda a população e outras medidas fazia parte das intenções do Ministério britânico da Administração Pública.

Um relatório promovido em 1942, o Relatório Beveridge, veio referir que os serviços de saúde desempenhariam fator essencial para a consistência da criação de um sistema de segurança social na Grã-Bretanha. Outro relatório, “*Social Insurance and Allied Services*” acentuou a importância de um Estado interventor, competindo ao mesmo descobrir soluções para as várias situações de risco social. Este relatório mostrou ser mais completo do que o de Bismarck.

Este sistema viria a caracterizar-se pela sua universalidade uma vez que abrangia a totalidade da população, independentemente, do rendimento do cidadão.

O *National Health Services* surgiria em 1948 após o *National Health Services Act* de 1946, e veio pôr fim à discussão que tivera início em 1942. Foi esta lei que marcou a definição de um modelo para os sistemas de saúde, em que o Estado surge como responsável pela prestação de serviços gerais de saúde e como entidade que salvaguarda o princípio da acessibilidade a qualquer cidadão.

Esta lei motivou ao longo dos anos, a estruturação de outros sistemas de saúde assentes em cinco alicerces:

1º Responsabilidade do Estado em relação aos custos da saúde com os cidadãos, devendo garantir os cuidados gratuitamente;

2º Princípio de um Estado compreensivo;

3º Princípio da universalidade. O Estado garante os cuidados de saúde para todos os cidadãos;

4º Princípio da igualdade. Deve verificar-se qualidade dos serviços para qualquer cidadão, independentemente, da situação económica, social ou geográfica; 5º Princípio da autonomia profissional, sobretudo, a autonomia clínica. Este princípio possibilitaria o uso de tecnologia avançada em prol da população e os médicos através dos seus conhecimentos poderiam prescrever e referenciar os doentes para outro tipo de cuidados de saúde.

O Estado Providência de Keynes-Beveridge em Inglaterra após o cenário de guerra evidenciou resultados, muito positivos.

Os modelos Bismarckiano e o Beveridgeano influenciaram os sistemas de segurança social e em especial os sistemas de saúde. Nos Estados Unidos da América o Presidente Roosevelt impulsionou, após a crise económica do ano de 1929, um sistema de segurança social; porém, não se verificou a criação de um sistema público de saúde. Mais recentemente, o Presidente Barack Obama na sua administração tem procurado promover a criação de um sistema de saúde de acesso universal.

O Estado Providência teve a sua procedência no modelo Bismarckiano e no modelo Beveridgeano e ainda que sejam conceções ideológicas distintas, vieram acentuar a importância de um amparo. Amaral, A. (2003), fala numa rede de proteção social para diminuir dificuldades sociais, resultado do crescimento e do desenvolvimento económico.

Ainda nos dias de hoje estes modelos influenciam os sistemas de saúde. De acordo com o modelo bismarckiano as entidades patronais e os trabalhadores descontam para seguros de doença, numa acordo entre prestadores públicos e privados. No modelo beveridgeano o sistema apoia-se nas receitas fiscais e nos serviços públicos.

A partir destes modelos base, ao nível dos países da OCDE, descrevem-se três modelos de financiamento dos cuidados de saúde. Segundo (Campos e Simões, 2011: 42-44):

1º Sistema de seguro privado voluntário – Diz respeito a indivíduos ou grupos, em que são fixados prémios conforme as características do risco. Verifica-se nos EUA e Suíça e os seguros privados abrangem os riscos de saúde mais relevantes para a maior parte da população. Em muitos países da OCDE os mecanismos privados complementam o público e os cidadãos podem fazer um seguro privado. Este complemento permite cobrir o copagamento no sistema público, melhores respostas, benefícios face a tratamentos no privado, respostas para risco não abrangido pelo seguro público;

2º Sistema de seguro social – Obrigatório e universal, funciona em termos de caixas de seguro-doença, normalmente, da responsabilidade de entidades sociais, com organismos públicos que realizam a supervisão. Em alguns países quase toda a população está abrangida. As seguradoras sociais fixam os prémios conforme os rendimentos e são os governos que por vezes compensam, as diferenças. Estas caixas de seguro-doença consubstanciam-se segundo as profissões, setores de atividade, etc;

3º Pagamento pelo imposto pode constituir-se por duas formas, sendo que uma primeira é uma forma integrada, cujo pagamento e prestação são garantidos apenas por um único organismo público o que recebe verbas do Estado. Outra forma prende-se com a contratualização; significa que a prestação de cuidados está entregue aos serviços do Estado ou ainda por entidades privadas que são contratadas pelos fundos autónomos públicos.

O SNS é de gestão pública e a prestação de serviços de saúde pode ser pública ou contratualizada. O acesso aos cuidados de saúde é gratuito ou quase gratuito. As unidades que prestam os cuidados, habitualmente, são públicas e o financiamento advém de um organismo público que recebe do Orçamento de Estado.

Na maioria das nações da Europa, verifica-se o SNS ou o seguro social, sendo que os seguros privados têm uma função complementar em relação ao seguro público.

As despesas diretas com a saúde têm crescido na maioria dos países europeus o que faz aumentar a discussão relativamente ao financiamento. Esta discussão passa pelas questões da sustentabilidade e da equidade.

Muitas organizações têm-se debruçado sobre os modelos de financiamento da saúde e sobre os sistemas de saúde, mas outro aspeto que tem suscitado interesse está relacionado com os fatores responsáveis pelo crescimento dos custos.

Na maioria dos Países da União Europeia, é o Estado que faz o financiamento e quem presta os cuidados de saúde.

Alguns países em que os sistemas de saúde são financiados pelos impostos, empregam mecanismos de tipo mercado face às unidades públicas no seu funcionamento. Por exemplo, a competição é promovida entre unidades públicas e privadas, e verifica-se uma divisão entre entidades pagadoras e as que prestam cuidados.

Ainda na União Europeia, que é um espaço económico e social relativamente comum, os objetivos principais das políticas de saúde são três, equidade, eficiência técnica e eficiência económica.

1º Equidade. Remete para a acessibilidade a um conjunto básico de cuidados de saúde. A qualidade do tratamento não pode ser colocada em causa independentemente do rendimento;

2º Eficiência técnica. Significa potenciar o resultado dos cuidados e deixar os cidadãos satisfeitos a um custo mínimo. Importa combinar formas de organização que conduzam a uma melhor produtividade dos meios existentes;

3º Eficiência económica. Os sistemas de saúde devem apenas absorver a parte necessária do PIB. Torna-se importante recorrer a mecanismos adequados para controlar a despesa.

Em 2008 a crise económica e financeira na União Europeia veio colocar muita pressão sobre os sistemas de saúde, com a necessidade de diminuir a despesa pública. Os governos procuraram dar resposta às expectativas dos cidadãos, sobretudo aos desempregados e população envelhecida e com baixos rendimentos. Assistiu-se a uma tentativa para controlar a inflação e a despesa pública, o que levou a reduções e racionalização nos gastos do setor público, contenção e melhoria da eficiência.

As despesas com a saúde quase duplicaram entre 1970 e 2007 na União Europeia. O crescimento com as despesas públicas em saúde nos últimos 80 anos no século XX deveu-se, em grande parte ao alargamento da cobertura pública de cuidados decididos essencialmente nos anos noventa.

A explicação deste crescimento está relacionada com a procura e a oferta. Em termos da procura deve-se ao envelhecimento da população, ao crescimento do rendimento e ao alargamento do acesso e da cobertura dos seguros. Quanto à oferta os fatores implicados com o crescimento dos

custos em saúde relacionam-se com a inovação tecnológica e o aumento dos meios materiais de prestação de cuidados e de pessoal.

No início dos anos 80 do século XX, muitos países europeus efetuaram reformas estruturais dos sistemas de saúde.

Segundo Campos e Simões (2011: 73), algumas das medidas tomadas em relação aos sistemas de saúde de países próximos de Portugal, foram:

- 1º *«Medidas que delegam responsabilidade de execução para níveis mais próximos do utilizador, como a municipalização contratualizada de serviços de cuidados primários, a criação de subsistemas de base ocupacional ou geográfica e a contratualização de serviços de gestão ou de prestação com instituições sem fins lucrativos, entidades privadas ou grupos de prestadores;*
- 2º *Medidas que responsabilizam os prestadores pelo desempenho, negociadas com metas de produção e de gastos, por via contratual, através de agências públicas independentes que separem o regulador-financiador do prestador;*
- 3º *Medidas de flexibilização da gestão dentro do setor público, como a gestão previsional de efetivos, com vista à sua redução a prazo, a recompensa (positiva ou negativa) do desempenho, a criação de orçamentos clínicos para todos os que contratualizem com o Estado, a prescrição de serviços e bens pagos pelo SNS;*
- 4º *Medidas de competição gerida dentro do setor público e deste com o setor privado».*

As reformas de saúde dependem da situação macroeconómica, do ambiente político, da própria sociedade e das influências externas.

3.2. O sistema nacional de saúde: o caso português

Foi com a reforma de 1971 pela mão do Secretário do Ministério da Saúde Francisco Gonçalves Ferreira e pelo Diretor-geral da Saúde Arnaldo Sampaio que se deu a modernização do Ministério da Saúde e a sua utilização como órgão essencial de execução de uma moderna política de saúde global. Esta modernização significou enquadrar a saúde individual na saúde coletiva, nas respetivas fases de intervenção, desde a prevenção primária, à reabilitação, passando-se pela prevenção secundária e pelo tratamento.

As Reformas do Setor Público na Saúde em Portugal: Duas Décadas de Mudanças (1995-2011)

Esta reforma representou o início do enquadramento de diferentes atividades de saúde, com serviços contratualizados e delineados, formados e avaliados; significou o instituir de diversos níveis e escalões de execução. Coube ao Estado desempenhar um papel central em coordenar e gerir o sistema como um todo e criou-se um serviço nacional de saúde, universal, geral e basicamente gratuito, cuja organização levaria mais de 10 anos. O Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi criado por legislação, 5 anos depois da revolução do 25 de Abril, em 1979. O SNS surge pela Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, tendo-se verificado um primeiro esforço para ser regulamentado pelo V Governo. Contudo, só houve enquadramento legislativo para o SNS em 1990 quando foi aprovada a Lei de Bases da Saúde.

Sobre o financiamento do sistema de saúde, até antes da legislação de 1971, os cuidados individuais de saúde nos hospitais eram da responsabilidade do “assistido”, ascendentes e descendentes e demais parentes com obrigação legal de alimentos (Simões, 2004). Para quem trabalhasse e beneficiasse da Previdência Social tinha as despesas de saúde pagas. Já os chamados remediados tinham a comparticipação dos municípios que pagavam os custos e os pensionistas tinham de pagar a totalidade dos custos.

Doenças entendidas como um perigo social, como a tuberculose, a lepra, a saúde mental (entre outras), era o Estado quem suportava as despesas.

Determinadas populações de trabalhadores, como da banca, função pública, tribunais, militares, foram obtendo uma gradual cobertura das despesas por encargo da entidade patronal que criava acordos com a Direção-Geral dos Hospitais.

Com a revolução de 1974, verificou-se a universalidade no acesso, tendo sido a partir desta fase que todos os serviços públicos de saúde passaram a ser financiados unicamente pelo Orçamento de Estado.

Atualmente o sistema de saúde português abarca o SNS, que representa o instrumento principal do setor público e que integra ainda o setor privado, empresarial, com e sem fins lucrativos. Trata-se de um contexto com muita complexidade, quer a nível social quer a nível político e económico.

Em Portugal os gastos na saúde correspondem a mais de 10% do PIB, dos quais três quartos do esforço são da parte pública tal significa que o crescimento está acima do crescimento do produto.

Existem cerca de 130 mil trabalhadores no Ministério da Saúde, nos setores privado e social, agentes e contratados algumas dezenas de milhar. O funcionamento dos serviços da saúde representa 15% da despesa pública primária.

O Serviço Nacional de Saúde surge como principal ator do sistema de saúde e como único apoio de 75% da população portuguesa que não pode escolher entre o SNS e o privado visto não ter subsistema.

Nos últimos anos têm-se assistido a inúmeras reformas e o investimento desde o início de 1980 tem conduzido a uma modernização do SNS. Uma parte importante do investimento público na saúde vai continuar a ter peso no Orçamento de Estado nas próximas três décadas, de acordo com os novos projetos que estão ser implementados tais como, a construção de novos hospitais. O custo estimado desse investimento prevê-se que atinja valores próximos de 2,2 a 2,5 mil milhões de euros.

A questão que importa refletir é sobre o financiamento da construção de novos hospitais e perguntar se pelo menos em alguns casos o SNS poderá ter a responsabilidade de assumir sozinho, os custos ou se esse financiamento terá de resultar de parceria pública-privadas.

Neste capítulo abordámos as novas formas de intervenção do Estado no setor Público - o Sistema Nacional de Saúde. A abordagem inicia-se com um enquadramento tradicional do Estado e fala-se na eficiência e na igualdade. Depois, falámos na Escola de Cambridge e na Escola de Chicago, duas perspetivas divergentes sobre o papel do Estado. Ainda neste capítulo foram analisados, outros conceitos: o Estado Minimalista, Parceria Desigual, Estado Providência ou o Estado de Bem-estar e o Estado Plural. Retrataram-se os Novos modelos de gestão pública, nomeadamente, a Nova Gestão Pública, Managerialismo e o Modelo da Governação.

Por fim, salientaram os Sistemas Nacionais de Saúde e refletiu-se sobre os Contextos e Desafios, culminando-se com o Sistema Nacional de Saúde: O Caso (Português) de Portugal.

Capítulo II: Abordagem Geral Sobre as Reformas dos Sistemas de Saúde em Portugal

1. Políticas públicas da saúde em Portugal

Neste capítulo iremos analisar as políticas públicas em saúde (Portugal), fazendo-o através de uma análise temporal – 1995 – 2011 – que coincide com os seis governos constitucionais que estiveram no poder daquele período.

- 1) XIII Governo Constitucional (1995-1999);
- 2) XIV Governo Constitucional (1999-2002);
- 3) XV Governo Constitucional (2002-2004);
- 4) XVI Governo Constitucional (2004-2005);
- 5) XVII Governo Constitucional (2005-2009);
- 6) XVIII Governo Constitucional (2009-2011).

1.1. XIII Governo Constitucional (1995-1999)

Neste período, o Primeiro-Ministro nomeado foi o António Guterres e a pasta da saúde ficou entregue a Maria de Belém Roseira.

Em matéria de saúde este governo do partido socialista defendeu em 1995 a manutenção do SNS como forma de garantir a universalidade da cobertura a toda a população portuguesa. O governo do partido socialista e os maiores partidos da oposição convergiram (no essencial) na importância em unanimidade da manutenção do SNS e da sua continuidade.

Segundo Simões, J. (2004) a convergência entre os principais partidos da oposição foi notória nos seguintes pontos:

- 1) Defesa da separação do financiamento e prestação do serviço;
- 2) Defesa da separação do financiamento e regulação do sistema;
- 3) Criação de um mercado interno e o mesmo regulado pelo Estado;
- 4) Concessão de mais autonomia e responsabilização às unidades prestadoras públicas;
- 5) Mudança no processo de financiamento das entidades prestadoras, nomeadamente, hospitais e centros de saúde;
- 6) Afetação regional de financiamento segundo os padrões de consumo efetivos de cuidados.

O Partido Socialista, em 1995, defendeu no seu programa eleitoral ser fundamental criar um conjunto de princípios reformadores na saúde em Portugal. Um dos objetivos seria reconhecer no sistema quais os setores e os mecanismos responsáveis pela ineficácia. Neste período, refletiu-se sobre a possibilidade de se abrir a gestão de unidades públicas ao setor privado, a chamada empresarialização dos hospitais públicos. Porém, esta posição por parte do partido socialista abrandou e suavizou-se no programa do XIII Governo Constitucional. Ainda assim, ficou expressa a necessidade de se efetuarem reformas estruturais profundas no SNS que pudessem ser implementadas de uma forma progressiva.

Os princípios reformadores foram muito genéricos, inconsistentes ou pouco esclarecedores, tais como: prever as receitas públicas; promover o equilíbrio orçamental do setor; comprometer os prestadores públicos; fomentar a igualdade. O governo ficou aquém de uma reforma profunda e não dinamizou um processo integral de reestruturação do sistema da saúde. As razões para tal atuação foram, essencialmente, ideológicas. Em 1997 o governo PS recusou uma proposta do PSD que pretendia alterar o artigo 64º da Constituição da República Portuguesa:

- «1. Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover;*
- 2. O direito à protecção da saúde é realizado:*
 - a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;*
 - b) Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a protecção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável;*
- 3. Para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:*
 - a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;*
 - b) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde;*
 - c) Orientar a sua acção para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos;*
 - d) Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade;*

e) Disciplinar e controlar a produção, a distribuição, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico;

f) Estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicodependência;

4. O serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada».

O PSD defendia a integração das entidades públicas e privadas e a matização dos princípios do SNS, especificamente na questão da saúde gratuita e redução dos custos com os cuidados médicos e com os medicamentos.

