



INSTITUTO SUPERIOR
DE CIÊNCIAS SOCIAIS
E POLÍTICAS
UNIVERSIDADE DE LISBOA

U LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

Parcerias Públicas com o Setor Social: relação entre as Misericórdias e o Estado na prestação de cuidados de saúde em Portugal entre 1974 e 2020 - o caso dos Hospitais (des)nacionalizados

Fernando Nuno Fernandes Ribeiro dos Reis

Orientador: Prof. Doutor Alexandre Morais Nunes

Coorientadora: Prof. Doutora Maria Helena Gonçalves Costa Ferreira Monteiro

Coorientador: Prof. Doutor Diogo Cunha Ferreira

*Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em
Administração Pública, especialidade em Administração da Saúde*

*Lisboa
2025*



INSTITUTO SUPERIOR
DE CIÊNCIAS SOCIAIS
E POLÍTICAS
UNIVERSIDADE DE LISBOA

U LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

Parcerias Públicas com o Setor Social: relação entre as Misericórdias e o Estado na prestação de cuidados de saúde em Portugal entre 1974 e 2020 - o caso dos Hospitais (des)nacionalizados

Fernando Nuno Fernandes Ribeiro dos Reis

Orientador: Prof. Doutor Alexandre Morais Nunes

Coorientadora: Prof. Doutora Maria Helena Gonçalves Costa Ferreira Monteiro

Coorientador: Prof. Doutor Diogo Cunha Ferreira

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em
Administração Pública, especialidade em Administração da Saúde

Júri:

Presidente:

- Doutor Manuel Augusto Meirinho Martins, Professor Catedrático e Presidente do Conselho Científico do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa

Vogais:

- Doutor João Manuel Ricardo Catarino, Professor Catedrático do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;
- Doutora Ana Lúcia da Silva Romão, Professora Associada do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;
- Doutor Alexandre Manuel Martins Morais Nunes, Professor Associado do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa, na qualidade de Orientador;
- Doutor António Manuel Lopes Tavares, Professor Auxiliar da Faculdade de Direito e Ciência Política da Universidade Lusófona;
- Doutor Francisco Goiana da Silva, Professor Auxiliar Convidado da NOVA Medical School da Universidade Nova de Lisboa.

Lisboa

2025



INSTITUTO SUPERIOR
DE CIÊNCIAS SOCIAIS
E POLÍTICAS
UNIVERSIDADE DE LISBOA

U LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

Lisboa
2025



INSTITUTO SUPERIOR
DE CIÊNCIAS SOCIAIS
E POLÍTICAS
UNIVERSIDADE DE LISBOA

U LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

AGRADECIMENTOS

À Universidade de Lisboa e ao Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas pela oportunidade de desenvolver este apaixonante projeto. Ao Professor Doutor Alexandre Morais Nunes, à Professora Doutora Maria Helena Monteiro, ao Professor Doutor Diogo Cunha Ferreira. Pela sua orientação, sugestões, troca de ideias e o apoio que deram e que foi muito importante para a concretização deste trabalho de investigação.

A todos os Professores que me acompanharam no percurso académico. Seja nas aulas e nos diferentes trabalhos e exames, seja em workshop, seja nos seminários temáticos. Uma menção em particular ao Professor Doutor Manuel Meirinho, pela disponibilidade em me ouvir e aconselhar quando foi necessário; ao Professor Paulo Macedo, da unidade curricular de Gestão da Saúde, à Professora Doutora Ana Paula Ferreira e à Professora Doutora Elisabete de Carvalho, da Comissão de Avaliação Científica, e ao Professor Doutor João Catarino, da Unidade de Coordenação de Administração Pública, pela exigência crítica construtiva.

Às entidades cuja abertura a responder a perguntas ou facultar informação permitiu, em complemento aos documentos de prestação de contas e governo institucional, criar um repositório de informação crucial para a parte quantitativa do estudo. A todos os entrevistados, pela sua colaboração, opinião e partilha, que foram essenciais para a realização da parte qualitativa da investigação.

Ao José, por tudo. E porque continuo a usar, mesmo neste trabalho, ferramentas que só um Professor de alma e coração poderia ter transmitido. Ao Agostinho, pela abnegação e resiliência. À Maria Fernanda, pela elegância no ser e amar. À Maria Teresa, por aquele azul irrepetível e tudo o que significava. Ao Fernando, meu ídolo de sempre. À Fernanda, pela inspiração e todos os dias me ensinar a importância de (se) dar. À Márcia, pelo suporte. A cada uma das pessoas que foram ou são importantes na minha vida.

A Jesus Cristo. Pela Fé que encontrei, de todas as vezes em que pensei desistir.



INSTITUTO SUPERIOR
DE CIÊNCIAS SOCIAIS
E POLÍTICAS
UNIVERSIDADE DE LISBOA

U LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA



INSTITUTO SUPERIOR
DE CIÊNCIAS SOCIAIS
E POLÍTICAS
UNIVERSIDADE DE LISBOA

U LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

RESUMO

As relações de parceria entre o Estado e as Misericórdias para a prestação de cuidados de saúde estão em contínua mudança, uma vez que a complexidade e a ambiguidade dos contextos político, económico e social, influenciados por impulsos externos e/ou internos conduzem os Estados e seus Parceiros à procura de novos modelos de prestação de serviços e da sua gestão, por forma a assegurar a acessibilidade, a qualidade e a sustentabilidade da prestação de cuidados. Este estudo teve como objetivo geral avaliar em que medida as relações de parceria Estado-Misericórdias têm contribuído para os objetivos das opções políticas de Saúde. Em termos metodológicos, procedeu-se a uma análise da literatura existente e a uma exaustiva recolha de dados, recorrendo-se à técnica Data Envelopment Analysis (DEA) para avaliar a eficiência e ao índice de Hicks-Moorsteen para determinar os resultados de produtividade das unidades hospitalares desnacionalizadas. Em complemento realizaram-se entrevistas aos principais intervenientes nestes processos, analisadas com recurso à técnica da análise de conteúdo, de forma a aprofundar a leitura e análise dos dados. Em função dos resultados obtidos, concluiu-se que os hospitais das Santas Casas de Misericórdia devolvidos à gestão da respetiva Misericórdia, após nacionalização em 1974-1975, apresentaram melhores níveis de eficiência do que os restantes 28 hospitais em análise, embora a diferença não seja significativa; os hospitais desnacionalizados apresentam maior produtividade do que a média dos hospitais do SNS, diferença essa mais acentuada no período pós-devolução. Na globalidade, as relações entre o Estado e as Misericórdias para a prestação de serviço público têm um histórico relevante, abrangem diversos setores e, também na área da saúde, designadamente na área hospitalar e das unidades cuja gestão foi devolvida na última década, os resultados alcançados reforçam essas parcerias como opção política válida em termos de sustentabilidade e acesso aos cuidados de saúde pelos utentes.