O governo acabou por defender um modelo pautado pela melhoria da saúde dos cidadãos e a rutura do princípio de “mais mercado”.

Ainda em 1997, o Ministério da Saúde anuncia um documento de índole política que designou por, “ *Saúde, um Compromisso. A Estratégia de Saúde para o virar do Século (1998-2002)* ” que acabaria por ser revisto em 1999. Nesta nova política pública da saúde destacam-se três aspetos:

- 1) Contratualização – remete para uma nova relação entre os contribuintes, agentes financiadores de serviços e prestadores de cuidados;
- 2) Nova administração pública da saúde – segundo uma reforma ao nível da gestão dos centros de saúde e hospitais;
- 3) Remuneração dos profissionais em função do desempenho.

O documento produzido pelo governo previa alterações estruturais. Algumas das resoluções e intervenções previstas já se encontravam implementadas, assinalando-as seguintes:

- 1) Centros de saúde de 3ª geração

O Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio, dotou os centros de saúde com maior dimensão de personalidade jurídica, autonomia administrativa, técnica e financeira.

O mesmo diploma contemplou a organização por equipas em unidades tecnicamente autónomas e ligadas em rede. O intuito do funcionamento por equipas pequenas multiprofissionais, na lógica do legislador, facilitaria questões como a das remunerações, sobretudo, a dos médicos. Desta forma, seria possível estabelecer critérios objetivos de desempenho com base na capitação ajustada aos doentes de uma lista e segundo fatores de desempenho definidos. Estes critérios já estavam contemplados no regime

remuneratório experimental dos médicos de clínica geral (Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de maio);

2) Novo estatuto hospitalar

Gestão pública mas com as regras do setor privado, designadamente na gestão dos recursos humanos e na aquisição de bens e serviços (Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de junho);

3) Centros de responsabilidade integrados nos hospitais

Os centros de responsabilidade surgem como níveis de gestão intermédia, integrando serviços iguais e com um órgão de gestão dotado de poder de decisão para atingir os objetivos e com um orçamento-programa estabelecido com o conselho de administração.

Foi, ainda, sugerido de forma empírica que se deveriam adotar modalidades de remuneração segundo o volume de atividade, os níveis de produtividade e a qualidade dos resultados (Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de setembro);

4) Sistemas locais de saúde.

A intenção manifesta no Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de maio, seria promover a saúde, aumentar a acessibilidade e diminuir as desigualdades.

Pretendia-se a integração dos cuidados, através de uma boa coordenação dos recursos, nomeadamente públicos, sociais e privados, na tentativa de diminuir a duplicação e salvaguardar o seu mau uso, evitando-se o não envolvimento de pessoas e grupos sociais;

5) Agências de contratualização

O Despacho Normativo n.º 46/97, de 8 de agosto, regulamentou, posteriormente, a constituição das agências de acompanhamento, denominadas de agências de contratualização. Estas agências surgiram com o objetivo de estudar as necessidades dos serviços de saúde. A finalidade seria garantir o bom uso dos recursos públicos e a maximização da eficiência e igualdade. As agências, ao identificarem as necessidades iriam depois sugerir aos conselhos de administração das Administrações Regionais de Saúde a partilha dos recursos financeiros pelas entidades de saúde da região. Por conseguinte, proceder-se-ia à “*contratualização*” dos cuidados de saúde e efetiva monitorização do desempenho por parte dessas entidades face à prestação de cuidados de saúde e do uso dos recursos financeiros;

Destaca-se a necessidade de se conhecer a opinião do cidadão para se perceber melhor qual o caminho que o sistema deveria seguir.

Em 1998, dois relatórios, o do Conselho de Reflexão sobre a Saúde (CRES) e o da OCDE influenciaram (essencialmente o último) as decisões tomadas neste período em matéria de

saúde. O relatório da OCDE atribuía uma avaliação negativa ao sistema nacional de saúde português.

Das recomendações do relatório da OCDE (1998), destaca-se o seguinte:

- Dar uma maior autonomia e responsabilidade financeira às entidades públicas;
- Promover competição entre os hospitais públicos e dotar as Administrações Regionais de Saúde de maior capacidade para celebrarem contratos de acordo com as necessidades;
- Aperfeiçoar a coordenação e a adaptação das instituições públicas e impulsionar a participação das autoridades locais na definição dos orçamentos;
- Alterar o sistema de remuneração dos médicos, acordando um salário base com um pagamento, segundo o desempenho e possibilitando às autoridades locais, em dar compensações especiais para atrair profissionais em áreas menos amplificadas;
- Promover a competição na prestação privada de cuidados de saúde e nas vendas de produtos farmacêuticos, anulando assim, as tabelas de preços de referência para os atos médicos e as percentagens fixas nos preços dos medicamentos vendidos nas farmácias e incentivando-se a venda de genéricos;

Ainda em 1998, o governo com o propósito de reduzir as listas de espera, iniciou o “*programa para a promoção do acesso*”. Este programa tinha um cabimento financeiro anual próprio e existia por parte da tutela a expectativa de que a reforma dos hospitais públicos iria permitir a redução das listas de espera.

Note-se que a Direção-Geral dos Hospitais, já em 1992, tinha chamado à atenção para a importância de se reduzir as listas de espera.

Este ciclo político conduzido pelo governo do PS concentrou-se em medidas dispersas com o objetivo de melhorar gradualmente a saúde. Ao mesmo tempo preparou as bases para uma reforma da saúde que necessitaria de um clima político mais favorável.

1.2. XIV Governo Constitucional (1999-2002)

Este período marca o começo de uma nova legislatura, embora com o mesmo primeiro-ministro, António Guterres. Neste XIV Governo Constitucional, sem o apoio de uma maioria parlamentar, surge um novo ministro da saúde – Manuela Arcanjo. É também neste período que a saúde aparece como uma matéria prioritária.

Sem grandes descontinuidades, o programa do XIV Governo Constitucional no que à saúde dizia respeito, pretendia:

- 1) A separação entre entidades financeiras e prestadoras;
- 2) A criação de unidades públicas dotadas de autonomia de gestão;
- 3) Incentivar a regimes de trabalho a tempo inteiro;
- 4) Incentivar a exclusividade;
- 5) Estimular a concorrência dentro do setor público prestador dos serviços de saúde.

O Relatório World Health (WHO, 2000) retratou Portugal¹, da seguinte forma:

- 1) O estado de saúde dos Portugueses estaria na 29^a posição;
- 2) Foi atribuída a 34^a posição quanto à distribuição da saúde;
- 3) Posição 38^a, relativamente, à resposta por parte dos serviços de saúde;
- 4) Portugal ficaria entre a 53^a e a 57^a posição respeitante à distribuição da resposta;
- 5) Entre a 58^a e a 60^a posição quanto à justiça na contribuição financeira, expressando o pior resultado no seio dos países da UE;

O pior resultado face à justiça na contribuição financeira por parte de Portugal não era uma novidade, pois esta realidade já vinha a acontecer desde sempre.

O mesmo relatório na avaliação do grau de eficiência do sistema, ao relacionar os recursos fornecidos à área da saúde com o nível do estado de saúde ou com a realização global dos cinco objetivos situaria Portugal:

- 1) Na Posição 13^a na relação, recursos fornecidos à área da saúde com o nível do estado de saúde;

¹ As posições indicadas referem-se a um conjunto de 191 países.

- 2) Posição 12^a na relação recursos fornecidos à área da saúde com a realização global dos cinco objetivos;

As intenções do governo viriam a ficar aquém das prioridades estabelecidas.

Entre 2001 e 2002 ocorre a substituição da ministra da saúde por António Correia de Campos. Após dezembro de 2001, o Ministro da Saúde António Campos Correia fica condicionado às funções de um governo de gestão, já que o primeiro-ministro António Guterres vio renunciar ao cargo.

Neste período retratado foram enunciadas várias medidas que não passaram à prática, segundo Campos e Simões (2011:141 e 142).

«ampliar os ganhos em saúde, aumentar a confiança dos cidadãos e a autoestima dos profissionais, melhorar a qualidade da despesa, promover a modernidade administrativa do Ministério da Saúde e da gestão – as suas conseqüências não deixaram de se sentir, em especial na área hospitalar, com o anúncio de nova concessão de gestão de um hospital público a uma entidade privada; a criação da estrutura de missão “parcerias saúde” pela resolução do Conselho de Ministros n.º 162/2001, que preparava o lançamento de parcerias público-públicas e público-privadas; a resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002 que anunciava o novo estatuto tipo de hospital, com natureza formal de entidade pública empresarial, a ser adotado casuisticamente mediante Decreto-Lei; e o Decreto-Lei n.º 39/2002 que alterou a forma de designação dos diretores clínicos e dos enfermeiros diretores dos hospitais, pondo fim à eleição prévia introduzida em 1996, e da direção técnica dos centros de saúde; no mesmo diploma fez aplicar aos hospitais as normas de direito privado na contratação de bens e serviços».

1.3. XV Governo Constitucional (2002-2004)

O XV Governo Constitucional foi um governo de coligação PSD/PP. O Primeiro-Ministro nomeado foi José Manuel Durão Barroso e a pasta da saúde foi entregue a Luís Filipe Pereira.

O PSD no seu programa eleitoral mostrou-se pouco reformador em matéria de saúde. O setor da saúde deveria assegurar:

- 1) A liberdade de escolha de cada português;

- 2) A articulação dos prestadores de serviços;
- 3) A separação entre o financiamento e a prestação;
- 4) O aumento da prescrição de medicamentos genéricos;
- 5) Que cada português tivesse um médico de família;
- 6) A continuidade do processo de empresarialização dos hospitais;
- 7) A criação de uma Entidade Reguladora independente.

Durante a campanha eleitoral o PSD não clarificou a sua posição ideológica sobre a área da saúde. Terá sido com a coligação PSD/PP que ficou definida a posição nesta área.

A coligação PSD/PP no XV Governo Constitucional veio defender um sistema misto, argumentando a ideia de complementaridade entre setores, público, privado e social.

Esta nova perspetiva sobre o Sistema Nacional de Saúde baseava, a sua organização e funcionamento na articulação de redes de cuidados primários, de cuidados diferenciados e de cuidados continuados.

Face a esta nova lógica da saúde, viria a ser produzida uma normativa sobre as redes de cuidados hospitalares, primários e continuados.

Em 2002 é publicado o novo regime jurídico da gestão hospitalar, Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, que introduz alterações à Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto) e teve por intenção possibilitar a execução de dois aspetos essenciais:

- 1) Contrato individual de trabalho enquanto regime laboral aplicado aos profissionais do Sistema Nacional de Saúde;
- 2) Constituir unidades de saúde com natureza de sociedades anónimas de capitais públicos.

O diploma elenca ainda a natureza jurídica dos hospitais integrados na rede.

Em relação aos hospitais do Setor Público Administrativo (SAP) e sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos (SA), em 2002 e 2003 o Governo criou legislação própria para estes modelos jurídicos.

No ano 2002 os Decretos-Leis n.ºs 272 a 302/2002, de 9,10 e 11 de dezembro, determinaram que trinta e um hospitais passassem a ser representados no modelo de SA.

Em 2003, o Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto, vem regular os hospitais do setor público administrativo quanto à forma de funcionamento. Estes hospitais apresentam uma organização diferente dos hospitais SA - órgãos de administração, apoio técnico, fiscalização e consulta. O mesmo diploma veio definir as competências do diretor de serviço, estabelecer a estrutura interna dos hospitais por serviços, por departamentos e ainda por unidades funcionais.

No ano de 2002 o Governo através do Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto, defende da conceção de parcerias na área da saúde. Campos e Simões (2011:147) assinalam que este diploma viria a determinar *«os princípios e instrumentos para o estabelecimento de parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados, entre o Ministério da Saúde ou outras instituições e serviços integrados no SNS e outras entidades, e que dispõe:*

- 1) as parcerias tem por objeto a associação duradoura de entidades dos sectores privado e social para a realização direta de prestações de saúde no âmbito do SNS;*
- 2) o âmbito das prestações pode englobar os cuidados de saúde primários, os diferenciados e os continuados;*
- 3) as parcerias envolvem uma ou mais das atividades de conceção, construção, financiamento, conservação e exploração dos estabelecimentos integrados ou a integrar no SNS;*
- 4) os instrumentos para o estabelecimento de parcerias são, entre outros, o contrato de gestão, o contrato de prestação de serviços e o contrato de colaboração;*
- 5) o contrato de gestão não pode exceder o prazo de trintas anos».*

O Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, produziu uma enorme reforma ao nível dos cuidados de saúde primários. Este diploma promulgou a criação da Rede Nacional de Cuidados de Saúde, capaz de prestar cuidados de saúde primários aos utentes do SNS. Esta rede, além de ser constituída por Centros de Saúde integrados no SNS, integrava entidades do sector privado, profissionais e agrupamentos de profissionais em regime liberal, com os quais seriam efetuados contratualizações.

Importa mencionar que este diploma só recebeu a concordância do Presidente da República de então, porque foi feita uma referência no mesmo de que entraria em vigor, ao mesmo tempo, um diploma regulamentar de criação de uma entidade reguladora. Esta entidade reguladora da saúde

tinha por objetivo enquadrar a participação e o modo de atuação dos operadores privados e sociais na prestação de serviços públicos da saúde. Outro documento publicado neste período político em matéria de saúde, foi o Decreto-Lei n.º 281/2003, de 8 de Novembro. Veio possibilitar o alargamento do conceito de rede, aplicado aos cuidados continuados de saúde. Os cuidados de saúde continuados poderiam ser prestados por entidades, desde que em conformidade com a legislação dos cuidados hospitalares e primários. Estas entidades poderiam prever as seguintes figuras jurídicas: estabelecimentos públicos, instituições particulares de solidariedade social e estabelecimentos privados com ou sem fins lucrativos. A tipologia de serviços prévia a existência de unidades de internamento, unidades de recuperação global e unidades móveis domiciliárias.

O Decreto-Lei n.º 271/2002, de 2 de Dezembro e o Decreto-Lei n.º 270/2002, de 2 Dezembro instituíram medidas no sentido da redução de custos. O primeiro diploma está relacionado com a promoção dos medicamentos genéricos autorizados, enquanto o segundo respeita ao estabelecimento dos preços de referência dos medicamentos. Os preços de venda ao público, quando ultrapassassem os preços de referência, deveriam ser comparticipados pelo Estado.

O objetivo destas medidas foi aumentar o consumo dos genéricos e, por conseguinte, o controlo do crescimento das despesas no SNS. Tal, veio de facto a cumprir-se.

Simões, J. (2004) refere que face ao período em reflexão, em termos da responsabilidade financeira houve um aumento da percentagem do PIB relacionado com a saúde, acima da média europeia com uma acentuada subida em 2003.

1.4. XVI Governo Constitucional (2004-2005)

O XVI Governo Constitucional continuou a ser um governo de coligação PSD/PP e foi presidido por Pedro Santana Lopes. O Ministério da Saúde continuou entregue a Luís Filipe Pereira, tal como no anterior governo. Este governo iniciou funções a 17.07.04 e cessou o mandato a 12.03.05.

O Presidente da República, em dezembro de 2004, dissolveu o Parlamento e convocou eleições legislativas antecipadas, dessa forma determinando o fim XVI Governo Constitucional.

O XVI Governo Constitucional não efetuou reformas de saúde durante o seu mandato. Na análise do percurso de quase oito meses de governação, observa-se que não foram produzidas

políticas de saúde em que seja possível reconhecer aspetos marcantes em termos da constituição e da organização do sistema de saúde português.

1.5. XVII Governo Constitucional (2005-2009)

O XVII Governo Constitucional foi presidido por José Sócrates que obteve maioria absoluta nas eleições. Entre 12.03.05 e 29.01.08 o Ministro da Saúde foi António Correia de Campos; após 29.01.08 foi Ana Maria Teodoro Jorge.

Este governo teve por intenção, harmonizar princípios de afirmação ideológica do Serviço Nacional de Saúde com a necessidade de introduzir medidas para o modernizar e tornar financeiramente sustentável.

Na última década do século XX, a saúde apresentou um aumento da despesa pública em Portugal. Em termos concretos, significou uma subida da despesa média anual de 5,3%, enquanto o crescimento médio anual da economia portuguesa foi de 2,4%. Comparando-se os gastos na saúde, com o comportamento da economia portuguesa, observa-se que a despesa com a saúde aumentou em cerca de três pontos percentuais acima da economia.

A ineficiente gestão financeira da saúde ao longo dos anos resulta de políticas não devidamente pensadas, erradas, inacabadas e não congruentes. A inexistência de decisões, a falta de volume e orientação do investimento público, também adensou o problema da despesa da saúde – variáveis endógenas.

O aumento da despesa pública da saúde esteve mais relacionado com variáveis exógenas e não tanto devido a variáveis endógenas. As variáveis exógenas dizem respeito:

- 1) Ao regime remuneratório;
- 2) As garantias de carreira da função pública;
- 3) Às tecnologias;
- 4) Ao marketing de consumíveis;
- 5) Aos serviços adquiridos ao exterior;
- 6) Aos ritmos de formação de especialistas;
- 7) À pressão das autarquias em matéria de investimento.

As grandes medidas do XVII Governo Constitucional foram:

- 1) A criação das Unidades de Saúde Familiares (USF);
- 2) A criação da Rede de Cuidados Continuados Integrados (RCCI);
- 3) Tornar a saúde mais eficiente (em relação às contas).

O Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto, enquadra o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF, assim como, o regime de incentivos de todos os seus elementos.

As USF têm por missão garantir e melhorar a saúde dos utentes que abrangem, fornecendo a prestação de cuidados de saúde gerais, de forma personalizada, com acessibilidade e continuidade, sem descurar os contextos sociofamiliares dos utentes.

A constituição de uma USF exige os seguintes pressupostos:

- 1) Equipas pequenas e multiprofissionais que se organizam por iniciativa própria;
- 2) Dotadas de autonomia organizativa funcional e técnica;
- 3) Carteira básica de serviços que é contratualizada;
- 4) A produtividade, acessibilidade e qualidade são recompensadas segundo um sistema retributivo.

«O modelo remunera os médicos e enfermeiro em função da capitação e por alguns atos específicos, o que permite que se possam rapidamente mudar as prioridades na saúde pública. Recompensa melhor os profissionais que mantiverem a população com melhores níveis de saúde, porque não retribui apenas segundo o número de consultas, mas premeia a satisfação das pessoas, que tenderão a querer estar inscritas onde se sintam melhor. Significa que tudo aquilo que esteja associado à produtividade dos médicos, como a atividade que desenvolvam além do horário normal de 35 horas semanais, o número de doentes que atendam sobre a sua própria lista, a quantidade de grávidas e doentes crónicos que sigam, entre outras variáveis, corresponderão a valores integrados na remuneração regular de cada médico» (Campos e Simões, 2011-154).

O Governo, em 2006, aprovou o Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, respeitante à Rede Nacional de Cuidados Continuados de Saúde a Idosos e Dependentes (RNCCI). Este diploma pretendeu dar uma resposta a um problema grave na sociedade e colmatar uma falha do SNS. O problema grave dizia respeito aos milhares de idosos doentes, que já não apresentavam condições de tratamento em hospitais, nem poderiam ser recebidos pelas famílias ou na própria comunidade.

A criação desta rede está assente numa perspetiva de prestação de cuidados continuados e no desenvolvimento da sua autonomia.

Os cuidados continuados ou de longa duração para os idosos e cidadãos que estejam dependentes estabelecem:

- Em 1º lugar – intersectorialidade (saúde e apoio social);
- Em 2º lugar – multidisciplinariedade (médico de família, enfermeiro, dietista, assistente social, psicólogo, higienista (outras especialidades));
- Em 3º Lugar – realização de parcerias em instituições privadas de solidariedade social, misericórdias e ordens religiosas.

Outro diploma que trouxe mudanças significativas na organização dos cuidados de saúde primários, foi o Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro, que estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Este diploma conferiu uma nova autonomia, tendo por base um modelo de contratualização face às Administrações Regionais de Saúde.

A outra grande preocupação do XVII Governo Constitucional foi a boa gestão das contas na saúde. Esta intenção passava pela aplicação de medidas ao nível da consolidação orçamental, nomeadamente: medicamentos (vendidos nas farmácias e os dispensados em hospitais) e convenções (meios complementares de diagnóstico e terapêutica) estabelecidos entre o SNS e os prestadores privados.

Os mesmos autores referem que em relação ao SNS o Governo no Orçamento de Estado para 2006, estipulou os mesmos valores obtidos no final de 2005. De 2005 para 2006 o valor aumentou 3,7 milhões (de 7.634.0 milhões para 7.637.7 milhões).

No ano de 2007, o Orçamento de Estado apresentou um conjunto de medidas para a contenção de gastos, quer para os medicamentos, quer para as convenções.

- «1) Nova redução de 6% no preço de venda a público dos medicamentos comparticipados;*
- 2) Criação de novas taxas moderadoras de 5 euros por dia no internamento até dez dias e de 10 euros na cirurgia de ambulatório, mantendo-se todas as isenções anteriores;*
- 3) Fixação em 0% do crescimento em 2007 sobre a despesa com convenções verificada em 2006, adotando-se mecanismos de variação de preços em relação inversamente proporcional ao crescimento da quantidade;*

4) Redução dos escalões de participação do SNS no preço dos medicamentos participados, de um ponto percentual na anterior participação de 70%, de três pontos na anterior participação de 40% e de cinco pontos na anterior participação de 25%;

5) 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, medidas válidas para todos os procedimentos concursais (Campos e Simões, 2011-157).

De 2005 a 2007 o orçamento do SNS não foi alterado e só em 2008 aumentou 225 milhões.

Outra medida importante deste Governo teve a ver com a perda de exclusividade, da propriedade da farmácia por parte do farmacêutico. Esta medida possibilitou a melhoria na acessibilidade e criou mais competitividade.

1.6. XVIII Governo Constitucional (2009-2011)

O XVIII Governo Constitucional de Portugal foi constituído após as eleições legislativas de 27.09.09, em que o Partido Socialista ganhou com uma maioria relativa. O Governo Socialista entrou em funções a 26.10.09 e apresentou a sua demissão a 23.03.11, depois de ter sido rejeitado o novo Programa de Estabilidade e Crescimento. Esteve em funções como Governo de Gestão até 21.06.11, data da tomada de posse do XIX Governo Constitucional.

O XVIII Governo Constitucional esteve em funções durante um ano e cinco meses aproximadamente. Não se realizaram reformas significativas neste curto mandato. Durante o período de governação, conclui-se que não foram lançadas políticas de saúde em que seja possível identificar medidas significativas respeitantes à constituição e organização do sistema de saúde português.

Capítulo III: Estudo Empírico

1. Introdução

A elaboração deste capítulo iniciar-se-á com a definição do problema sendo que a mesma será estruturada segundo quatro itens fundamentais. Importa mencionar que estes quatro pontos definem o objeto de estudo da investigação esperando-se que através da análise das questões formuladas, seja possível obter um entendimento objetivo e esclarecedor da temática colocada.

Numa segunda parte será introduzida a metodologia usada apresentando-se as quatro temáticas que foram objeto de estudo.

Por fim, numa terceira parte será feita a análise dos dados de acordo com a construção teórica e metodologia seguida.

As principais conclusões serão expressas nas considerações finais.

2. Definição do problema

Na análise geral efetuada no 2º capítulo sobre as reformas dos sistemas de saúde em Portugal (XIII ao XVIII), espera-se identificar qual ou quais o (s) Governo (s) Constitucional (ais) mais reformador (es). Importa perceber se, na prática concreta, um Governo Constitucional PS foi mais reformador dos sistemas de saúde do que um Governo Constitucional de Coligação PSD-PP. Por fim, importa compreender se apesar das distintas marcas ideológicas defendidas pelos diferentes partidos é possível identificar posições convergentes ao nível das medidas reformadoras dos sistemas de saúde Português no respeitante às ideias da Nova Gestão Pública e sua aplicação.

Num primeiro item, pretende-se saber quais as principais medidas reformadoras dos sistemas de saúde em Portugal e alterações estruturais, havidas nos seis Governos Constitucionais analisados no capítulo 2 (XIII – XVIII).

Num segundo item far-se-á o enquadramento das medidas atrás identificadas de acordo com as Componentes Doutrinárias da Nova Gestão Pública – determinar qual a componente que está mais em evidência na medida.

Num terceiro item contabilizamos os conceitos chave da Nova Gestão Pública nas principais medidas reformadoras dos sistemas de saúde em Portugal, efetuadas pelos Governos Constitucionais estudados.

No último item identificaremos a maior/menor presença do managerialismo nas reformas de saúde efetuadas pelos governos que foram objeto de análise.

3. Metodologia

A metodologia usada consistiu na análise de dados e análise de conteúdo de seis diferentes Governos Constitucionais (XIII, XIV, XV, XVI, XVII e XVIII), feita através de quatro temáticas.

A primeira temática é a identificação das principais medidas reformadoras dos sistemas de saúde em Portugal e alterações estruturais havidas, sendo cada uma delas sinteticamente apresentadas.

A segunda temática prende-se com o enquadramento das medidas reformadoras de acordo com as sete Componentes Doutrinárias da Nova Gestão Pública descritas por Hood (1991). As sete Componentes Doutrinárias da Nova Gestão Pública são as seguintes:

- 1) Poder na Gestão Profissional do Setor público;
- 2) Aplicação de medidas explícitas de desempenho;
- 3) Maior importância no controlo dos outputs;
- 4) Mudança para a desagregação das unidades do setor público;
- 5) Mudança para uma maior competição no setor público;
- 6) Realce nos estilos de gestão praticados no setor privado;
- 7) Realce em termos de uma maior disciplina e moderação no uso dos recursos.

A terceira temática passa por analisar a real importância de dez conceitos chave da Nova Gestão Pública nas medidas reformadoras dos sistemas de saúde em Portugal efetuadas pelos seis Governos Constitucionais. Os dez conceitos chave da Nova Gestão Pública são os seguintes:

- a) Serviço aos clientes - considerados como os principais interessados na prestação dos serviços, em que o conhecimento das suas necessidades e conseqüente satisfação são primordiais;

- 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 objetivos a que a organização se propõe;
- c) Competição, através da adoção dos mecanismos de mercado (marketização), nomeadamente dos incentivos e da escolha pelos utilizadores dos serviços públicos;
- 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);
- e) Governança – criação de redes e parcerias entre a organização pública e outras organizações privadas e do terceiro sector reengenharia governamental: através da separação entre política e gestão, dando aos gestores maior autonomia na prossecução do interesse público;
- f) Ênfase no Value-for-money, que se compõe pelos conceitos de economia, eficiência e effectiveness;
- g) Ênfase nos outputs (bens produzidos e/ou serviços prestados) e nos outcomes (impactos que esses bens e/ ou serviços tiverem na população) em detrimento dos inputs;
- h) Medição da qualidade na prestação dos serviços públicos;
- i) Accountability – ou responsabilização perante os políticos e/ ou eleitorado;
- j) Remuneração - através da adoção de sistemas de desempenho que se baseiam em resultados.

Por fim, a quarta temática termina com a identificação da maior/menor presença do managerialismo nas principais medidas reformadoras dos sistemas de saúde em Portugal, recorrendo-se, para tal, às oito características descritas por Peters e Waterman (1987):

1. Índole para a ação – Não chega decidir, é necessário atuar após a decisão. É fundamental que se formem grupos de trabalho no interior da organização que possam melhorar os bens produzidos ou os serviços fornecidos. É importante ir ao encontro das expectativas dos clientes;
2. As organizações devem estar próximas dos clientes – O cliente assume ser o elemento essencial de uma qualquer organização. As necessidades e expectativas devem ser sempre conhecidas. As organizações têm de saber ouvir os clientes;
3. Autonomia e espírito de empresa – Organizações de excelência promovem a iniciativa dos seus colaboradores e procuram desenvolver melhores condições com o intuito de aperfeiçoar o contexto de trabalho, produzir ou melhorar novos produtos;

4. Produtividade – Os colaboradores são o elemento fundamental de uma qualquer organização e como tal, devem ser tratados com respeito. É crucial desenvolver um bom ambiente de trabalho entre os colaboradores pois irá refletir-se no aumento de produtividade e no melhoramento de produtos e serviços. As pessoas têm de ser motivadas o que conduzirá a um maior desempenho;
5. Criação de valores – Qualquer organização deve ter os seus próprios valores;
6. Manter-se no ramo que se domina – As organizações devem manter-se no seu ramo de negócios, pois aumentam as probabilidades de um bom desempenho. A dispersão por outras áreas pode revelar-se negativo e desastroso;
7. Formas simples e equipas pequenas de administração – As organizações devem evitar estruturas rígidas e ser constituídas por grupos grandes de colaboradores. Em organizações de estruturas flexíveis e pequenas impera a coordenação e reduz-se a burocracia;
8. Propriedades simultaneamente apertadas e flexíveis – As organizações de excelência permitem aos colaboradores terem um certo grau de autonomia e são descentralizadas.

4. Análise

A análise e apresentação dos dados serão feitas seguindo o seguinte esquema:

Quadro 1 – Governo Analisado versus Temática 1, 2, 3, 4

Governo Analisado	Temática 1: Apresentação das Principais Medidas das Reformas de Saúde
	Temática 2: Reformas de Saúde e Componentes Doutriniais e Nova Gestão Pública
	Temática 3: Reformas da Saúde e Conceitos Chave da Nova Gestão Pública
	Temática 4: Reformas da Saúde e Managerialismo

5. XIII Governo Constitucional (1995-1999)

5.1. Temática 1 (medidas reformadoras na área da saúde)

A tabela 1 sintetiza as principais medidas reformadoras na área da saúde produzidas pelo XIII Governo Constitucional.

Tabela 1
Medidas Reformadoras na Área da Saúde

	ANO	DIPLOMA
XIII Governo Constitucional	- Primeiro-Ministro António Guterres	
	- Ministra da Saúde Maria de Belém Roseira	
	1. 1996 de 04 de Setembro	1. Decreto-Lei n.º 161/96, de 04 de Setembro
	2. 1997 de 8 de Agosto	2. Despacho Normativo n.º 46/97, de 8 de Agosto
	3. 1998 de 21 de Abril	3. Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril
	4. 1998 de 5 de Maio	4. Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de Maio
	5. 1998 de 5 de Junho	5. Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de Junho
	6. 1999 de 27 de Abril	6. Portaria n.º 288/99, de 27 de Abril
	7. 1999 de 10 de Maio	7. Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de Maio
8. 1999 de 10 de Maio	8. Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio	
9. 1999 de 18 de Setembro	9. Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de Setembro	

Decreto-Lei n.º 161/96 de 04 de Setembro

O Decreto-Lei n.º 161/96, de 04 de Setembro veio regulamentar o exercício profissional da enfermagem, definir conceitos e caracterizar quais os cuidados de saúde, distingue, ainda, as competências dos profissionais que legalmente estão capacitados a efetuá-los e esclarecer a responsabilidade, direitos e deveres dos enfermeiros.

Despacho Normativo n.º 46/97 de 8 de Agosto

O Despacho Normativo n.º 46/97, pretendeu trazer o cidadão para o centro do Sistema Nacional de Saúde considerando os seus direitos e responsabilidades.

Este diploma veio regulamentar a instalação e funcionamento das agências de acompanhamento dos serviços de saúde junto das administrações regionais de saúde, cuja intenção seria compreender as necessidades e salvaguardar os interesses dos cidadãos e da sociedade com o objetivo de uma utilização sensata dos recursos e prestação dos cuidados de saúde. Para além da importância dada aos cidadãos, pretendeu-se delimitar, no diverso conjunto de competências descentralizadas das administrações regionais de saúde, as competências de gestão estratégica.

Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril

O Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril aprova o estatuto da Ordem dos Enfermeiros. São objetivos deste estatuto a promoção, a regulamentação e a disciplina da prática dos enfermeiros.

Decreto-Lei n.º 117/98 de 5 de Maio

Este diploma prende-se com a necessidade de se melhorar o desempenho das instituições prestadoras de cuidados de saúde dentro de uma lógica da procura de soluções inovadoras capazes de criar ganhos em saúde e de aumentar a satisfação dos utilizadores e dos profissionais. Neste normativo está expresso um regime remuneratório experimental, de aplicação limitada, para os médicos da carreira de clínica geral, adequado à natureza e especificidade das atividades por eles desenvolvidas.

Decreto-Lei n.º 151/98 de 5 de Junho

O Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de Junho previu a realização de uma experiência inovadora de gestão no Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira, com vista à adoção de um modelo de gestão adequado à continuação dos fins da instituição, o que significou a utilização de instrumentos, técnicas e métodos flexíveis e ágeis, próprios de uma gestão de tipo empresarial.

Portaria n.º 288/99 de 27 de Abril

A Portaria n.º 288/99, de 27 de Abril, cria no âmbito do Ministério da Saúde, o Instituto da Qualidade em Saúde, dotado de autonomia científica, técnica e administrativa. A criação deste instituto surge da importância da qualidade na saúde, enquanto requisito de todos os envolvidos na prestação de cuidados.

Decreto-Lei n.º 156/99 de 10 de Maio

O Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de Maio veio instituir os sistemas locais de saúde, conjuntos de recursos articulados ao nível da complementaridade e organizados por critérios geográfico-populacionais, facilitadores da participação social e em articulação com uma rede de referenciação hospitalar.

Este diploma pretendeu aperfeiçoar e consolidar o Serviço Nacional de Saúde, através de uma maior acessibilidade à prestação de cuidados, bem como a garantia da sua efetiva continuidade, técnica e social.