Palavras-chave: Políticas de Saúde; Setor Social; Parcerias; Eficiência; Produtividade; Acesso.

ABSTRACT

Policy changes underlying the relationship between the Portuguese State and the social sector, along democracy, carried on during a period of reforms in Public Administration, with characteristics of different Administration models. Partnerships between the State and Misericórdias to provide healthcare are continuously changing, since the complexity and ambiguity of political, economic and social contexts, influenced by external and/or internal impulses drive the States and their partners to permanently search for new models of service provision and management, in order to assure access, quality and sustainability of care. This study's general objective was to evaluate in what measure public-social partnerships have contributed to health policies goals. Methodologically, a literature review and data collection were conducted, recurring to the technique of Data Envelopment Analysis (DEA) to evaluate efficiency, and to the Hicks-Moorsteen index to evaluate productivity results of the denationalized hospitals. Also, interviews of the main leaders and agents of the denationalization process, with content analysis method as a research tool, allowed to deepen the reading and interpretation of data. Considering the results, hospital units nationalized right after the carnation revolution in Portugal, in 1974-1975, and denationalized in the last decade demonstrated better efficiency levels than a panel of 28 SNS public managed hospitals, though the difference is not significant; denationalized hospitals showed higher productivity than the average of SNS hospitals, difference more marked in the period after given back to their respective Misericórdia management. Overall, partnerships between the State and Misericórdias for the provision of healthcare have historic relevance, encompass different sectors, and, also in healthcare, namely regarding hospital management of the units given back to the responsibility of their respective Misericórdia in the last decade, the results reinforce these partnerships as a political valid option in terms of sustainability and citizens access to healthcare.

Keywords: Health Policies; Social Sector; Partnerships; Efficiency; Productivity; Access.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde
ARS - Administração Regional de Saúde
BCE - Banco Central Europeu
CMVMC - Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas
CSP - Cuidados de Saúde Primários
DEA - *Data Envelopment Analysis*
EPE - Entidade Pública Empresarial
FMI - Fundo Monetário Internacional
FSE - Fornecimentos e serviços externos
HMI - Índice de Hicks-Moorsteen
INE - Instituto Nacional de Estatística
LBS - Lei de Bases da Saúde
MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
NGO - Organizações não governamentais
NHS - Serviço Nacional de Saúde inglês
NPG - *New Public Governance*
NPM - *New Public Management*
OECD - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
PNS - Plano Nacional de Saúde
PSO - Organizações prestadoras de serviço público
RAC - Relatório de Atividades e Contas
SCMA - Santa Casa da Misericórdia de Anadia
SCMB - Santa Casa da Misericórdia de Barcelos
SCMF - Santa Casa da Misericórdia de Fafe
SCML - Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
SCMP - Santa Casa da Misericórdia do Porto
SCMS - Santa Casa da Misericórdia de Serpa
SINAS - Sistema Nacional de Avaliação em Saúde
SNS - Serviço Nacional de Saúde
TFP - Produtividade Total dos Fatores
TMRG - Tempos Máximos de Resposta Garantidos

UMP - União das Misericórdias Portuguesas

VRS - retornos variáveis à escala

WHO - Organização Mundial da Saúde

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	i
RESUMO	v
ABSTRACT	v
LISTA DE ABREVIATURAS	vii
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Objeto de estudo, problema, relevância e objetivos	1
1.2. Opções metodológicas	4
1.3. Estrutura da tese.....	5
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
2. REFORMA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	7
2.1. Modelo Burocrático ou Weberiano	10
2.2. New Public Management.....	12
2.3. New Public Governance	16
2.4. Administração Pública em mudança: os principais modelos, em perspetiva	21
2.5. Trajetórias das reformas	26
2.6. Culturas administrativas, formas de coordenação e reestruturação organizacional	29
2.7. A prestação do serviço público num quadro de diferentes modelos de gestão.....	33
2.8. Reformar a Administração Pública envolvendo os cidadãos.....	35
3. SETOR SOCIAL E A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO PÚBLICO	38
3.1. Parcerias para a prestação do serviço público	38
3.1.1. Fundamentação e exemplos	38
3.1.2. Tendências evolutivas das parcerias	39
3.2. Aspetos relevantes na opção pelo Setor Social na prestação de Serviço Público....	41
3.3. Parcerias com o Setor Social no contexto de Administração Pública em mudança	43
3.4. Primórdios do Setor Social em Portugal.....	47

4. UM SETOR DA SAÚDE EM EVOLUÇÃO.....	49
4.1. As Misericórdias e a Saúde.....	49
4.2. O setor da Saúde e as mudanças na Administração Pública.....	53
4.3. A medição e gestão de desempenho como condição de evolução em saúde.....	58
4.3.1.A medição em contexto de governança	59
4.3.2.A gestão de desempenho e as dimensões para a boa governação em saúde.....	61
4.3.3.A medição de desempenhos hospitalares em Portugal e o financiamento.....	68
4.3.4.Considerações finais sobre medição de desempenho	70
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO	74
5. MODELO DE ANÁLISE.....	74
5.1. Definição de conceitos.....	74
5.2. Questões de investigação	77
6. CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	82
6.1. O Estado e as instituições sociais	82
6.1.1.Relação entre o Estado e as instituições sociais: histórico legislativo.....	82
6.1.2.Relação entre o Estado e as instituições sociais: outros compromissos	84
6.2. Instrumentos orientadores das políticas de saúde e sua interseção com o setor social.....	88
6.2.1.O Plano Nacional de Saúde 2012-2020 como elemento de governança.....	88
6.2.2.O Plano Nacional de Saúde 2021-2030: continuidade e evolução	91
6.2.3.A Saúde no Memorando de Entendimento 2011-2014	95
6.2.4.A Saúde no Programa do XIX Governo Constitucional 2011-2015.....	97
6.2.5.A Saúde no Programa do XX Governo Constitucional 2015.....	99
6.2.6.A Saúde no Programa do XXI Governo Constitucional 2015-2019.....	100
6.2.7.A Saúde no Programa do XXII Governo Constitucional 2019-2022.....	100
6.2.8.A Saúde no Programa do XXIII Governo Constitucional 2022-2024	101
6.2.9.A Saúde no Programa do XXIV Governo Constitucional 2024	102
6.3. O Estado e as Misericórdias	104