O diploma expressa que o conceito de unidade funcional de saúde deve desenvolver-se no sentido de serem criados mecanismos de convergência ao nível dos recursos, de participação ativa e corresponsabilização não apenas de serviços, mas também, de instituições (públicas e privadas), a uma área geográfica de abrangência.

Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio

O Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, determinou o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde.

O Governo considerou este diploma imprescindível relativamente à reformulação do quadro legal que veio dotar os centros de saúde de personalidade jurídica e criar um nível de gestão local.

A personalidade jurídica dos centros de saúde permitiu um maior nível de autonomia e veio possibilitar interações mais estáveis num processo de articulação interinstitucional e de integração entre diferentes unidades de saúde, ao nível dos sistemas locais de saúde.

Este diploma viria a assentar num modelo flexível, com orientações gerais, permitindo encontrar as soluções mais adequadas a cada situação concreta de acordo com cada centro de saúde.

Decreto-Lei n.º 374/99 de 18 de Setembro

O Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de Setembro, veio regular a necessidade de se harmonizar um conjunto de instrumentos no sentido da desburocratizar e agilização de recursos, sem colidir com a essência e valores a que o hospital público deve obedecer.

A organização interna dos hospitais em centros de responsabilidade integrados visava uma maior eficiência e acessibilidade, através de um maior envolvimento e responsabilização dos profissionais pela gestão dos recursos disponíveis.

A criação dos centros de responsabilidade integrados significou uma reengenharia hospitalar e veio representar a criação de órgãos de gestão intermédia sem se fragmentar o conjunto.

5.2. Temática 2 (reformas da saúde e componentes doutrinárias da Nova Gestão Pública)

A tabela 2 sintetiza a identificação das medidas reformadoras do XIII Governo Constitucional, relativamente às sete componentes doutrinárias da Nova Gestão Pública.

As Reformas do Setor Público na Saúde em Portugal: Duas Décadas de Mudanças (1995-2011)

Tabela 2

Reformas de Saúde e Componentes Doutriniais e Nova Gestão Pública

Governos XIII									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	1. Decreto-Lei n.º 161/96, de 04 de Setembro	2. Despacho Normativo n.º 46/97, de 8 de Agosto	3. Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril	4. Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de Maio	5. Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de Junho	6. Portaria n.º 288/99, de 27 de Abril	7. Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de Maio	8. Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio	9. Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de Setembro
Componentes Doutriniais da Nova Gestão Pública	1) Poder na gestão profissional do setor público	5) Mudança para uma maior competição no setor público	1) Poder na gestão profissional do setor público	2) Aplicação de medidas explícitas de desempenho	6) Realce nos estilos de gestão praticados no setor privado	5) Mudança para uma maior competição no setor público	4) Mudança para a desagregação das unidades do setor público	5) Mudança para uma maior competição no setor público	6) Realce nos estilos de gestão praticados no setor privado
	O presente Decreto-Lei define os princípios gerais respeitantes ao exercício profissional dos enfermeiros, constituindo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.	Regulação da instalação e funcionamento da Agência de acompanhamento dos serviços de Saúde.	É criada a Ordem dos Enfermeiros e aprovado o seu Estatuto.	O diploma estabelece o regime remuneratório experimental, de aplicação limitada, para os médicos da carreira de clínica geral que exerçam funções nos centros de saúde.	Experiência inovadora de gestão no Hospital de São Sebastião	Criação no âmbito do Ministério da Saúde, o Instituto da Qualidade em Saúde	O presente diploma estabelece o regime dos sistemas locais de saúde. Um SLS é constituído pelos centros de saúde, hospitais e outros serviços e instituições, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, com intervenção, Direta ou indireta, no domínio da saúde, numa determinada área geográfica de uma região de saúde.	O diploma estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde.	O diploma regula a necessidade de se harmonizar um conjunto de instrumentos no sentido de desburocratizar, agilizar e sustentar um melhor uso dos recursos.

Quadro 2: Reformas de Saúde e Componentes Doutriniais e Nova Gestão Pública
(Quadro Síntese)

Componente Dominante	N.º de vezes em relação aos nove diplomas estudados
1) Poder na gestão profissional do setor público	2
2) Aplicação de medidas explícitas de desempenho	1
3) Maior importância no controlo dos outputs	0
4) Mudança para a desagregação das unidades do setor público	1
5) Mudança para uma maior competição no setor público	3
6) Realce nos estilos de gestão praticados no setor privado	2
7) Realce em termos de uma maior disciplina e moderação no uso dos recursos	1

A componente dominante 5) *Mudança para a desagregação das unidades do setor público*, surge em três diplomas de entre os nove diplomas estudados.

A componente dominante 1) *Poder na gestão profissional do setor público* e a componente dominante 6) *Realce nos estilos de gestão praticados no setor privado* surgem cada qual em dois diplomas dos nove diplomas estudados.

A componente dominante 2) *Aplicação de medidas explícitas de desempenho*, 4) *Mudança para a desagregação das unidades do setor público* e a componente dominante 7) *Realce em termos de uma maior disciplina e moderação no uso dos recursos* surgem cada qual em um diploma dos nove diplomas estudados.

A componente dominante 3) *Maior importância no controlo dos outputs* não surge em nenhum dos nove diplomas.

5.3. Temática 3 (reformas da saúde e conceitos chave da Nova Gestão Pública)

A tabela 3 representa a análise das reformas da saúde através da contabilização dos conceitos chave da Nova Gestão Pública.

Tabela 3
Reformas da Saúde e Conceitos Chave da Nova Gestão Pública

Governo XIII								
Conceitos-chave								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Decreto-Lei n.º 161/96, de 04 de Setembro	2. Despacho Normativo n.º 46/97, de 8 de Agosto	3. Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril	4. Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de Maio	5. Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de Junho	6. Portaria n.º 288/99, de 27 de Abril	7. Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de Maio	8. Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio	9. Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de Setembro
A 18	A 8	A 1	A 13	A 2	A 0	A 2	A 13	A 1
B 1	B 0	B 2	B 0	B 3	B 5	B 0	B 7	B 1
C 0	C 0	C 2	C 0	C 1	C 0	C 0	C 2	C 5
D 0	D 3	D 0	D 0	D 7	D 5	D 3	D 3	D 16
E 0	E 0	E 0	E 0	E 0	E 0	E 0	E 2	E 0
F 1	F 2	F 0	F 0	F 1	F 0	F 2	F 2	F 5
G 10	G 15	G 11	G 9	G 29	G 12	G 17	G 68	G 30
H 3	H 0	H 24	H 3	H 9	H 10	H 2	H 9	H 7
I 0	I 0	I 0	I 0	I 0	I 0	I 1	I 1	I 1
J 1	J 2	J 1	J 20	J 4	J 2	J 3	J 11	J 10

**Quadro 3: Reformas da Saúde e Conceitos Chave da Nova Gestão Pública
(Quadro Síntese)**

Conceitos Chave	Contabilização dos conceitos chave em relação aos nove diplomas estudados
a) <u>Serviço aos clientes</u> - considerados como os principais interessados na prestação dos serviços, em que o conhecimento das suas necessidades e consequente satisfação são primordiais;	58
b) <u>Liderança e empreendedorismo</u> – os colaboradores públicos necessitam de autonomia para executarem as suas tarefas, para que através dos meios que estes procuram consigam alcançar os objetivos a que a organização se propõe;	19
c) <u>Competição</u> , através da adoção dos mecanismos de mercado (marketização), nomeadamente dos incentivos e da escolha pelos utilizadores dos serviços públicos;	10
d) <u>Contratualização</u> – 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);	37
e) <u>Governança</u> – criação de redes e parcerias entre a organização pública e outras organizações privadas e do terceiro sector reengenharia governamental: através da separação entre política e gestão, dando aos gestores maior autonomia na prossecução do interesse público;	2
f) <u>Ênfase no Value-for-money</u> , que se compõe pelos conceitos de economia, eficiência e effectiveness;	13
g) <u>Ênfase nos outputs</u> (bens produzidos e/ou serviços prestados) e nos outcomes (impactos que esses bens e/ ou serviços tiverem na população) em detrimento dos inputs;	201
h) <u>Medição da qualidade</u> na prestação dos serviços públicos;	67
i) <u>Accountability</u> – ou responsabilização perante os políticos e/ ou eleitorado;	3
j) <u>Remuneração</u> - através da adoção de sistemas de desempenho que se baseiam em resultados.	54

Da contabilização dos conceitos chave destaca-se que o conceito chave *Ênfase nos outputs* (201 vezes).

Seguiu-se o conceito chave *Medição da qualidade na prestação dos serviços públicos* (61 vezes). A seguir surge o conceito chave *Remuneração* (54 vezes).

O conceito chave menos usado foi o *Governança* (2 vezes). Também o conceito *Accountability* – ou *responsabilização perante os políticos e/ ou eleitorado*, surge somente, três vezes nos nove diplomas estudados do XIII Governo Constitucional.

5.4. Temática 4 (reformas da saúde e managerialismo)

Na tabela 4 identifica-se a presença do managerialismo nas principais medidas reformadoras dos sistemas de saúde em Portugal.

As Reformas do Setor Público na Saúde em Portugal: Duas Décadas de Mudanças (1995-2011)

Tabela 4
Reformas da Saúde e Managerialismo

Governo XIII								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Decreto-Lei n.º 161/96, de 04 de Setembro	2. Despacho Normativo n.º 46/97, de 8 de Agosto	3. Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril	4. Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de Maio	5. Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de Junho	6. Portaria n.º 288/99, de 27 de Abril	7. Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de Maio	8. Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio	9. Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de Setembro
<p>3. Autonomia e espírito de empresa – Organizações de excelência promovem a iniciativa dos seus colaboradores e procuram desenvolver melhores condições com o intuito de aperfeiçoar o contexto de trabalho, produzir ou melhorar novos produtos</p> <p>O presente Decreto-Lei define os princípios gerais respeitantes ao exercício profissional dos enfermeiros, constituindo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.</p>	<p>2. As organizações devem estar próximas dos clientes – O cliente assume ser o elemento essencial de uma qualquer organização. As necessidades e expectativas devem ser sempre conhecidas. As organizações têm de saber ouvir os clientes</p> <p>O diploma regula a instalação e funcionamento da Agência de acompanhamento dos serviços de Saúde.</p>	<p>4. Produtividade - Os colaboradores são o elemento fundamental de uma qualquer organização e como tal, devem ser tratados com respeito. É crucial desenvolver um bom ambiente de trabalho entre os colaboradores pois irá refletir-se no aumento de produtividade e no melhoramento de produtos e serviços. As pessoas têm de ser motivadas o que conduzirá a um maior desempenho</p> <p>É criada a Ordem dos Enfermeiros e aprovado o seu Estatuto.</p>	<p>4. Produtividade - Os colaboradores são o elemento fundamental de uma qualquer organização e como tal, devem ser tratados com respeito. É crucial desenvolver um bom ambiente de trabalho entre os colaboradores pois irá refletir-se no aumento de produtividade e no melhoramento de produtos e serviços. As pessoas têm de ser motivadas o que conduzirá a um maior desempenho</p> <p>O diploma estabelece o regime remuneratório experimental, de aplicação limitada, para os médicos da carreira de clínica geral que exerçam funções nos centros de saúde.</p>	<p>7. Formas simples e equipas pequenas de administração – As organizações devem evitar estruturas rígidas e ser constituídas por grupos grandes de colaboradores. Em organizações de estruturas flexíveis e pequenas impera a coordenação e reduz-se a burocracia</p> <p>Experiência inovadora de gestão no Hospital de São Sebastião</p>	<p>1. Índole para a ação – Não chega decidir, é necessário atuar após a decisão. É fundamental que se formem grupos de trabalho no interior da organização que possam melhorar os bens produzidos ou os serviços fornecidos. É importante ir ao encontro das expectativas dos clientes</p> <p>Criação no âmbito do Ministério da Saúde, o Instituto da Qualidade em Saúde</p>	<p>7. Formas simples e equipas pequenas de administração – As organizações devem evitar estruturas rígidas e ser constituídas por grupos grandes de colaboradores. Em organizações de estruturas flexíveis e pequenas impera a coordenação e reduz-se a burocracia</p> <p>O presente diploma estabelece o regime dos sistemas locais de saúde. Um SLS é constituído pelos centros de saúde, hospitais e outros serviços e instituições, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, com intervenção, Direta ou indireta, no domínio da saúde, numa determinada área geográfica de uma região de saúde.</p>	<p>8. Propriedades simultaneamente apertadas e flexíveis – As organizações de excelência permitem aos colaboradores terem um certo grau de autonomia e são descentralizadas</p> <p>O diploma estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde.</p>	<p>7. Formas simples e equipas pequenas de administração – As organizações devem evitar estruturas rígidas e ser constituídas por grupos grandes de colaboradores. Em organizações de estruturas flexíveis e pequenas impera a coordenação e reduz-se a burocracia</p> <p>O diploma regula a necessidade de se harmonizar um conjunto de instrumentos no sentido de desburocratizar, agilizar e sustentar um melhor uso dos recursos.</p>

Quadro 4: Reformas da Saúde e Managerialismo

(Quadro Síntese)

Caraterísticas do Managerialismo	N.º de vezes em relação aos nove diplomas estudados
<u>1. Índole para a ação</u> – Não chega decidir, é necessário atuar após a decisão. É fundamental que se formem grupos de trabalho no interior da organização que possam melhorar os bens produzidos ou os serviços fornecidos. É importante ir ao encontro das expetativas dos clientes;	1
<u>2. As organizações devem estar próximas dos clientes</u> – O cliente assume ser o elemento essencial de uma qualquer organização. As necessidades e expetativas devem ser sempre conhecidas. As organizações têm de saber ouvir os clientes;	1
<u>3. Autonomia e espírito de empresa</u> – Organizações de excelência promovem a iniciativa dos seus colaboradores e procuram desenvolver melhores condições com o intuito de aperfeiçoar o contexto de trabalho, produzir ou melhorar novos produtos;	1
<u>4. Produtividade</u> – Os colaboradores são o elemento fundamental de uma qualquer organização e como tal, devem ser tratados com respeito. É crucial desenvolver um bom ambiente de trabalho entre os colaboradores pois irá refletir-se no aumento de produtividade e no melhoramento de produtos e serviços. As pessoas têm de ser motivadas o que conduzirá a um maior desempenho;	2
<u>5. Criação de valores</u> – Qualquer organização deve ter os seus próprios valores;	0
<u>6. Manter-se no ramo que se domina</u> – As organizações devem manter-se no seu ramo de negócios, pois aumentam as probabilidades de um bom desempenho. A dispersão por outras áreas pode revelar-se negativo e desastroso;	0
<u>7. Formas simples e equipas pequenas de administração</u> – As organizações devem evitar estruturas rígidas e ser constituídas por grupos grandes de colaboradores. Em organizações de estruturas flexíveis e pequenas impera a coordenação e reduz-se a burocracia;	3
<u>8. Propriedades simultaneamente apertadas e flexíveis</u> – As organizações de excelência permitem aos colaboradores terem um certo grau de autonomia e são descentralizadas.	1

As caraterísticas managerialista 5) *Criação de valores* e 6) *Manter-se no ramo que se domina*, não surgem em nenhum dos diplomas estudados.

A caraterística managerialista 7) *Formas simples e equipas pequenas de administração* é a caraterística que mais se evidencia de entre os diplomas estudados.

6. XIV Governo Constitucional (1999-2002)

6.1. Temática 1 (medidas reformadoras na área da saúde)

A tabela 5 sintetiza as principais medidas reformadoras na área da saúde produzidas pelo XIV Governo Constitucional.

Tabela 5
Medidas Reformadoras na Área da Saúde

	ANO	DIPLOMA
XIV Governo Constitucional	- Primeiro-Ministro António Guterres	
	- Ministro da saúde Manuela Arcanjo	
	- Ministro da Saúde António Campos Correia	
	1. 2001 de 16 de Novembro	1. Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/01, de 16 de Novembro
	2. 2002 de 26 de Fevereiro	2. Decreto-Lei n.º 39/02, de 26 de Fevereiro
	3. 2002 de 7 de Março	3. Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/02, de 7 de Março

Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/01 de 16 de Novembro

De acordo com a Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/01, de 16 de Novembro o Ministério da Saúde expressa a importância de alargar o modelo de gestão empresarial a diversos estabelecimentos hospitalares, recorrendo para tal a práticas inovadoras quer no âmbito de parcerias público-públicas, quer de parcerias público-privadas, quer ainda parcerias com o sector social.

Ao mesmo tempo o Governo expressa querer continuar com uma política de maior participação das autarquias locais, mobilizando a sua capacidade institucional no desenvolvimento dos modelos de financiamento do investimento e de participação ativa na gestão de hospitais.

O Conselho de Ministros resolve assim criar na dependência do Ministro da Saúde e a funcionar junto do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, a estrutura «Parcerias. Saúde» com o objetivo de realizar uma estratégia de promoção de formas inovadoras de gestão no âmbito do SNS, efetivamente por meio de parcerias público-públicas e público-privadas.

Decreto-Lei n.º 39/02 de 26 de Fevereiro

O Decreto-Lei n.º 39/2002, de 26 de Fevereiro foca a necessidade imperiosa da alteração das normas que regem a gestão hospitalar e a transformação do estatuto jurídico dos hospitais.

Este mesmo diploma realça a importância de se proceder a uma flexibilização do regime de contratação de bens e serviços, aproximando-o do regime de direito privado.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/02 de 7 de Março

Através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002, de 7 de Março o Governo acentua a importância de uma vasta e estimulante reforma e inovação da gestão hospitalar, capaz de compreender um alargado conjunto de medidas de carácter estruturante, em especial através da criação de parcerias público-privadas e parcerias público-públicas e da empresarialização de hospitais. A via da empresarialização de hospitais surge como um alicerce fundamental da reforma da gestão hospitalar e como um fator imprescindível para melhorar o desempenho global do Serviço Nacional de Saúde.

O Conselho de Ministros, nesta ótica, determina o estatuto tipo de hospital, centro hospitalar ou unidade local de saúde, com a natureza formal de entidade pública empresarial (EPE), modelo a ser estabelecido cuidadosamente.

6.2. Temática 2 (reformas da saúde e componentes doutrinárias da Nova Gestão Pública)

A tabela 6 sintetiza a identificação das medidas reformadoras do XIV Governo Constitucional, relativamente às sete componentes doutrinárias da Nova Gestão Pública.

Tabela 6
Reformas de Saúde e Componentes Doutriniais e Nova Gestão Pública

Governo XIV				
		1	2	3
		1. Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/01, de 16 de Novembro	2. Decreto-Lei n.º 39/02, de 26 de Fevereiro	3. Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/02, de 7 de Março
Componentes Doutriniais da Nova Gestão Pública		4) Mudança para a desagregação das unidades do setor público	4) Mudança para a desagregação das unidades do setor público	6) Realce nos estilos de gestão praticados no setor privado
		É criado na dependência do Ministro da Saúde e a funcionar junto do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, a estrutura «Parcerias. Saúde» com o objetivo de realizar uma estratégia de promoção de formas inovadoras de gestão no âmbito do SNS, efetivamente por meio de parcerias público-públicas e público-privadas.	O Governo acentua a importância de uma vasta e estimulante reforma e inovação da gestão hospitalar, capaz de compreender um alargado conjunto de medidas de carácter estruturante, em especial através da criação de parcerias público-privadas e parcerias público-públicas e da empresarialização de hospitais.	Diploma realça a importância de se proceder a uma flexibilização do regime de contratação de bens e serviços, aproximando-o do regime de direito privado.

**Quadro 5: Reformas de Saúde e Componentes Doutriniais e Nova Gestão Pública
(Quadro Síntese)**

Componente Dominante	N.º de vezes em relação aos três diplomas estudados
1) Poder na gestão profissional do setor público	0
2) Aplicação de medidas explícitas de desempenho	0
3) Maior importância no controlo dos outputs	0
4) Mudança para a desagregação das unidades do setor público	2
5) Mudança para uma maior competição no setor público	0
6) Realce nos estilos de gestão praticados no setor privado	1
7) Realce em termos de uma maior disciplina e moderação no uso dos recursos	0

A componente dominante 4) *Mudança para a desagregação das unidades do setor público*, surge em dois dos três diplomas estudados. A componente dominante 6) *Realce nos estilos de gestão praticados no setor privado* aparece em um dos três diplomas estudados.

As restantes componentes dominantes não se encontram em nenhum dos três diplomas.

6.3. Temática 3 (reformas da saúde e conceitos chave da Nova Gestão Pública)

A tabela 7 representa a análise das reformas da saúde através da contabilização dos conceitos chave da Nova Gestão Pública.

Tabela 7

Reformas da Saúde e Conceitos Chave da Nova Gestão Pública

Governo XIV Conceitos-chave																																																														
1	2	3																																																												
1. Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/01, de 16 de Novembro	2. Decreto-Lei n.º 39/02, de 26 de Fevereiro	3. Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/02, de 7 de Março																																																												
<table border="1"> <tr><td>A</td><td>0</td></tr> <tr><td>B</td><td>1</td></tr> <tr><td>C</td><td>0</td></tr> <tr><td>D</td><td>4</td></tr> <tr><td>E</td><td>25</td></tr> <tr><td>F</td><td>0</td></tr> <tr><td>G</td><td>10</td></tr> <tr><td>H</td><td>1</td></tr> <tr><td>I</td><td>0</td></tr> <tr><td>J</td><td>3</td></tr> </table>	A	0	B	1	C	0	D	4	E	25	F	0	G	10	H	1	I	0	J	3	<table border="1"> <tr><td>A</td><td>0</td></tr> <tr><td>B</td><td>0</td></tr> <tr><td>C</td><td>0</td></tr> <tr><td>D</td><td>3</td></tr> <tr><td>E</td><td>0</td></tr> <tr><td>F</td><td>0</td></tr> <tr><td>G</td><td>7</td></tr> <tr><td>H</td><td>1</td></tr> <tr><td>I</td><td>1</td></tr> <tr><td>J</td><td>0</td></tr> </table>	A	0	B	0	C	0	D	3	E	0	F	0	G	7	H	1	I	1	J	0	<table border="1"> <tr><td>A</td><td>1</td></tr> <tr><td>B</td><td>4</td></tr> <tr><td>C</td><td>2</td></tr> <tr><td>D</td><td>2</td></tr> <tr><td>E</td><td>4</td></tr> <tr><td>F</td><td>2</td></tr> <tr><td>G</td><td>7</td></tr> <tr><td>H</td><td>6</td></tr> <tr><td>I</td><td>0</td></tr> <tr><td>J</td><td>3</td></tr> </table>	A	1	B	4	C	2	D	2	E	4	F	2	G	7	H	6	I	0	J	3
A	0																																																													
B	1																																																													
C	0																																																													
D	4																																																													
E	25																																																													
F	0																																																													
G	10																																																													
H	1																																																													
I	0																																																													
J	3																																																													
A	0																																																													
B	0																																																													
C	0																																																													
D	3																																																													
E	0																																																													
F	0																																																													
G	7																																																													
H	1																																																													
I	1																																																													
J	0																																																													
A	1																																																													
B	4																																																													
C	2																																																													
D	2																																																													
E	4																																																													
F	2																																																													
G	7																																																													
H	6																																																													
I	0																																																													
J	3																																																													

**Quadro 6: Reformas da Saúde e Conceitos Chave da Nova Gestão Pública
(Quadro Síntese)**

Conceitos Chave	Contabilização dos conceitos chave em relação aos três diplomas estudados
a) <u>Serviço aos clientes</u> - considerados como os principais interessados na prestação dos serviços, em que o conhecimento das suas necessidades e consequente satisfação são primordiais;	1
b) <u>Liderança e empreendedorismo</u> – os colaboradores públicos necessitam de autonomia para executarem as suas tarefas, para que através dos meios que estes procuram consigam alcançar os objetivos a que a organização se propõe;	5
c) <u>Competição</u> , através da adoção dos mecanismos de mercado (marketização), nomeadamente dos incentivos e da escolha pelos utilizadores dos serviços públicos;	2
d) <u>Contratualização</u> – 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);	9
e) <u>Governança</u> – criação de redes e parcerias entre a organização pública e outras organizações privadas e do terceiro sector reengenharia governamental: através da separação entre política e gestão, dando aos gestores maior autonomia na prossecução do interesse público;	29
f) <u>Ênfase no Value-for-money</u> , que se compõe pelos conceitos de economia, eficiência e effectiveness;	2
g) <u>Ênfase nos outputs</u> (bens produzidos e/ou serviços prestados) e nos outcomes (impactos que esses bens e/ ou serviços tiverem na população) em detrimento dos inputs;	24
h) <u>Medição da qualidade</u> na prestação dos serviços públicos;	8
i) <u>Accountability</u> – ou responsabilização perante os políticos e/ ou eleitorado;	1
j) <u>Remuneração</u> - através da adoção de sistemas de desempenho que se baseiam em resultados.	6

Na contabilização dos conceitos chave evidencia-se o conceito e) *Governança* surge (29 vezes). O segundo conceito chave mais contabilizado é o conceito g) *Ênfase nos outputs* (24 vezes).

Os conceitos chave que menos surgem de entre os três diplomas foram: a) *Serviço aos clientes* (1 vez) e o conceito *Accountability* (1 vez).

6.4. Temática 4 (reformas da saúde e managerialismo)

Na tabela 8 identifica-se a presença do managerialismo nas principais medidas reformadoras dos sistemas de saúde em Portugal.

Tabela 8
Reformas da Saúde e Managerialismo

Governo XIV		
1	2	3
1. Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/01, de 16 de Novembro	2. Decreto-Lei n.º 39/02, de 26 de Fevereiro	3. Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/02, de 7 de Março
<p>1. Índole para a ação – Não chega decidir, é necessário atuar após a decisão. É fundamental que se formem grupos de trabalho no interior da organização que possam melhorar os bens produzidos ou os serviços fornecidos. É importante ir ao encontro das expetativas dos clientes</p> <p>É criado na dependência do Ministro da Saúde e a funcionar junto do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, a estrutura «Parcerias. Saúde» com o objetivo de realizar uma estratégia de promoção de formas inovadoras de gestão no âmbito do SNS, efetivamente por meio de parcerias público-públicas e público-privadas.</p>	<p>1. Índole para a ação – Não chega decidir, é necessário atuar após a decisão. É fundamental que se formem grupos de trabalho no interior da organização que possam melhorar os bens produzidos ou os serviços fornecidos. É importante ir ao encontro das expetativas dos clientes</p> <p>O Governo acentua a importância de uma vasta e estimulante reforma e inovação da gestão hospitalar, capaz de compreender um alargado conjunto de medidas de carácter estruturante, em especial através da criação de parcerias público-privadas e parcerias público-públicas e da empresariação de hospitais.</p>	<p>7. Formas simples e equipas pequenas de administração – As organizações devem evitar estruturas rígidas e ser constituídas por grupos grandes de colaboradores. Em organizações de estruturas flexíveis e pequenas impera a coordenação e reduz-se a burocracia</p> <p>O diploma realça a importância de se proceder a uma flexibilização do regime de contratação de bens e serviços, aproximando-o do regime de direito privado.</p>

Quadro 7: Reformas da Saúde e Managerialismo

(Quadro Síntese)

Caraterísticas do Managerialismo	N.º de vezes em relação aos três diplomas estudados
1. <u>Índole para a ação</u> – Não chega decidir, é necessário atuar após a decisão. É fundamental que se formem grupos de trabalho no interior da organização que possam melhorar os bens produzidos ou os serviços fornecidos. É importante ir ao encontro das expetativas dos clientes;	2
2. <u>As organizações devem estar próximas dos clientes</u> – O cliente assume ser o elemento essencial de uma qualquer organização. As necessidades e expetativas devem ser sempre conhecidas. As organizações têm de saber ouvir os clientes;	0
3. <u>Autonomia e espírito de empresa</u> – Organizações de excelência promovem a iniciativa dos seus colaboradores e procuram desenvolver melhores condições com o intuito de aperfeiçoar o contexto de trabalho, produzir ou melhorar novos produtos;	0
4. <u>Produtividade</u> – Os colaboradores são o elemento fundamental de uma qualquer organização e como tal, devem ser tratados com respeito. É crucial desenvolver um bom ambiente de trabalho entre os colaboradores pois irá refletir-se no aumento de produtividade e no melhoramento de produtos e serviços. As pessoas têm de ser motivadas o que conduzirá a um maior desempenho;	0
5. <u>Criação de valores</u> – Qualquer organização deve ter os seus próprios valores;	0
6. <u>Manter-se no ramo que se domina</u> – As organizações devem manter-se no seu ramo de negócios, pois aumentam as probabilidades de um bom desempenho. A dispersão por outras áreas pode revelar-se negativo e desastroso;	0
7. <u>Formas simples e equipas pequenas de administração</u> – As organizações devem evitar estruturas rígidas e ser constituídas por grupos grandes de colaboradores. Em organizações de estruturas flexíveis e pequenas impera a coordenação e reduz-se a burocracia;	1
8. <u>Propriedades simultaneamente apertadas e flexíveis</u> – As organizações de excelência permitem aos colaboradores terem um certo grau de autonomia e são descentralizadas.	0

A caraterística managerialista, 1) *Índole para a ação*, surge em dois dos três diplomas estudados. A caraterística managerialista, 7) *Formas simples e equipas pequenas de administração*, evidencia-se uma vez de entre os diplomas em análise.

As outras caraterísticas não se identificam nos diplomas como as que estão mais em evidência.

7. XV Governo Constitucional (2002-2004)

7.1. Temática 1 (medidas reformadoras na área da saúde)

A tabela 9 sintetiza as principais medidas reformadoras na área da saúde produzidas pelo XV Governo Constitucional.

Tabela 9
Medidas Reformadoras na Área da Saúde

	ANO	DIPLOMA
XV Governo Constitucional	- Primeiro-Ministro José Manuel Durão Barroso	
	- Ministro da Saúde Luís Filipe Pereira	
	1. 2002 de 20 de Agosto	1. Decreto-Lei n.º 185/02, de 20 de Agosto
	2. 2002 de 8 de Novembro	2. Lei n.º 27/02, de 8 de Novembro
	3. 2002 de 2 de Dezembro	3. Decreto-Lei n.º 270/02, de 2 de Dezembro
	4. 2002 de 2 de Dezembro	4. Decreto-Lei n.º 271/02, de 2 de Dezembro
	5. 2002 de 11 de Dezembro	5. Decreto-Lei n.º 294/02, de 11 de Dezembro
	6. 2003 de 1 de Abril	6. Decreto-Lei n.º 60/03, de 1 de Abril
7. 2003 de 20 de Agosto	7. Decreto-Lei n.º 188/03, de 20 de Agosto	
8. 2003 de 8 de Novembro	8. Decreto-Lei n.º 281/03, de 8 de Novembro	

Decreto-Lei n.º 185/02 de 20 de Agosto

O Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto regulamenta o regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamentos privados. O Governo manifesta a sua prioridade no desenvolvimento de experiências inovadoras de gestão de carácter empresarial e investimento não público no sistema de saúde, possibilitando assim a participação crescente dos privados e parceiros sociais, segundo uma racionalização das funções de financiamento, contratação e prestação de cuidados de saúde.

Lei n.º 27/02 de 8 de Novembro

Esta lei veio aprovar o novo regime jurídico da gestão hospitalar e provém da primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto

Decreto-Lei n.º 270/02 de 2 de Dezembro

O Decreto-Lei n.º 270/02, de 2 de Dezembro teve por objetivo a problemática da despesa pública no setor da saúde, em especial em matéria dos medicamentos. Fica assim anunciada a necessidade de se adotarem estratégias de contenção de custos e maior rigor na comparticipação do Estado nos gastos com os medicamentos. O grande desafio nesta matéria prende-se com a dificuldade de encontrar um ponto de equilíbrio.

Decreto-Lei n.º 271/2002 de 2 de Dezembro

O Decreto-Lei n.º 271/2002 de 2 de Dezembro remete para a política dos medicamentos, questão essencial no setor da saúde. Trata-se de uma matéria sensível de todos os governos da União Europeia que é facultar aos utentes a utilização de medicamentos genéricos equivalentes aos medicamentos de marca e com os mesmos efeitos terapêuticos e possibilitando-se a opção pelo medicamento com a mesma substância ativa, segurança e valor terapêutico, ao menor preço.

Outro aspeto realçado neste diploma relaciona-se com o crescimento do consumo dos medicamentos em Portugal, mais do que na maioria dos países europeus, significando a necessidade da criação de medidas de maior racionalização e numa ótica de rentabilização das despesas utente – Estado.

Decreto-Lei n.º 294/02 de 11 de Dezembro

Este Decreto-Lei teve por finalidade determinar a autonomia de gestão das unidades hospitalares segundo uma matriz empresarial e proceder à separação prática entre o financiador/comprador de prestações de saúde e o prestador de cuidados de saúde.

Este diploma acentua a necessidade da aplicação de um modelo de gestão hospitalar de natureza empresarial.

Este processo de «empresarialização» hospitalar implica, para além, de um novo modelo de gestão, a adoção de um novo estatuto jurídico, um novo modelo de contratação e financiamento das prestações de saúde. Isto remete para a necessidade de um conjunto integrado de medidas e ações institucionais de reforma, no sentido de se definir um enquadramento jurídico-económico e administrativo apropriado e propício ao funcionamento do novo modelo empresarial de gestão hospitalar.