6.3.1.Relação entre o Estado e as Misericórdias na saúde: acordos	104
6.3.2.Relação entre o Estado e as Misericórdias na saúde: outros compromissos.....	108
6.4. Nacionalização e desnacionalização de unidades hospitalares.....	110
6.4.1.O Estado e os hospitais das Misericórdias	110
6.4.2.Acordos de devolução de hospitais: especificidades	112
6.4.3.O Hospital São José (Fafe).....	114
6.4.4.O Hospital José Luciano de Castro (Anadia).....	118
6.4.5.O Hospital de São Paulo (Serpa).....	122
7. OPÇÕES METODOLÓGICAS	128
7.1. Objetivos.....	128
7.2. Abordagem metodológica.....	129
7.3. Avaliação da eficiência.....	134
7.3.1.A Data Envelopment Analysis como metodologia para apurar a eficiência.....	134
7.3.2.A DEA em estudos internacionais e nacionais sobre eficiência na saúde	136
7.3.3.A supereficiência aplicada ao modelo de DEA	139
7.4. Avaliação da produtividade	140
7.5. Orientações da Análise Quantitativa	142
7.5.1.Definição das variáveis	142
7.5.2.População/amostra	143
7.5.3.Fonte de dados	144
7.5.4.Definição do modelo.....	145
7.5.5.Tempo	145
7.5.6.Caracterização dos dados da amostra.....	146
7.6. Orientações da Análise Qualitativa	151
7.6.1.Modelo de análise das entrevistas	154
7.6.2.População/amostra	154
7.6.3.Categorização.....	155

7.6.4.Aspetos éticos e legais tidos em consideração.....	156
8. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	157
8.1. Resultados da análise quantitativa	157
8.1.1.Proposição 1	157
8.1.2.Proposição 2.....	166
8.1.3.Proposição 3	182
8.1.4.Proposição 4.....	185
8.1.5.Proposição 5.....	187
8.2. Resultados da análise qualitativa	191
8.2.1.Questão 1.....	191
8.2.2.Questão 2.....	192
8.2.3.Questão 3.....	196
8.2.4.Questão 4.....	199
8.2.5.Questão 5.....	202
8.2.6.Questão 6.....	205
8.2.7.Questão 7.....	208
8.2.8.Questão 8.....	213
8.3. Discussão dos resultados	219
9. CONCLUSÕES.....	235
9.1. Principais conclusões.....	235
9.2. Limitações ao estudo e sugestões futuras	247
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	251
APÊNDICE.....	285

Índice de Quadros

Quadro 1 - Estrutura da tese.....	6
Quadro 2 - As ondas de pensamento em termos de reforma da administração.....	9
Quadro 3 - Burocracia da Administração Pública.....	10
Quadro 4 - New Public Management.....	15
Quadro 5 - Reinterpretação de conceitos chave da Nova Gestão Pública pela Nova Governança Pública.....	18
Quadro 6 - Contradições e equilíbrios nas reformas da administração pública.....	21
Quadro 7 - Os elementos centrais da Nova Governança Pública em comparação com a Administração Pública Tradicional e a Nova Gestão Pública.....	25
Quadro 8 - Tradição administrativa europeia.....	30
Quadro 9 - Papel dos políticos e funcionários públicos nos principais modelos.....	32
Quadro 10 - Principais definições da Qualidade em Saúde.....	66
Quadro 11 - Conceitos de investigação.....	74
Quadro 12 - Quadro-resumo.....	79
Quadro 13 - Linhas de continuidade e inovação no PNS 2021-2030.....	95
Quadro 14 - Participação do setor social no sistema de saúde no período democrático..	105
Quadro 15 - O Hospital São José (Fafe), no período 2010-2020.....	116
Quadro 16 - Informação adicional sobre o Hospital São José (Fafe).....	117
Quadro 17 - O Hospital José Luciano de Castro (Anadia), no período 2010-2020.....	120
Quadro 18 - Informação adicional sobre o Hospital José Luciano de Castro (Anadia)...	121
Quadro 19 - O Hospital de São Paulo (Serpa), no período 2010-2020.....	125
Quadro 20 - Informação adicional sobre o Hospital de São Paulo (Serpa).....	127
Quadro 21 - Comparação de resultados dos Hospitais desnacionalizados.....	131
Quadro 22 - Inputs e outputs definidos para o estudo.....	143
Quadro 23 - Amostra definida para o estudo.....	144
Quadro 24 - Análise estatística aos gastos com pessoal das unidades.....	146

Quadro 25 - Análise estatística aos FSEs das unidades.....	147
Quadro 26 - Análise estatística aos CMVMCs das unidades.....	147
Quadro 27 - Análise estatística às vendas e serviços prestados das unidades.....	148
Quadro 28 - Análise estatística ao número global de consultas externas médicas.....	149
Quadro 29 - Análise estatística ao número de internamento das unidades.....	149
Quadro 30 - Análise estatística ao número global de cirurgias das unidades.....	150
Quadro 31 - Análise estatística ao número global de atendimentos em urgência.....	150
Quadro 32 - Guião de entrevista.....	152
Quadro 33 - Definição de categorias e subcategorias.....	155
Quadro 34 - Número de unidades hospitalares eficientes, entre 2010 e 2020.....	158
Quadro 35 - Estatística sobre resultados de eficiência VRS dos 31 hospitais.....	159
Quadro 36- Estatística sobre resultados de eficiência VRS dos 28 hospitais em análise não pertencentes a Misericórdias, entre 2010 e 2020.....	161
Quadro 37 - Estatística sobre resultados de eficiência VRS dos 3 hospitais em análise pertencentes a Misericórdias, entre 2010 e 2020.....	161
Quadro 38 - Estatística sobre resultados de eficiência VRS dos 28 hospitais em análise não pertencentes a Misericórdias, entre 2010 e 2020.....	162
Quadro 39 - Estatística sobre resultados de eficiência VRS dos 3 hospitais em análise pertencentes a Misericórdias, entre 2010 e 2020.....	165
Quadro 40 - Estatística sobre resultados de supereficiência VRS dos 28 hospitais em análise não pertencentes a Misericórdias, entre 2010 e 2020.....	167
Quadro 41 - Estatística sobre resultados de supereficiência VRS dos 3 hospitais em análise pertencentes a Misericórdias, entre 2010 e 2020.....	168
Quadro 42 - Resultados de supereficiência VRS dos hospitais no ano 2010.....	169
Quadro 43 - Resultados de supereficiência VRS dos hospitais no ano 2011.....	170
Quadro 44 - Resultados de supereficiência VRS dos hospitais no ano 2012.....	171
Quadro 45 - Resultados de supereficiência VRS dos hospitais no ano 2013.....	172
Quadro 46 - Resultados de supereficiência VRS dos hospitais no ano 2014.....	173

Quadro 47 - Resultados de supereficiência VRS dos hospitais no ano 2015.....	174
Quadro 48 - Resultados de supereficiência VRS dos hospitais no ano 2016.....	175
Quadro 49 - Resultados de supereficiência VRS dos hospitais no ano 2017.....	176
Quadro 50 - Resultados de supereficiência VRS dos hospitais no ano 2018.....	177
Quadro 51 - Resultados de supereficiência VRS dos hospitais no ano 2019.....	178
Quadro 52 - Resultados de supereficiência VRS dos hospitais no ano 2020.....	179
Quadro 53 - Ranking de unidades hospitalares em função dos resultados de supereficiência VRS, no período 2010-2020.....	180
Quadro 54 - Tendência de supereficiência VRS por cluster, no período 2010-2020.....	181
Quadro 55 - Evolução de eficiência no período pré e pós-desnacionalização, entre unidade desnacionalizada (Hospital São José - Fafe) e unidades da região.....	183
Quadro 56 - Evolução de eficiência no período pré e pós-desnacionalização, entre unidade desnacionalizada (H. José Luciano Castro - Anadia) e unidades da região.....	184
Quadro 57 - Evolução de eficiência no período pré e pós-desnacionalização, entre unidade desnacionalizada (Hospital São Paulo - Serpa) e unidades da região.....	184
Quadro 58 - Análise global de produtividade.....	185
Quadro 59 - Análise de produtividade ao período pré-devolução.....	186
Quadro 60 - Análise de produtividade ao período pós-devolução.....	186
Quadro 61 - Histórico da classificação SINAS da unidade desnacionalizada Hospital São José (SCM Fafe) versus unidades tipo do grupo B e mesma ARS.....	188
Quadro 62 - Histórico da classificação SINAS da unidade desnacionalizada Hospital José Luciano de Castro (SCM Anadia) versus unidades da mesma ARS.....	189
Quadro 63 - Resultados obtidos da análise de conteúdo à Questão 1.....	191
Quadro 64 - Resultados obtidos da análise de conteúdo à Questão 2.....	192
Quadro 65 - Resultados obtidos da análise de conteúdo à Questão 3.....	196
Quadro 66 - Resultados obtidos da análise de conteúdo à Questão 4.....	199
Quadro 67 - Resultados obtidos da análise de conteúdo à Questão 5.....	202
Quadro 68 - Resultados obtidos da análise de conteúdo à Questão 6.....	205

Quadro 69 - Resultados obtidos da análise de conteúdo à Questão 7.....	209
Quadro 70 - Resultados obtidos da análise de conteúdo à Questão 8.....	214

Índice de Figuras

Figura 1 - Relação entre objetivos, recursos, processos, produtos.....	62
Figura 2 - Modelo de governação para a saúde e de governação da saúde.....	89
Figura 3 - Ciclo de planeamento estratégico em saúde de base populacional.....	93

1. INTRODUÇÃO

Este documento constitui uma tese apresentada ao Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa para cumprimento dos requisitos do programa doutoral em Administração Pública, na especialidade de Administração da Saúde. Foi realizado sob a orientação científica do Professor Doutor Alexandre Morais Nunes e a coorientação da Professora Doutora Maria Helena Monteiro e do Professor Doutor Diogo Cunha Ferreira.

O presente trabalho tem como tema as relações de parceria entre o Estado e as Misericórdias para prestação de cuidados em Portugal, designadamente no período democrático. Em particular, será alvo de estudo aprofundado o caso dos hospitais devolvidos recentemente à gestão das Misericórdias, após nacionalização em 1974-1975. Assim, foi definida a seguinte pergunta de partida: As relações de parceria entre o Estado e as Misericórdias, designadamente na área da gestão hospitalar, têm dado os resultados expectáveis na opção política?

1.1. Objeto de estudo, problema, relevância e objetivos

As relações de parceria estabelecidas entre Estado e Misericórdias para prestação de serviços de natureza pública constituem tema de interesse para estudo, além de se tratar de questão atual e geradora de discussão.

Há mais de cinco séculos que a história das Misericórdias se associa à prestação de cuidados, nomeadamente de saúde, à população portuguesa, numa missão social que se foi substituindo e até confundindo com os objetivos do próprio Estado. Exemplo disso é a área dos cuidados terciários (também designados cuidados continuados integrados) onde, ao objetivo de o Estado promover uma Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, a partir de 2006, corresponderam as Santas Casas de Misericórdia com uma capacidade de oferta que as levou a assegurar mais de metade da oferta de camas disponíveis (União das Misericórdias Portuguesas [UMP], 2019).