Decreto-Lei n.º 60/2003 de 1 de Abril

O Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril veio regulamentar a criação da rede de cuidados de saúde primários. Este diploma fundamenta a importância dos cuidados de saúde primários, como sendo a principal via de acesso dos utentes e que precisa de ser refletida, com o objetivo de uma maior eficiência e eficácia. Desta forma, o Governo efetuou as alterações legislativas fundamentais, no sentido de se verificar uma evolução do sistema de organização dos cuidados de saúde primários para um novo modelo.

Esta nova rede dos cuidados de saúde primários, para além de promover cuidados de saúde amplos aos cidadãos, deverá estar em articulação constante com os cuidados de saúde hospitalares e continuados.

A criação desta rede quis colocar os cidadãos e a sociedade em complementaridade com as responsabilidades sociais do Estado, permitindo melhores condições de participar e avaliar a criação e o desempenho de novos modelos de organização e de gestão dos serviços de saúde.

Decreto-Lei n.º 188/2003 de 20 de Agosto

O Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto, veio regulamentar os artigos 9.º e 11.º do regime jurídico da gestão hospitalar, o qual foi aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro. Este último diploma determina a estrutura orgânica das instituições hospitalares públicas, designadamente, a composição, competências, funcionamento dos órgãos de administração, apoio técnico, fiscalização e de consulta e os modelos de financiamento e avaliação da atividade realizada, os quais têm de constar de um regulamento que o próprio Governo aprova por diploma.

Decreto-Lei n.º 281/2003 de 8 de Novembro

Este diploma surge numa perspetiva de um modelo mais justo e solidário, designado por rede de prestação de cuidados de saúde. A rede de cuidados continuados de saúde assenta numa base de complementaridade e articulação com as redes de cuidados de saúde primários e hospitalares. O diploma designa que a criação de uma rede de cuidados continuados de saúde deverá ser organizada e envolvida por todas as entidades públicas, nomeadamente, sociais e privadas, dotadas de prestação de cuidados de saúde, sem esquecer o envolvimento da família e da comunidade social.

Por outro lado, a rede de prestação de cuidados de saúde tem implicações na relação custo-benefício para o Estado e uma maior proximidade do utilizador com a sua comunidade familiar e social.

7.2. Temática 2 (reformas da saúde e componentes doutrinárias da Nova Gestão Pública)

A tabela 10 sintetiza a identificação das medidas reformadoras do XV Governo Constitucional, relativamente às sete componentes doutrinárias da Nova Gestão Pública.

Tabela 10

Reformas de Saúde e Componentes Doutriniais e Nova Gestão Pública

Governo XV								
	1	2	3	4	5	6	7	8
	1. Decreto-Lei n.º 185/02, de 20 de Agosto	2. Lei n.º 27/02, de 8 de Novembro	3. Decreto-Lei n.º 270/02, de 2 Dezembro	4. Decreto-Lei n.º 271/02, de 2 de Dezembro	5. Decreto-Lei n.º 294/02, de 11 de Dezembro	6. Decreto-Lei n.º 60/03, de 1 de Abril	7. Decreto-Lei n.º 188/03, de 20 de Agosto	8. Decreto-Lei n.º 281/03, de 8 de Novembro
Componentes Doutriniais da Nova Gestão Pública	4) Mudança para a desagregação das unidades do setor público	5) Mudança para uma maior competição no setor público	7) Realce em termos de uma maior disciplina e moderação no uso dos recursos	7) Realce em termos de uma maior disciplina e moderação no uso dos recursos	5) Mudança para uma maior competição no setor público	4) Mudança para a desagregação das unidades do setor público	5) Mudança para uma maior competição no setor público	4) Mudança para a desagregação das unidades do setor público
	O diploma define os princípios e os instrumentos para o estabelecimento de parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados, entre o Ministério da Saúde ou instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde e outras entidades.	Aprovação do novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto.	O presente Decreto-Lei estabelece o sistema de preços de referência aplicável à comparticipação do Estado no preço de medicamentos prescritos e dispensados aos utentes do SNS.	A lei tem por objetivo a racionalização da política do medicamento, o desenvolvimento e a melhoria da qualidade da prestação de cuidados de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde.	O Hospital de São João de Deus é transformado em sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos, com a designação de Hospital São João de Deus, S. A.	Veio regulamentar a criação da rede de cuidados de saúde primários.	O diploma determina a estrutura orgânica das instituições hospitalares públicas - composição, competências, funcionamento dos órgãos de administração, apoio técnico, fiscalização e de consulta e os modelos de financiamento e avaliação da atividade realizada.	O diploma refere que a criação de uma rede de cuidados continuados de saúde deverá ser organizada e envolvida por todas as entidades públicas, nomeadamente, sociais e privadas, dotadas de prestação de cuidados de saúde, sem esquecer o envolvimento da família e da comunidade social.

**Quadro 8: Reformas de Saúde e Componentes Doutrinárias e Nova Gestão Pública
(Quadro Síntese)**

Componente Dominante	N.º de vezes em relação aos oito diplomas estudados
1) Poder na gestão profissional do setor público	0
2) Aplicação de medidas explícitas de desempenho	0
3) Maior importância no controlo dos outputs	0
4) Mudança para a desagregação das unidades do setor público	3
5) Mudança para uma maior competição no setor público	3
6) Realce nos estilos de gestão praticados no setor privado	0
7) Realce em termos de uma maior disciplina e moderação no uso dos recursos	2

A componente dominante 4) *Mudança para a desagregação das unidades do setor público*, aparece em três dos oito diplomas analisadas. A componente dominante 5) *Mudança para uma maior competição no setor público*, surge em três dos oito diplomas estudados. A componente dominante 7) *Realce em termos de uma maior disciplina e moderação no uso dos recursos* identifica-se em dois dos oito diplomas.

As restantes componentes dominantes não se encontram em nenhum diploma.

7.3. Temática 3 (reformas da saúde e conceitos chave da Nova Gestão Pública)

A tabela 11 representa a análise das reformas da saúde através da contabilização dos conceitos chave da Nova Gestão Pública.

Tabela 11
Reformas da Saúde e Conceitos Chave da Nova Gestão Pública

Governo XV							
Conceitos-chave							
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Decreto-Lei n.º 185/02, de 20 de Agosto	2. Lei n.º 27/02, de 8 de Novembro	3. Decreto-Lei n.º 270/02, de 2 de Dezembro	4. Decreto-Lei n.º 271/02, de 2 de Dezembro	5. Decreto-Lei n.º 294/02, de 11 de Dezembro	6. Decreto-Lei n.º 60/03, de 1 de Abril	7. Decreto-Lei n.º 188/03, de 20 de Agosto	8. Decreto-Lei n.º 281/03, de 8 de Novembro
A 5	A 6	A 13	A 7	A 3	A 50	A 6	A 14
B 0	B 5	B 1	B 0	B 3	B 3	B 8	B 4
C 2	C 4	C 0	C 0	C 5	C 8	C 3	C 10
D 88	D 11	D 1	D 1	D 14	D 27	D 15	D 14
E 30	E 9	E 0	E 0	E 0	E 17	E 3	E 45
F 2	F 4	F 0	F 0	F 5	F 6	F 9	F 2
G 58	G 39	G 7	G 5	G 43	G 97	G 119	G 64
H 5	H 5	H 2	H 1	H 9	H 11	H 25	H 12
I 1	I 0	I 0	I 0	I 0	I 1	I 1	I 0
J 7	J 5	J 0	J 0	J 14	J 23	J 17	J 0

**Quadro 9: Reformas da Saúde e Conceitos Chave da Nova Gestão Pública
(Quadro Síntese)**

Conceitos Chave	Contabilização dos conceitos chave em relação aos oito diplomas estudados
a) <u>Serviço aos clientes</u> - considerados como os principais interessados na prestação dos serviços, em que o conhecimento das suas necessidades e consequente satisfação são primordiais;	104
b) <u>Liderança e empreendedorismo</u> – os colaboradores públicos necessitam de autonomia para executarem as suas tarefas, para que através dos meios que estes procuram consigam alcançar os objetivos a que a organização se propõe;	24
c) <u>Competição</u> , através da adoção dos mecanismos de mercado (marketização), nomeadamente dos incentivos e da escolha pelos utilizadores dos serviços públicos;	32
d) <u>Contratualização</u> – 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);	171
e) <u>Governança</u> – criação de redes e parcerias entre a organização pública e outras organizações privadas e do terceiro sector reengenharia governamental: através da separação entre política e gestão, dando aos gestores maior autonomia na prossecução do interesse público;	104
f) <u>Ênfase no Value-for-money</u> , que se compõe pelos conceitos de economia, eficiência e effectiveness;	28
g) <u>Ênfase nos outputs</u> (bens produzidos e/ou serviços prestados) e nos outcomes (impactos que esses bens e/ ou serviços tiverem na população) em detrimento dos inputs;	432
h) <u>Medição da qualidade</u> na prestação dos serviços públicos;	70
i) <u>Accountability</u> – ou responsabilização perante os políticos e/ ou eleitorado;	3
j) <u>Remuneração</u> - através da adoção de sistemas de desempenho que se baseiam em resultados.	66

Da contabilização dos conceitos chave sobressai o conceito *Ênfase nos outputs* (432 vezes). O conceito chave *Contratualização* (161 vezes). O conceito *Serviço aos clientes* surge (104 vezes), assim como, o conceito chave *Governança*.

O conceito chave *Accountability* aparece apenas três vezes, sendo o conceito chave menos identificado nos oito diplomas do XV governo.

7.4. Temática 4 (reformas da saúde e managerialismo)

Na tabela 12 identifica-se a presença do managerialismo nas principais medidas reformadoras dos sistemas de saúde em Portugal.

Tabela 12
Reformas da Saúde e Managerialismo

Governo XV							
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Decreto-Lei n.º 185/02, de 20 de Agosto	2. Lei n.º 27/02, de 8 de Novembro	3. Decreto-Lei n.º 270/02, de 2 Dezembro	4. Decreto-Lei n.º 271/02, de 2 de Dezembro	5. Decreto-Lei n.º 294/02, de 11 de Dezembro	6. Decreto-Lei n.º 60/03, de 1 de Abril	7. Decreto-Lei n.º 188/03, de 20 de Agosto	8. Decreto-Lei n.º 281/03, de 8 de Novembro
<p>1. Índole para a ação – Não chega decidir, é necessário atuar após a decisão. É fundamental que se formem grupos de trabalho no interior da organização que possam melhorar os bens produzidos ou os serviços fornecidos. É importante ir ao encontro das expectativas dos clientes</p> <p>O diploma define os princípios e os instrumentos para o estabelecimento de parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados, entre o Ministério da Saúde ou instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde e outras entidades.</p>	<p>7. Formas simples e equipas pequenas de administração – As organizações devem evitar estruturas rígidas e ser constituídas por grupos grandes de colaboradores. Em organizações de estruturas flexíveis e pequenas impera a coordenação e reduz-se a burocracia</p> <p>Aprovação do novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto.</p>	<p>2. As organizações devem estar próximas dos clientes – O cliente assume ser o elemento essencial de uma qualquer organização. As necessidades e expectativas devem ser sempre conhecidas. As organizações têm de saber ouvir os clientes</p> <p>O presente Decreto-Lei estabelece o sistema de preços de referência aplicável à comparticipação do Estado no preço de medicamentos prescritos e dispensados aos utentes do SNS.</p>	<p>2. As organizações devem estar próximas dos clientes – O cliente assume ser o elemento essencial de uma qualquer organização. As necessidades e expectativas devem ser sempre conhecidas. As organizações têm de saber ouvir os clientes</p> <p>A lei tem por objetivo a racionalização da política do medicamento, o desenvolvimento e a melhoria da qualidade da prestação de cuidados de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde.</p>	<p>7. Formas simples e equipas pequenas de administração – As organizações devem evitar estruturas rígidas e ser constituídas por grupos grandes de colaboradores. Em organizações de estruturas flexíveis e pequenas impera a coordenação e reduz-se a burocracia</p> <p>O Hospital de São João de Deus é transformado em sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos, com a designação de Hospital São João de Deus, S. A.</p>	<p>6. Manter-se no ramo que se domina – As organizações devem manter-se no seu ramo de negócios, pois aumentam as probabilidades de um bom desempenho. A dispersão por outras áreas pode revelar-se negativo e desastroso</p> <p>Veio regulamentar a criação da rede de cuidados de saúde primários.</p>	<p>8. Propriedades simultaneamente apertadas e flexíveis – As organizações de excelência permitem aos colaboradores terem um certo grau de autonomia e são descentralizadas</p> <p>O diploma determina a estrutura orgânica das instituições hospitalares públicas - composição, competências, funcionamento dos órgãos de administração, apoio técnico, fiscalização e de consulta e os modelos de financiamento e avaliação da atividade realizada.</p>	<p>1. Índole para a ação – Não chega decidir, é necessário atuar após a decisão. É fundamental que se formem grupos de trabalho no interior da organização que possam melhorar os bens produzidos ou os serviços fornecidos. É importante ir ao encontro das expectativas dos clientes</p> <p>O diploma refere que a criação de uma rede de cuidados continuados de saúde deverá ser organizada e envolvida por todas as entidades públicas, nomeadamente, sociais e privadas, dotadas de prestação de cuidados de saúde, sem esquecer o envolvimento da família e da comunidade social.</p>

Quadro 10: Reformas da Saúde e Managerialismo

(Quadro Síntese)

Caraterísticas do Managerialismo	N.º de vezes em relação aos oito diplomas estudados
1. <u>Índole para a ação</u> – Não chega decidir, é necessário atuar após a decisão. É fundamental que se formem grupos de trabalho no interior da organização que possam melhorar os bens produzidos ou os serviços fornecidos. É importante ir ao encontro das expetativas dos clientes;	2
2. <u>As organizações devem estar próximas dos clientes</u> – O cliente assume ser o elemento essencial de uma qualquer organização. As necessidades e expetativas devem ser sempre conhecidas. As organizações têm de saber ouvir os clientes;	2
3. <u>Autonomia e espírito de empresa</u> – Organizações de excelência promovem a iniciativa dos seus colaboradores e procuram desenvolver melhores condições com o intuito de aperfeiçoar o contexto de trabalho, produzir ou melhorar novos produtos;	0
4. <u>Produtividade</u> – Os colaboradores são o elemento fundamental de uma qualquer organização e como tal, devem ser tratados com respeito. É crucial desenvolver um bom ambiente de trabalho entre os colaboradores pois irá refletir-se no aumento de produtividade e no melhoramento de produtos e serviços. As pessoas têm de ser motivadas o que conduzirá a um maior desempenho;	0
5. <u>Criação de valores</u> – Qualquer organização deve ter os seus próprios valores;	0
6. <u>Manter-se no ramo que se domina</u> – As organizações devem manter-se no seu ramo de negócios, pois aumentam as probabilidades de um bom desempenho. A dispersão por outras áreas pode revelar-se negativo e desastroso;	1
7. <u>Formas simples e equipas pequenas de administração</u> – As organizações devem evitar estruturas rígidas e ser constituídas por grupos grandes de colaboradores. Em organizações de estruturas flexíveis e pequenas impera a coordenação e reduz-se a burocracia;	2
8. <u>Propriedades simultaneamente apertadas e flexíveis</u> – As organizações de excelência permitem aos colaboradores terem um certo grau de autonomia e são descentralizadas.	1

As caraterísticas managerialistas 1) *Índole para a ação*, 2) *As organizações devem estar próximas dos clientes* e 7) *Formas simples e equipas pequenas de administração* identificaram-se duas vezes cada – característica mais em evidência na medida. As caraterísticas managerialista 6) *Manter-se no ramo que se domina* e 8) *Propriedades simultaneamente apertadas e flexíveis* aparecem uma vez cada de entre as oito medidas.

As outras características não se identificam nos diplomas, pelo menos, enquanto, característica mais em evidência na medida.

8. XVII Governo Constitucional (2005-2009)

8.1. Temática 1 (medidas reformadoras na área da saúde)

A tabela 13 sintetiza as principais medidas reformadoras na área da saúde produzidas pelo XIV Governo Constitucional.

Tabela 13
Medidas Reformadoras da Área da Saúde

	ANO	DIPLOMA
XVII Governo Constitucional	- Primeiro-Ministro José Sócrates	
	- Ministro da Saúde António Correia de Campos	
	- Ministro da Saúde Ana Maria Teodoro Jorge	
	1. 2005 de 29 de Dezembro	1. Decreto-Lei n.º 233/05, de 29 de Dezembro
	2. 2006 de 6 de Junho	2. Decreto-Lei n.º 101/06, de 6 de Junho
3. 2007 de 22 de Agosto	3. Decreto-Lei n.º 298/07, de 22 de Agosto	
4. 2008 de 22 de Fevereiro	4. Decreto-Lei n.º 28/08, de 22 de Fevereiro	

Decreto-Lei n.º 233/05 de 29 de Dezembro

O Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de Junho, determinou a concretização da transformação em entidades públicas empresariais dos 31 hospitais com a natureza de sociedade anónima. Por meio deste diploma é atribuída natureza de entidade pública empresarial ao Hospital de Santa Maria e ao Hospital de São João.