Por outro lado, quanto à área dos cuidados secundários (hospitalares), as alterações de políticas públicas no que se refere à relação Estado-Misericórdias, ao longo do período democrático, constituem matéria que está ainda por explorar e que pode gerar novas questões. Verificou-se, num primeiro momento, a nacionalização compulsiva de hospitais de Misericórdias nos anos 1974-1975. Posteriormente, deu-se o início da devolução faseada dessas unidades iniciada em 2013 e que foi, entretanto, suspensa para novas unidades em 2016. Por este motivo, o presente tema é de particular interesse para um estudo de investigação mais aprofundado no contexto de modelos de gestão pública no setor da Saúde. De referir que, com o ângulo de abordagem que se pretende adotar, esse estudo ainda não foi realizado e pode gerar novo conhecimento sobre as relações de parceria setor público-setor social. Ganha ainda relevo pelo facto de este estudo se desenvolver numa época de reflexão sobre a saúde em Portugal, com um novo modelo em construção. Agentes políticos, dirigentes do setor social, administradores em saúde, profissionais de saúde e do setor social, voluntários, entre outros, contar-se-ão entre os potenciais interessados numa investigação que possa trazer maior conhecimento empírico e dar algum contributo teórico para estas parcerias público-social e, nomeadamente, sobre os resultados apresentados pelas unidades hospitalares em análise, num prisma de modelos de gestão, pública ou social, distintos.

A presente investigação irá, assim, debruçar-se sobre as Parcerias entre o Estado e as Misericórdias para a prestação de cuidados de saúde, as quais estão em contínua e acelerada mudança, uma vez que a complexidade e a ambiguidade dos contextos político, económico e social, influenciados por impulsos externos e/ou internos, conduzem os Estados e os seus Parceiros à incessante procura de novos modelos de prestação de serviços e da sua gestão, por forma a assegurar a acessibilidade, a qualidade e a sustentabilidade da prestação de cuidados.

No caso português, as alterações de políticas públicas subjacentes à relação entre o Estado e o setor social ao longo do período democrático desenrolam-se num período de transformação no setor da Administração Pública, com traços característicos de diferentes paradigmas. Com efeito, tudo isto se desenrola tendo como pano de fundo um setor público em que um modelo de administração pública tradicional organizado segundo um modelo burocrático se vai transformando e sendo influenciado por reformas características da Nova Gestão Pública e em que a relação da administração com o ambiente externo vai também evoluindo, para lá de fronteiras organizacionais e setoriais, numa lógica de governança em que a procura de

soluções através de redes e parcerias vai assumindo um papel mais relevante numa relação de colaboração público-social.

Num tal contexto, a investigação empírica sobre casos complexos e inovadores de parcerias entre estes setores, desde a sua formulação à sua avaliação, pode ser reconhecida como evidência científica que criará conhecimento para um melhor entendimento e desenvolvimento de novos modelos e novos casos com articulação positiva entre as múltiplas partes envolvidas. Nessa medida, o problema que se reconhece e que norteará a investigação proposta refere-se às relações de parceria Estado-Misericórdias e os seus resultados, quer para o cumprimento da missão das Misericórdias quer para o próprio Estado e, em particular, sobre os casos recentes dos Hospitais que passaram da gestão direta do Estado para as Misericórdias.

Com base no problema identificado formulou-se a já referida pergunta de partida: “As relações de parceria entre o Estado e as Misericórdias, designadamente na área da gestão hospitalar, têm dado os resultados expectáveis na opção política?”. Mais precisamente, esta opção refere-se à decisão de devolver à respetiva Misericórdia de origem a gestão das unidades hospitalares nacionalizadas em 1974-1975.

Na sequência da pergunta de partida identificada, foram então elencados um conjunto de objetivos.

No que se refere ao objetivo geral:

1. Avaliar em que medida as relações de parceria Estado-Misericórdias têm contribuído para os objetivos das opções políticas de Saúde, nomeadamente na área hospitalar.

Quanto aos objetivos específicos:

1. Caracterizar as diferentes fases de evolução das parcerias setor público-setor social (Misericórdias), na área da saúde, no período democrático.
2. Comparar os resultados das unidades hospitalares devolvidas à gestão do setor social, no período prévio (2010-2014) e posterior à devolução (2015-2020).

-
3. Avaliar em que medida optar por manter gestão direta dos hospitais nacionalizados em 1974 ou devolver estabelecendo parcerias ou contratualizando objetivos tem vantagens para o Estado.
 4. Definir que medidas devem ser adotadas para que as parcerias público-social possam ser mais efetivas, assentes em relações de cooperação e com benefícios de boa governança para todos os parceiros.

1.2. Opções metodológicas

Este trabalho constitui-se como um estudo não experimental, indutivo - em termos de perspectiva parte do particular para o geral e procura chegar a conclusões baseando-se em padrões e observações -, exploratório, longitudinal e que recorre a uma abordagem mista. Por um lado, a abordagem metodológica tem características qualitativas, no cumprimento do objetivo geral de investigação e nos objetivos específicos designados na Introdução como 1, 3 e 4; por outro lado, também quantitativas, no que se refere aos objetivos específicos 2 e 3, relacionados com a comparação, em várias dimensões, dos resultados das unidades hospitalares devolvidas à gestão do setor social, no período prévio e posterior à devolução. Em função do problema e dos objetivos da investigação, a abordagem metodológica mista (quantitativa e qualitativa) afigura-se como a mais adequada.

Num primeiro momento, numa perspectiva de abordagem quantitativa, compilou-se um conjunto de indicadores de atividade assistencial, de atividade económico-financeira, de qualidade, das unidades hospitalares desnacionalizadas e de 28 outras unidades hospitalares do SNS que se mantiveram sob gestão pública. Metodologicamente, recorre-se à técnica *Data Envelopment Analysis* (DEA) para avaliar a eficiência das unidades, bem como à aplicação do conceito de supereficiência. Além disso, recorre-se ao índice de *Hicks-Moorsteen* para determinar os resultados de produtividade.

Num segundo momento, numa perspectiva qualitativa, mediante entrevistas semiestruturadas a profissionais de saúde, utentes e administradores de unidades hospitalares, provedores de Santas Casas, responsáveis de organismos como Administrações Regionais de Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, Entidades Reguladoras do setor, UMP, responsáveis políticos, pretende-se aferir a perceção dos entrevistados relativamente a oito

questões que ajudam a complementar respostas aos objetivos específicos da investigação, com recurso à análise de conteúdo.

1.3. Estrutura da tese

Após um primeiro capítulo dedicado à introdução, o presente estudo foi estruturado em duas partes distintas. Na parte I é feito o enquadramento teórico que serviu de suporte à investigação, e que engloba os capítulos dois a quatro. Na parte II é apresentado o estudo empírico, do qual constam os capítulos cinco a nove.

A parte I tem início no capítulo dois, no qual é feito um enquadramento teórico sobre a reforma da administração pública, dado que foi num contexto de mudanças na administração pública que as relações de parceria entre o Estado e as Misericórdias foram também evoluindo. Ainda no capítulo dois, é enquadrada a evolução da prestação de serviço público, sob diversos prismas, num quadro de diferentes modelos de administração. No capítulo três é feita uma abordagem ao setor social e aos aspetos relevantes da opção pelo mesmo na prestação de serviço público. O capítulo quatro é dedicado ao setor da saúde: ao contexto histórico das Misericórdias na saúde, ao setor da saúde e mudanças na administração pública, assim como à medição e gestão de desempenho como condição de evolução deste setor.

A parte II da presente investigação é referente ao estudo empírico e inclui os capítulos cinco a nove. Assim, o capítulo cinco refere-se ao modelo de análise. Por sua vez, no capítulo seis faz-se a caracterização do objeto de estudo. O capítulo sete versa sobre as opções metodológicas, desde os objetivos e abordagem metodológica seguida, metodologia de avaliação da eficiência, avaliação da produtividade, orientações da análise quantitativa e orientações da análise qualitativa. No capítulo oito procede-se à apresentação, análise e discussão dos resultados. Do capítulo nove constam as conclusões do estudo, bem como as limitações encontradas na realização do mesmo e sugestões de linhas de investigação futuras.

No Quadro 1 é feita uma esquematização da estrutura da tese, com o resumo dos pontos referidos.

Quadro 1 - Estrutura da tese

Introdução	• Objeto de estudo, problema, relevância e objetivos • Opções metodológicas • Estrutura da tese
Parte I - Enquadramento teórico	• Reforma da Administração Pública • Setor Social e o contexto da prestação de serviço público • Setor da Saúde em evolução
Parte II - Estudo empírico	• Modelo de análise • Caracterização do objeto de estudo • Opções metodológicas • Apresentação, análise e discussão de resultados • Conclusões

Fonte: Elaboração própria

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

É num contexto de mudanças na administração pública que as relações de parceria entre o Estado e as Misericórdias foram também evoluindo, seja num caminho de maior distanciamento, seja de maior aproximação. O enquadramento teórico tem início com o capítulo dois, no qual o pano de fundo é a reforma da administração pública.

2. REFORMA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Neste capítulo abordam-se os principais modelos de Administração Pública, cuja evolução foi influenciada por fatores políticos e também por particulares contextos económicos, sociais e históricos (Bilhim, 2014a).

Nos séculos XVII e XVIII, um conjunto de textos heterogéneos sobre administração pública, na maioria de autores alemães, também conhecido como estudos de cameralismo, foi um ponto de partida da evolução para uma verdadeira ciência como campo de estudo (Bilhim, 2013a).

Nos Estados Unidos, no século XIX, a obra “Study of Administration”, de Woodrow Wilson, deu um contributo importante para o reconhecimento da Administração Pública como área de conhecimento autónoma. Perante os desafios que então se colocavam e com problemas como a corrupção e as deficiências na administração, defendia-se uma separação entre a administração pública e a esfera política (Bilhim et al., 2015; Wilson, 1887). Nessa linha, também Frank Goodnow contribuiu para a ideia da necessidade de separar administração e política (Frederickson et al., 2016; Goodnow, 1900).

Até à segunda guerra mundial, a ciência da administração desenvolveu-se mais nos Estados Unidos do que na Europa, embora nesta última se destacassem Henri Fayol e Max Weber. Se a investigação europeia encara a Administração Pública como instrumento da ação do Estado, a investigação nos Estados Unidos interessa-se mais pela organização, transcendendo fronteiras entre público e privado, duas conceções que originaram tradições distintas na ciência da administração. Mesmo assim, é possível encontrar algumas características no

modelo organizacional subjacente às ideias de Weber, como no subjacente às ideias do americano Francis Taylor, com fio condutor comum em termos de um modelo mecanicista, impessoal, com enfoque na previsibilidade, na racionalidade, no controlo (Bilhim, 2013b).

No pós-guerra, realce para os estudos de Herbert Simon, em que a teoria da decisão coloca a decisão como elemento central de todos os processos na administração pública, desde a conceção à implementação (Chatelain-Ponroy et al., 2021).

Dwight Waldo publicou na década de 50 uma obra em que se defende que questões como a produtividade e o retorno do investimento público se devem compaginar com a valorização de “serviço público”, algo que os estudos sobre administração privada não têm por obrigação contemplar (Bilhim, 2013a).

A década de 70 do século XX, muito marcada pela crise económica, nomeadamente por crises petrolíferas, crescimento da despesa pública, desemprego, inflação, e em que interesses privados e de corporações ganharam algum espaço, por contraposição ao interesse público, representou um desafio ao modelo de Estado-Providência que entre as décadas de 50 e 70 fez caminho (Mankiw, 2022; Hammes & Wills, 2005).

É ainda na sequência da crise petrolífera de 1979 que no governo de Margaret Thatcher, no Reino Unido, se procede a uma reforma da administração pública inspirada por modelos de carácter privado, com enfoque na necessidade de maior racionalidade na gestão de recursos e promoção de mecanismos de mercado e concorrência (Ferlie et al., 1996; Flynn, 2002; Hall, 2005). Este modelo de administração pública ficou conhecido como New Public Management (NPM) (Hood, 1991).