Ainda com o objetivo de se obter uma melhor prestação de cuidados de saúde, por meio da otimização dos recursos, são igualmente criados sob a forma de entidade pública empresarial, centros hospitalares. Em sequência desta situação, decidiu-se aprovar um regime jurídico e estatutos bastante flexíveis para compreender as diferentes unidades de saúde com a natureza de entidades públicas empresariais.

Decreto-Lei n.º 101/06 de 6 de Junho

O Decreto-Lei n.º 101/06, de 6 de Junho definiu a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

A emergência de novas necessidades de saúde e sociais veio exigir respostas diferenciadas que permitissem satisfazer o crescimento previsto da procura por parte de pessoas idosas em dependência funcional, doentes com patologia crónica múltipla e pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida.

Neste âmbito, o XVII Governo Constitucional vem estabelecer como meta o estabelecimento de políticas de saúde, integradas no Plano Nacional de Saúde e políticas de segurança social. Esta intenção pressupõe um modelo de intervenção integrado e/ ou articulado da saúde e da segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, abarcando a envolvência e cooperação de variados parceiros sociais, tendo-se a sociedade civil e o Estado como principal elemento incentivador.

Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto

O Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto, veio definir o regime jurídico da organização e funcionamento das unidades de saúde familiar e o regime de incentivos a atribuir aos elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integram as unidades de saúde familiar de modelo B.

O Governo vem assumir no seu programa a reforma dos cuidados de saúde primários como aspeto essencial para a modernização, ao prever a criação de instrumentos que permitam redirecionar o sistema português de saúde nos cuidados de saúde primários e no aperfeiçoamento de uma estrutura organizativa que leve à reconfiguração dos centros de saúde com a intenção de se obter ganhos em saúde e melhorar o acesso dos utentes.

Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro

Este diploma destaca a importância dos cuidados de saúde primários tentando reajustar os centros de saúde de acordo com a realidade portuguesa, motivo pelo qual teve pouca ou nenhuma aplicação prática.

Um dos aspetos de maior relevância neste diploma consistiu na criação de agrupamentos de centros de saúde em que se atribui aos serviços públicos de saúde autonomia administrativa.

Ao nível da gestão, realça-se a existência de contratos-programa, que representam acordos estabelecidos entre o director executivo do agrupamento e o conselho diretivo da administração regional de saúde.

Pretende-se com este Decreto-Lei conferir estabilidade à organização da prestação de cuidados de saúde primários, uma gestão rigorosa e que vá ao encontro das necessidades das populações, com o objetivo da melhoria no acesso e maiores ganhos em saúde.

8.2. Temática 2 (reformas da saúde e componentes doutrinárias da Nova Gestão Pública)

A tabela 14 sintetiza a identificação das medidas reformadoras do XVII Governo Constitucional, relativamente às sete componentes doutrinárias da Nova Gestão Pública.

Tabela 14

Reformas de Saúde e Componentes Doutriniais e Nova Gestão Pública

Governo XVII					
		1	2	3	4
		1. Decreto-Lei n.º 233/05, de 29 de Dezembro	2. Decreto-Lei n.º 101/06, de 6 de Junho	3. Decreto-Lei n.º 298/07, de 22 de Agosto	4. Decreto-Lei n.º 28/08, de 22 de Fevereiro
Componentes Doutriniais da Nova Gestão Pública		5) Mudança para uma maior competição no setor público	4) Mudança para a desagregação das unidades do setor público	3) Maior importância no controlo dos outputs	6) Realce nos estilos de gestão praticados no setor privado
		O Decreto-Lei n.º 233/05, de 29 de Dezembro atribuiu natureza de entidade pública empresarial ao Hospital de Santa Maria e ao Hospital de São João. São igualmente criados, sob a forma de entidade pública empresarial, outros hospitais e centros hospitalares.	É criada, pelo Decreto-Lei, a Rede Nacional de Cuidados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social.	O decreto -lei estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar e o regime de incentivos a atribuir a todos elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B.	O decreto -lei cria os agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde e estabelece o seu regime de organização e funcionamento.

Quadro 11: Reformas de Saúde e Componentes Doutrinárias e Nova Gestão Pública
(Quadro Síntese)

Componente Dominante	N.º de vezes em relação aos quatro diplomas estudados
1) Poder na gestão profissional do setor público	0
2) Aplicação de medidas explícitas de desempenho	0
3) Maior importância no controlo dos outputs	1
4) Mudança para a desagregação das unidades do setor público	1
5) Mudança para uma maior competição no setor público	1
6) Realce nos estilos de gestão praticados no setor privado	1
7) Realce em termos de uma maior disciplina e moderação no uso dos recursos	0

Cada uma das componentes dominantes, 3) *Maior importância no controlo dos outputs*, 4) *Mudança para a desagregação das unidades do setor público*, 5) *Mudança para uma maior competição no setor público*, 6) *Realce nos estilos de gestão praticados no setor privado*, - surge uma vez, nos quatro diplomas estudados.

8.3. Temática 3 (reformas da saúde e conceitos chave da Nova Gestão Pública)

A tabela 15 representa a análise das reformas da saúde através da contabilização dos conceitos chave da Nova Gestão Pública.

Tabela 15

Reformas da Saúde e Conceitos Chave da Nova Gestão Pública

Governo XVII																																																																																			
Conceitos-chave																																																																																			
1	2	3	4																																																																																
1. Decreto-Lei n.º 233/05, de 29 de Dezembro	2. Decreto-Lei n.º 101/06, de 6 de Junho	3. Decreto-Lei n.º 298/07, de 22 de Agosto	4. Decreto-Lei n.º 28/08, de 22 de Fevereiro																																																																																
<table border="1"> <tr><td>A</td><td>6</td></tr> <tr><td>B</td><td>5</td></tr> <tr><td>C</td><td>0</td></tr> <tr><td>D</td><td>16</td></tr> <tr><td>E</td><td>1</td></tr> <tr><td>F</td><td>2</td></tr> <tr><td>G</td><td>45</td></tr> <tr><td>H</td><td>10</td></tr> <tr><td>I</td><td>0</td></tr> <tr><td>J</td><td>3</td></tr> </table>	A	6	B	5	C	0	D	16	E	1	F	2	G	45	H	10	I	0	J	3	<table border="1"> <tr><td>A</td><td>1</td></tr> <tr><td>B</td><td>20</td></tr> <tr><td>C</td><td>0</td></tr> <tr><td>D</td><td>6</td></tr> <tr><td>E</td><td>75</td></tr> <tr><td>F</td><td>1</td></tr> <tr><td>G</td><td>73</td></tr> <tr><td>H</td><td>16</td></tr> <tr><td>I</td><td>1</td></tr> <tr><td>J</td><td>2</td></tr> </table>	A	1	B	20	C	0	D	6	E	75	F	1	G	73	H	16	I	1	J	2	<table border="1"> <tr><td>A</td><td>30</td></tr> <tr><td>B</td><td>4</td></tr> <tr><td>C</td><td>18</td></tr> <tr><td>D</td><td>6</td></tr> <tr><td>E</td><td>1</td></tr> <tr><td>F</td><td>8</td></tr> <tr><td>G</td><td>40</td></tr> <tr><td>H</td><td>16</td></tr> <tr><td>I</td><td>1</td></tr> <tr><td>J</td><td>40</td></tr> </table>	A	30	B	4	C	18	D	6	E	1	F	8	G	40	H	16	I	1	J	40	<table border="1"> <tr><td>A</td><td>18</td></tr> <tr><td>B</td><td>5</td></tr> <tr><td>C</td><td>1</td></tr> <tr><td>D</td><td>10</td></tr> <tr><td>E</td><td>6</td></tr> <tr><td>F</td><td>2</td></tr> <tr><td>G</td><td>30</td></tr> <tr><td>H</td><td>6</td></tr> <tr><td>I</td><td>0</td></tr> <tr><td>J</td><td>2</td></tr> </table>	A	18	B	5	C	1	D	10	E	6	F	2	G	30	H	6	I	0	J	2
A	6																																																																																		
B	5																																																																																		
C	0																																																																																		
D	16																																																																																		
E	1																																																																																		
F	2																																																																																		
G	45																																																																																		
H	10																																																																																		
I	0																																																																																		
J	3																																																																																		
A	1																																																																																		
B	20																																																																																		
C	0																																																																																		
D	6																																																																																		
E	75																																																																																		
F	1																																																																																		
G	73																																																																																		
H	16																																																																																		
I	1																																																																																		
J	2																																																																																		
A	30																																																																																		
B	4																																																																																		
C	18																																																																																		
D	6																																																																																		
E	1																																																																																		
F	8																																																																																		
G	40																																																																																		
H	16																																																																																		
I	1																																																																																		
J	40																																																																																		
A	18																																																																																		
B	5																																																																																		
C	1																																																																																		
D	10																																																																																		
E	6																																																																																		
F	2																																																																																		
G	30																																																																																		
H	6																																																																																		
I	0																																																																																		
J	2																																																																																		

**Quadro 12: Reformas da Saúde e Conceitos Chave da Nova Gestão Pública
(Quadro Síntese)**

Conceitos Chave	Contabilização dos conceitos chave em relação aos quatro diplomas estudados
a) <u>Serviço aos clientes</u> - considerados como os principais interessados na prestação dos serviços, em que o conhecimento das suas necessidades e consequente satisfação são primordiais;	55
b) <u>Liderança e empreendedorismo</u> – os colaboradores públicos necessitam de autonomia para executarem as suas tarefas, para que através dos meios que estes procuram consigam alcançar os objetivos a que a organização se propõe;	34
c) <u>Competição</u> , através da adoção dos mecanismos de mercado (marketização), nomeadamente dos incentivos e da escolha pelos utilizadores dos serviços públicos;	19
d) <u>Contratualização</u> – 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);	38
e) <u>Governança</u> – criação de redes e parcerias entre a organização pública e outras organizações privadas e do terceiro sector reengenharia governamental: através da separação entre política e gestão, dando aos gestores maior autonomia na prossecução do interesse público;	83
f) <u>Ênfase no Value-for-money</u> , que se compõe pelos conceitos de economia, eficiência e effectiveness;	13
g) <u>Ênfase nos outputs</u> (bens produzidos e/ou serviços prestados) e nos outcomes (impactos que esses bens e/ ou serviços tiverem na população) em detrimento dos inputs;	188
h) <u>Medição da qualidade</u> na prestação dos serviços públicos;	48
i) <u>Accountability</u> – ou responsabilização perante os políticos e/ ou eleitorado;	2
j) <u>Remuneração</u> - através da adoção de sistemas de desempenho que se baseiam em resultados.	47

O conceito chave mais contabilizado nos diplomas é o f) *Ênfase nos outputs* e nos outcomes (188 vezes). Em segundo lugar, surge o e) *Governança* (83 vezes). O conceito chave, a) *Serviço aos clientes* surge (55 vezes). Por fim, a h) *Medição da qualidade* (48 vezes).

Os conceitos com menos evidência são o i) *Accountability* com (2 vezes) e o conceito c) *Competição* (19 vezes).

8.4. Temática 4 (reformas da saúde e managerialismo)

Na tabela 16 identifica-se a presença do managerialismo nas principais medidas reformadoras dos sistemas de saúde em Portugal.

Tabela 16
Reformas da Saúde e Managerialismo

Governo XVII			
1	2	3	4
1. Decreto-Lei n.º 233/05, de 29 de Dezembro	2. Decreto-Lei n.º 101/06, de 6 de Junho	3. Decreto-Lei n.º 298/07, de 22 de Agosto	4. Decreto-Lei n.º 28/08, de 22 de Fevereiro
<p>7. Formas simples e equipas pequenas de administração – As organizações devem evitar estruturas rígidas e ser constituídas por grupos grandes de colaboradores. Em organizações de estruturas flexíveis e pequenas impera a coordenação e reduz-se a burocracia</p> <p>O Decreto-Lei n.º 233/05, de 29 de Dezembro atribuiu natureza de entidade pública empresarial ao Hospital de Santa Maria e ao Hospital de São João. São igualmente criados, sob a forma de entidade pública empresarial, outros hospitais e centros hospitalares.</p>	<p>1. Índole para a ação – Não chega decidir, é necessário atuar após a decisão. É fundamental que se formem grupos de trabalho no interior da organização que possam melhorar os bens produzidos ou os serviços fornecidos. É importante ir ao encontro das expectativas dos clientes</p> <p>É criada, pelo Decreto-Lei, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social.</p>	<p>4. Produtividade - Os colaboradores são o elemento fundamental de uma qualquer organização e como tal, devem ser tratados com respeito. É crucial desenvolver um bom ambiente de trabalho entre os colaboradores pois irá refletir-se no aumento de produtividade e no melhoramento de produtos e serviços. As pessoas têm de ser motivadas o que conduzirá a um maior desempenho</p> <p>O decreto -lei estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar e o regime de incentivos a atribuir a todos elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B.</p>	<p>6. Manter-se no ramo que se domina – As organizações devem manter-se no seu ramo de negócios, pois aumentam as probabilidades de um bom desempenho. A dispersão por outras áreas pode revelar-se negativo e desastroso</p> <p>O decreto -lei cria os agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde e estabelece o seu regime de organização e funcionamento.</p>

Quadro 13: Reformas da Saúde e Managerialismo

(Quadro Síntese)

Caraterísticas do Managerialismo	N.º de vezes em relação aos quatro diplomas estudados
1. <u>Índole para a ação</u> – Não chega decidir, é necessário atuar após a decisão. É fundamental que se formem grupos de trabalho no interior da organização que possam melhorar os bens produzidos ou os serviços fornecidos. É importante ir ao encontro das expetativas dos clientes;	1
2. <u>As organizações devem estar próximas dos clientes</u> – O cliente assume ser o elemento essencial de uma qualquer organização. As necessidades e expetativas devem ser sempre conhecidas. As organizações têm de saber ouvir os clientes;	0
3. <u>Autonomia e espírito de empresa</u> – Organizações de excelência promovem a iniciativa dos seus colaboradores e procuram desenvolver melhores condições com o intuito de aperfeiçoar o contexto de trabalho, produzir ou melhorar novos produtos;	0
4. <u>Produtividade</u> – Os colaboradores são o elemento fundamental de uma qualquer organização e como tal, devem ser tratados com respeito. É crucial desenvolver um bom ambiente de trabalho entre os colaboradores pois irá refletir-se no aumento de produtividade e no melhoramento de produtos e serviços. As pessoas têm de ser motivadas o que conduzirá a um maior desempenho;	1
5. <u>Criação de valores</u> – Qualquer organização deve ter os seus próprios valores;	0
6. <u>Manter-se no ramo que se domina</u> – As organizações devem manter-se no seu ramo de negócios, pois aumentam as probabilidades de um bom desempenho. A dispersão por outras áreas pode revelar-se negativo e desastroso;	1
7. <u>Formas simples e equipas pequenas de administração</u> – As organizações devem evitar estruturas rígidas e ser constituídas por grupos grandes de colaboradores. Em organizações de estruturas flexíveis e pequenas impera a coordenação e reduz-se a burocracia;	1
8. <u>Propriedades simultaneamente apertadas e flexíveis</u> – As organizações de excelência permitem aos colaboradores terem um certo grau de autonomia e são descentralizadas.	0

Sobre a presença do managerialismo nas quatro medidas reformadoras de saúde, segundo as oito caraterísticas (a caraterística managerialista que está mais em evidência na medida), depreende-se o seguinte: as caraterísticas managerialistas 1) *Índole para a ação*, 4) *Produtividade*, 6) *Manter-se no ramo que se domina* e 7) *Formas simples e equipas pequenas de administração* identificaram-se (1 vez) cada.

As características managerialistas 2) *As organizações devem estar próximas dos clientes*, 3) *Autonomia e espírito de empresa*, 5) *Criação de valores* e 8) *Propriedades simultaneamente apertadas e flexíveis* não se identificam nos diplomas, pelo menos, enquanto, característica managerialista que está mais em evidência na medida.

Considerações Finais

O XIII Governo Constitucional conduzido pelo Primeiro-ministro António Guterres foi, de entre os governos analisados, o governo mais reformador do Sistema Nacional de Saúde tendo em conta o número de medidas que produziu entre 1995-1999. Tratou-se de um governo PS que adotou e implementou nove medidas.

O XV Governo Constitucional (Coligação PSD-PP) teve como Primeiro-ministro José Manuel Durão Barroso, entre 2002-2004, tendo produzido oito medidas reformadoras no âmbito do Serviço Nacional de Saúde.

Quando se comparam o XIII e o XV Governos Constitucionais no que diz respeito ao caráter das medidas reformadoras na saúde, constata-se que ambos foram igualmente reformadores, não se verificando, como tal, uma distinção clara. Foram dois governos cujas medidas apresentam a marca managerialista. Apesar das distintas marcas ideológicas, é possível identificar posições convergentes ao nível das medidas reformadoras do Sistema de Saúde Português no respeitante às ideias da Nova Gestão Pública e sua aplicação.