Em Portugal, a revisão constitucional de 1989, a assunção pelo Estado de um maior papel de regulação do sistema, a maior abertura na relação com o setor privado, as privatizações, são características da influência que a NPM acabou por ter na tendência de reformas das administrações públicas de vários países (Bilhim, 2013a).

Na maioria dos países desenvolvidos assistiu-se a um predomínio da influência da NPM nos anos seguintes, sem prejuízo de outros modelos terem vindo a emergir com o

desenvolvimento das sociedades e a necessidade de uma melhor resposta e adaptação aos desafios, como a New Public Governance (NPG) (Bogason & Brans, 2008).

Embora o detalhe da reforma da administração pública não deva ser separado em três simples ondas, o quadro infra resume, sob o ponto de vista do pensamento dominante associado, as principais categorias e períodos. Na realidade, porém, a reforma no terreno pode ter características mais híbridas, complexas de categorizar e faz-se até de camadas sobre camadas. Por outro lado, a retórica associada a cada uma dessas ondas esteve mais presente em algumas regiões do que outras e houve países como o Reino Unido e os Estados Unidos da América que foram mais ativos na tentativa de disseminar determinadas correntes de reforma, tais como a NPM.

Quadro 2 - As ondas de pensamento em termos de reforma da administração

Período	Traços do discurso dominante
Desde meados da década de 1960 até finais da década de 1970	Racional, planeamento hierárquico, e análises custo-benefício. A ciência e a experiência na base do progresso.
Desde finais da década de 1970 até finais da década de 1990	NPM. Técnicas empresariais para melhorar a eficiência. Um chavão de “melhor gestão” como solução para uma vasta gama de problemas.
Desde finais da década de 1990 até ao presente	Sem modelo dominante. Diversos conceitos-chave, tais como governança, redes, parcerias, transparência e confiança.

Fonte: Pollitt e Bouckaert (2017, p. 11)

Ao longo do século XX, os passos foram dados com diferentes modelos de gestão pública, que influenciaram de uma forma geral a administração pública portuguesa, em diversas áreas como a da saúde, além de terem marcado também as relações entre o setor público e o setor social. Em seguida, abordam-se os principais modelos que marcaram esse desenvolvimento da Administração Pública: o Modelo Burocrático ou Weberiano da administração pública tradicional, a Nova Gestão Pública (NPM) e a Nova Governança Pública (NPG)¹.

¹ Acrónimos nas designações da literatura em inglês: “New Public Management” (NPM) e “New Public Governance”.

2.1. Modelo Burocrático ou Weberiano

A perspectiva burocrática da administração pública surge no período posterior à revolução industrial, final do século XIX, início do século XX, num contexto marcado por insuficiência de respostas às necessidades da sociedade e das organizações. A hierarquização das organizações e a separação entre política e administração foram duas marcas do modelo burocrático (Mulgan, 2007; Peters, 2001).

É sobretudo a partir de 1930 que o modelo Weberiano, influenciado por Max Weber, se desenvolve e dissemina. Para Weber, as questões de natureza política deveriam ser separadas das questões de natureza administrativa, sendo o administrador encarado como um executor das políticas decididas (Denhardt & Catlaw, 2014). Já Woodrow Wilson (1887) tinha apresentado uma dicotomia política-administração, sendo a política o campo natural dos eleitos e a administração o campo dos funcionários técnicos a quem cabe implementar as políticas.

O modelo burocrático de Weber assentava numa estrutura orgânica centralizada, com controlo hierárquico, conformidade dos regulamentos internos com as normas, definição dos objetivos pelos políticos, cujo poder estava no topo das organizações e era exercido através de um aparelho administrativo hierarquizado (Mozzicafreddo, 2002).

Na organização burocrática, a relação entre poder político e máquina administrativa era impessoal, profissional, meritocrática, e a motivação para administradores e funcionários passava pela estabilidade remuneratória, de carreira, com benefícios sociais associados (Reed, 2005).

No Quadro 3 apresentam-se as principais características da Administração Pública tradicional.

Quadro 3 - Modelo Weberiano

Modelo Burocrático	
Princípio Teórico	Teoria política: ciência social simplista
Modelo de comportamento humano	“Homem administrativo”
Conceção do interesse público	Definido publicamente e expresso na lei

Destinatários	Utentes
Papel do Governo	Planear, desenhar e implementar políticas de acordo com o objetivo politicamente definido
Mecanismos para governar	Administrar através de organismos públicos
Prestação de contas	Hierárquica - administradores responsáveis perante líderes políticos
Estrutura organizacional	Burocrática
Base de motivação para funcionários e administradores	Remuneração, benefícios sociais e estabilidade no emprego

Fonte: Denhardt e Denhardt (2015)

A redução de custos administrativos, a supervisão atenta pelos responsáveis de topo, o estímulo à coordenação de atividades interligadas, a promoção de regras uniformes na prestação de serviços, foram identificadas como vantagens deste modelo (Pawlas, 2015).

Por outro lado, o modelo de gestão das organizações burocráticas era marcado por regras rígidas e pela centralização do controlo, o que propiciava inflexibilidade no processo de tomada de decisão, com pouca ou nenhuma margem para o aparelho administrativo, com o poder e a autoridade a ficarem concentrados nos patamares superiores da organização, o que, por vezes, levava a tensões internas dada a dependência de uma contínua relação com os níveis superiores da hierarquia (Peters, 2001).

As dificuldades com que este modelo se debatia contribuíram para ineficiências no funcionamento da administração pública, designadamente ao nível da gestão, falta de responsabilização, menor transparência, despreocupação com o desempenho dos funcionários, falta de incentivos para controlo de custos, com aumento da despesa pública (Araújo, 2007).

Além disso, o modelo burocrático não dava grande enfoque à inovação na prestação de serviço público, e privilegiava mais o comando hierárquico e o controlo em detrimento da competição (Hartley et al., 2013). De facto, a administração pública tradicional revelou-se mais forte na exploração de soluções já existentes do que na descoberta ou desenvolvimento de soluções novas e inovadoras (Boukamel & Emery, 2017). As causas para essa relativa fraqueza do modelo burocrático em promover inovação, residem em várias ordens de razão. Por um lado, o controlo centralizado e o enfoque no cumprimento de regras não favorecem a criatividade e o empreendedorismo dos profissionais do setor público. Por outro lado, a falta

de concorrência e incentivos económicos não estimulam a que os funcionários públicos invistam na inovação na prestação de um serviço (Torfing, 2016).