Conforme as principais medidas reformadoras identificadas, no que às políticas de saúde diz respeito, nos seis Governos Constitucionais analisados no capítulo 2, (XIII – XVIII), podemos diferenciar esses governos em menos ativos e mais ativos.

a) Governos Constitucionais menos ativos (políticas de saúde)

É de salientar que o XVI e o XVIII Governos Constitucionais foram os governos que se revelaram menos ativos no que concerne às políticas de saúde.

O XVI Governo Constitucional foi um governo de coligação PSD/PP e da análise do seu percurso de quase oito meses de governação, observa-se que não foram produzidas políticas de saúde em que seja possível reconhecer aspetos marcantes na constituição e organização do sistema de saúde português.

O XVIII Governo Constitucional esteve em funções cerca de um ano e meio. Não se realizaram reformas neste curto mandato. Durante o período de governação, conclui-se que não foram lançadas políticas de saúde em que seja possível identificar medidas significativas, respeitantes à constituição e organização do sistema de saúde português.

b) Governos Constitucionais mais ativos (políticas de saúde)

Dos Governos Constitucionais estudados, destacam-se o XIII, XIV, XV e XVII.

O XIII Governo Constitucional produziu as seguintes medidas na área da saúde:

1. Decreto-Lei n.º 161/96, de 04 de Setembro;
2. Despacho Normativo n.º 46/97, de 8 de Agosto;
3. Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril;
4. Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de Maio;
5. Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de Junho;
6. Portaria n.º 288/99, de 27 de Abril;
7. Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de Maio;
8. Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio;
9. Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de Setembro.

Das medidas mencionadas destacam-se:

- Despacho Normativo n.º 46/97, de 8 de Agosto - Agências de contratualização;
- Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de Maio – Regime remuneratório experimental dos médicos de clínica geral;
- Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de Junho - Novo estatuto hospitalar;
- Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de Maio - Sistemas locais de saúde;
- Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio - Centros de saúde de 3ª geração;
- Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de Setembro - Centros de responsabilidade integrados nos hospitais.

O XIV Governo Constitucional produziu as seguintes medidas na área da saúde:

1. Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/01, de 16 de Novembro;
2. Decreto-Lei n.º 39/02, de 26 de Fevereiro;
3. Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/02, de 7 de Março.

Das medidas mencionadas, destaca-se a Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/02, de 7 de Março – Novo estatuto tipo de hospital, com natureza formal de entidade pública empresarial

O XV Governo Constitucional produziu as seguintes medidas na área da saúde:

1. Decreto-Lei n.º 185/02, de 20 de Agosto;
2. Lei n.º 27/02, de 8 de Novembro - novo regime jurídico da gestão hospitalar;
3. Decreto-Lei n.º 270/02, de 2 Dezembro;
4. Decreto-Lei n.º 271/02, de 2 de Dezembro;
5. Decreto-Lei n.º 294/02, de 11 de Dezembro;
6. Decreto-Lei n.º 60/03, de 1 de Abril;
7. Decreto-Lei n.º 188/03, de 20 de Agosto;
8. Decreto-Lei n.º 281/03, de 8 de Novembro.

Das medidas referidas, evidenciam-se as seguintes:

- Decreto-Lei n.º 185/02, de 20 de Agosto - Conceção de parcerias na área da saúde;
- Lei n.º 27/02, de 8 de Novembro - Novo regime jurídico da gestão hospitalar;
- Decreto-Lei n.º 270/02, de 2 Dezembro – Instituiu medidas no sentido da redução de custos;
- Decreto-Lei n.º 271/02, de 2 de Dezembro – Instituiu medidas no sentido da redução de custos;
- Decreto-Lei n.º 60/03, de 1 de Abril - Promulgou a criação da Rede Nacional de Cuidados de Saúde;
- Decreto-Lei n.º 188/03, de 20 de Agosto - Vem regular os hospitais do setor público administrativo quanto à forma de funcionamento;
- Decreto-Lei n.º 281/03, de 8 de Novembro - Alargamento do conceito de rede, aplicado aos cuidados continuados de saúde.

O XVIII Governo Constitucional produziu as seguintes medidas na área da saúde:

1. Decreto-Lei n.º 233/05, de 29 de Dezembro;
2. Decreto-Lei n.º 101/06, de 6 de Junho;
3. Decreto-Lei n.º 298/07, de 22 de Agosto;
4. Decreto-Lei n.º 28/08, de 22 de Fevereiro.

No XVIII Governo Constitucional evidenciam-se as seguintes medidas:

- Decreto-Lei n.º 101/06, de 6 de Junho - Aprovou a Rede Nacional de Cuidados Continuados de Saúde a Idosos e Dependentes;
- Decreto-Lei n.º 298/07, de 22 de Agosto - Enquadra o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF, assim como, o regime de incentivos de todos os seus elementos;
- Decreto-Lei n.º 28/08, de 22 de Fevereiro - Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde.

c) Limitações do estudo

Dada a extensa informação contida em cada um dos diplomas estudados, bem como a linguagem técnica ou os múltiplos significados retirados por parte do investigador, torna-se ambíguo proceder com toda a objetividade ao enquadramento e identificação das medidas reformadoras dos respetivos Governos Constitucionais de acordo com as sete Componentes Doutrinárias da Nova Gestão Pública. No mesmo diploma é possível enquadrar e identificar mais do que uma das Componentes Doutrinárias da Nova Gestão Pública. Proceder ao isolamento da componente dominante não só se torna difícil, como também, investigadores diferentes podem fazer distintas interpretações.

Outra limitação prende-se com a respetiva contabilização dos Conceitos Chave da Nova Gestão Pública nas medidas reformadoras. Pode igualmente ser questionado, se diferentes investigadores não terão diferentes entendimentos sobre os conceitos e o que cada qual, significa, podendo isso conduzir a variadas interpretações. A contabilização é identicamente, passível de diferentes interpretações.

As limitações anteriormente referidas permitem delinear outras possibilidades de estudo, nomeadamente, a concentração de esforços em encontrar e estabelecer metodologias menos subjetivas.

Do estudo de duas décadas (1995-2011) de governos constitucionais e daquilo que já se observa do XIX Governo Constitucional de coligação PSD-PP, parece indícios do começo de um novo paradigma com a não intervenção do Estado em várias áreas. Num futuro estudo, a inclusão do XIX Governo Constitucional certamente trará novas perspetivas quanto às políticas de saúde em Portugal.

Bibliografia

- Ackroyd, S. (1995). *From public administration to public sector management*. International Journal of Public Sector Management, 8 (2), pp. 19-32.
- Allsp, J. (1995). *Health Policy and the NHS – Towards 2000*. Longman, London.
- Amaral, A. (2003). *Proposta de plano estratégico para a formação nas áreas da saúde*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Educação Médica.
- Araújo, J. (2002). *Gestão Pública em Portugal: mudança e persistência institucional*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Arndt, Heinz, 1998. « From State to Market» in *Asian Economic Journal*, Vol. 12, n.º. 4, pp.: 331-341.
- Bilhim, João (2000). *Ciência da Administração*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Bilhim, João (2006). *Gestão Estratégica de Recursos Humanos*. Lisboa: ISCPS.
- Bovaird T., Löffler E. (2001), “*Emerging trends in public management and governance*”, Teaching and Research Review, Issue 5, winter, Bristol Business School.
- Boyne, G. (2002). *Public and private management: What's the difference?* Journal of Management Studie, 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, Marcello, (1963^a). *Manual de Ciência Política e Direito Constitucional, Vol. I – 4.^a Edição*. Lisboa: Coimbra Editora.
- Caetano, Marcello (1963^b). *Manual de Ciência Política e Direito Constitucional, Vol. II – 4.^a Edição*. Lisboa: Coimbra Editora.
- Campos, António (1984). *Os hospitais no sistema de saúde português*. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos.

As Reformas do Setor Público na Saúde em Portugal: Duas Décadas de Mudanças (1995-2011)

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). *Confissões políticas da saúde. Auto de breve governação*. Lisboa: Oficina do Livro.

Campos, António (2002). *Administração Pública, em Reformar Portugal*. 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.

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

Canotilho, J.J. Gomes e Moreira, V. (2007). *Constituição da República Portuguesa*. – 4 ed., revista. Coimbra: Coimbra Editora.

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

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, 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, 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.

Clarke, J.; Newman, J (1997) *The Managerial State*. London: Sage Publications, 1997.

Clarke, J., Gewirtz, S., McLaughlin, E. (2000) ‘*Reinventing the Welfare State*’, in Clarke, J., Gewirtz, S., McLaughlin, E. (eds), *New Managerialism, New Welfare?*, London, Sage.

Clarke, John; Gewirtz, Sharon; McLaughlin, Eugene (eds.), (2000b). « Reinventing the Welfare State » in Clarke, John; Gewirtz, Sharon; McLaughlin, Eugene (eds.), *New Managerialism, New Welfare?* London, The Open University, pp.: 1-26.

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

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/>

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.

Dawson, S., & Dargie, C. (2002). New Public Management: A discussion with special reference to UK health. In K. McLaughlin, S. Osborne & E. Ferlie (Eds.), *New Public Management – Current trends and future prospects*. London: Routledge, pp. 34-57

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.

Drewry, G., (2005), « Water Management in the UK: Public Utility, private ownership and state regulation» in Raadschelders, Jos (eds.), *The Institutional Arrangements for Water Management in the 19th and 20th Centuries*, Amsterdam, IOS Press, pp. 63-80.

Dunleavy, P., & Hood, C. (1994). *From old public administration to new public management*. *Public Money & Management* (July-September), pp. 9-16

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

Ferlie, E., Ashburner, L., Fitzgerald, L., & Pettigrew, A. (1996). *The New Public Management in action*. Oxford: Oxford University Press.

Flynn, N. (1997). *Public sector management* (3 ed.). Harlow: Prentice Hall.

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

Giddens, A. (2000). *Capitalismo e moderna teoria social*. Lisboa: Editorial Presença.

Giddings, Philip, 2005. « The Ombudsman: Accountability and Contracts» in Drewry, Gavin; Greve, Carsten; Tanquerel, Thierry (eds.), *Performance Measurement and Accountability in the Public Sector*. Amsterdam, IOS Press, pp.: 91-102.

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.

Haque, Shamsul, (2001a). « Privatization in Developing Countries: Formal Causes, Critical Reasons, and Adverse Impacts» in Farazmand, Ali (eds), *Privatization or Public Enterprise Reform? – International Case Studies with Implications for Public Management*, London, Greenwood Press, pp.: 217-238.

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

Hood, C. (1995). *The "New Public Management" in the 1980s: Variations on a theme*. *Accounting, Organizations and Society*, 20(2/3), pp. 93-109.

Hood, Christopher, (1998). *The Art of the State – Culture, Rhetoric, and Public Management*. Oxford: Oxford University Press.

Keynes, John, (1970). *Teoria Geral do Emprego – 2.ª Edição*. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura.

Keynes, John, (1971). *Essair sur la Monnaie et l'économie: Les cris de Cassandra*. Paris: Payot.
– 2.ª Edição. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura.

Lane, Jan-Erik (eds.), (1985c. «Introduction: Public Policy or Markets? The Demarcation Problem» in lane, Jan-Erik (eds.), *State and Market – The Politics of the Public and the Private*. London: Sage Publications. *Public Administration and Public Management – the principal-agent perspective*. New York: Rout ledge , pp.: 3-52.

Lane, Jan-Erik (2005). *Public Administration and Public Management – the principal-agent perspective*. New York: Rout ledge.

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

Massey, Douglas (2005). *Return of the «L» word: A Liberal vision for the new century*. New Jersey: Princeton University Press.

Maassen, P. (1996). *Governmental steering and the academic culture. The intangibility of the human factor in Dutch and German universities*. Utrecht: CHEPS.

Martinez, Pedro (1973). *Manual de Economia Política – 2.ª Edição*. Lisboa: Manuais da Faculdade de Direito de Lisboa.

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

Mccourt, W. (2002). *New Public Management in developing countries*. In K. McLaughlin, S. Osborne & E. Ferlie (Eds.), *New Public Management – Current trends and future prospects*. London: Routledge., pp. 227-242

Miguel, J. Pereira; COSTA, Carlos (1997). *A Reforma da Saúde em Portugal: À procura de eficiência*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Vol. 15, N.º 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.

Mintzberg, H. (1996). *Estrutura e dinâmica das organizações*. Lisboa: Círculo de Leitores.

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

OCDE (1998). *OECD Economic Surveys – 1997 – 1998 – Portugal*. OECD, Paris.

Osborne, Stephen; McLaughlin, Kate, 2002. « The New Public Management in context» in McLaughlin, Kate; Osborne, Stephen; Ferlie, Ewan (eds), *New Public Management: Current trends and future prospects*, London, Routledge, pp.: 7-14.

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

Pereira, L. (2005). *A reforma estrutural da saúde e a visão estratégica para o futuro*. Lisboa: Luís Filipe Pereira.

Peters, T. J., & Waterman, R. H. (1987). *In search of excellence (Na senda da excelência) (2nd ed.)*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Pollitt, C. (1990). *Managerialism and the Public Services: the Anglo-American Experience*. Oxford; Basil Blackwell.

Pollitt, C., Birchall, J., & Putman, K. (1998). *Decentralising public service management*. London: Macmillan Press.

Pollitt, C., & Boukaert, G. (2000). *Public management reform: A comparative analysis*. Oxford: Oxford University Press.

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.

Relatório de Primavera. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Rhodes, R. A. W. (1999a). Governance and Networks. In Gerry. Stoker. ed; *The New Management of British Local Governance*. London: Macmillan, xii - xxvi.

Rocha, Oliveira, 2000c. «Modelos de Gestão Pública» in *Revista de Administração e Políticas Públicas*, Vol. I, n.º 1, pp. 6-16.

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

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

Rouban, Luc 1999b. « Introduction: The New Governance » in Rouban, Luc (eds.), *Citizens and The New Governance*, Amsterdam, IOS, pp. 1-5.

Santana, Paula (2010). “ Os ganhos em saúde e no acesso aos serviços de saúde”, *In 30 Anos do Serviço Nacional de Saúde*, Associação Portuguesa de Economia da Saúde (coordenação de Jorge Simões). Almedina, Lisboa, 2010.

Santos, Boaventura de Sousa; Ferreira, Sílvia (2002), "A Reforma do Estado-Providência entre Globalizações Conflituantes", in Hespanha, Pedro e Carapinheiro, Graça (org.), *Risco social e incerteza: pode o Estado social recuar mais?* Porto: Edições Afrontamento.

Schachter, H. (1995), “Reinventing Government or Reinventing Ourselves: Two Models for Improving Government Performance”, *Public Administration Review*, November – December, vol. 55, n.º 6, pp. 530-537.

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, J; Dias, A. (2010). “ Políticas e governação em saúde, *In 30 Anos do Serviço Nacional de Saúde*, Associação Portuguesa de Economia da Saúde (coordenação de Jorge Simões). Almedina, Lisboa, 2010.

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

Simões, J., Pedro Barros e João Pereira (Coord.) (2008). *A Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde*, Ministério da Saúde.

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.

Taylor, F. (1911). *The principles of scientific management*. New York: Harper & Row.

Van Vught, F. (1997). The effects of alternative governance structures. In B. Steunenberg & F. Van Vught (Eds.), *Political institutions and public policy*. Dordrecht: Kluwer. pp. 115-137.

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

Weber, M. (1999). *Economia e Sociedade (Vol. 2)*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.

Weber, M. (2003). *Économie et Société. Les catégories de la sociologie (3 ed.)*. Paris: Plon

Wilson, W. (1887). *The study of administration*. Political Science Quarterly, 2(June), 1887-1222.

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

Legislação Consultada

Lei n.º 27/02, de 8 de Novembro

Decreto-Lei n.º 161/96, de 04 de Setembro

Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril

Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de Maio

Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de Junho

Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de Maio

Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio

Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de Setembro

Decreto-Lei n.º 39/02, de 26 de Fevereiro

Decreto-Lei n.º 185/02, de 20 de Agosto

Decreto-Lei n.º 270/02, de 2 de Dezembro

Decreto-Lei n.º 271/02, de 2 de Dezembro

Decreto-Lei n.º 294/02, de 11 de Dezembro

Decreto-Lei n.º 60/03, de 1 de Abril

Decreto-Lei n.º 188/03, de 20 de Agosto

Decreto-Lei n.º 281/03, de 8 de Novembro

Decreto-Lei n.º 233/05, de 29 de Dezembro

Decreto-Lei n.º 101/06, de 6 de Junho

Decreto-Lei n.º 298/07, de 22 de Agosto

Decreto-Lei n.º 28/08, de 22 de Fevereiro

Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/01, de 16 de Novembro

Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/02, de 7 de Março

Portaria n.º 288/99, de 27 de Abril

Despacho Normativo n.º 46/97, de 8 de Agosto