Recentemente apontou-se uma derivação a este modelo, mais conotada com países da Europa Continental, e que corresponderia a uma combinação dos elementos burocráticos tradicionais com elementos mais modernizados, a saber: uma maior orientação externa para a satisfação das necessidades e expectativas dos cidadãos, através da criação de uma cultura profissional de qualidade e serviço; acrescentos à democracia representativa, com instrumentos de consulta aos cidadãos e da sua representação direta; uma atualização das leis relativas à gestão de recursos pelos governos, no sentido de fomentar a procura de resultados e não meramente o cumprimento de procedimentos, e até mesmo com sistemas de gestão de desempenho; uma maior profissionalização do serviço público. Neste conceito, estar-se-ia perante um modelo Neo-Weberiano (Pollitt & Bouckaert, 2017).

As críticas ao modelo de burocracia da administração pública, a procura de novas formas de gestão, a necessidade de uma melhor adaptação a novas realidades, a inspiração em práticas do setor privado que pudessem trazer um melhor desempenho e eficiência ao setor público na prestação de serviço, contribuíram para o emergir de novos modelos (Denhardt & Denhardt, 2015).

2.2. New Public Management

O modelo burocrático prevaleceu nos países mais desenvolvidos até finais da década de 70. À crescente pressão das crises económicas e às dificuldades do Estado social, o governo de Margaret Thatcher, no Reino Unido, contribuiu para uma nova perspetiva, apostada em dotar a administração pública de ferramentas que melhor capacitassem a sua estrutura e de meios, com vista à melhoria do desempenho e eficiência de processos (Newman, 2000). Também a eleição de Reagan, nos Estados Unidos, em 1981, contribuiu para essa transição de um modelo de Estado mais “Social” para um Estado *Managerial* (Levy, 2010).

Orientada pela Teoria da Escolha Pública, pelos ideais managerialistas e pelos modelos económicos do setor privado, esta perspetiva foi adotada, em plena década de 1990, para o redesenho dos processos políticos nas economias desenvolvidas (Flynn, 2002; Hood & Peters,

2004). Foram implementadas políticas que pretendiam imprimir uma melhoria no desempenho na eficácia e na eficiência do setor público, de uma forma similar à registada na realidade privada (Kettl, 2005; Pollitt & Bouckaert, 2004).

Os defensores da NPM acreditam que a introdução de características de gestão privada no setor público conduz a uma diminuição das principais diferenças entre estes dois setores. Como tal, dada esta convergência, as organizações públicas e privadas deverão ter uma maior semelhança em relação aos processos e às mudanças organizacionais. A aproximação a práticas do setor privado ocorreu no pressuposto de que este era mais eficiente, atuando em ambientes competitivos e em que os gestores tinham incentivos para maximizar o potencial das respetivas organizações (Morales et al., 2012).

A NPM constituiu-se como uma forma de reorganizar a gestão do setor público, envolvendo uma noção de responsabilização pública - *accountability* - marcada por uma confiança no mercado e nos gestores e pela aplicação de medidas de avaliação de desempenho com recurso à definição de objetivos, aplicação de indicadores, maior enfoque na gestão de recursos e no controlo de gestão e uma orientação para a procura de melhores resultados com menos recursos (Hood, 1991).

No que concerne à sua base, a NPM fundamenta-se na teoria económica (ciência social positivista), com uma racionalidade técnica com base nas leis de mercado. O interesse público é encarado como um conjunto de interesses individuais e os destinatários do interesse público encarados como clientes. É uma perspetiva de administração pública com uma cultura mais voltada para os resultados e com características do setor privado empresarial (Denhardt & Denhardt, 2003). O objetivo da NPM passou também por dar força ao papel dos gestores públicos na busca de eficiência e na obtenção de resultados mediante instrumentos de avaliação de desempenho (Jensen et al., 2019).

Tendo como uma premissa a ideia de que a gestão privada seria superior à pública, a NPM promoveu práticas de governação no setor público mais em linha com as do setor privado, e contribuiu para mudanças na prestação dos serviços públicos (Bevir, 2010). Contrariamente a formas mais hierárquicas de governo, os princípios de concorrência subjacentes à NPM são mais facilitadores de inovação na prestação de serviço na medida em que mobilizam agentes

apostados em maximizar incentivos económicos, e com maior propensão para diferentes modelos de negócio, desenhos de produto, mudanças tecnológicas (Peters et al., 2022)

Esta perspetiva sobre a administração pública teve impactos em múltiplas organizações, em diversos setores e áreas de atividade, e influenciou reformas em muitos países, um pouco por todo o mundo. No entanto, em alguns países a sua introdução foi mais teórica do que prática (Bezes & Jeannot, 2018; Peters & Pierre, 1998).

As características que mais se destacaram neste modelo foram:

- Agenciamento administrativo: “transformação de organismos da administração direta do Estado em institutos públicos ou outras entidades com autonomia administrativa e financeira” (Carvalho, 2008, p.156).
- Processo de tomada de decisão afasta-se do carácter programado do paradigma jurídico e aproxima-se de um modelo com preocupações gestionárias de eficiência e eficácia (Bilhim, 2013c).
- Maior grau de liberdade no processo de tomada de decisão e menor controlo *a priori* (Bilhim, 2014b).
- Maior flexibilidade da gestão, ao proporcionar incentivos por desempenho de acordo com objetivos (Pollitt, 2003).
- Valorização de mecanismos de mercado, como a privatização, a subcontratação, a orientação para os mercados externo e interno, a aproximação a características do setor privado geradoras de competitividade (Denhardt & Denhardt, 2015).
- Papel de regulação por parte do Estado, em que as funções de provisão e prestação do serviço público não são necessariamente alienadas, mas deixam de ser um exclusivo do mesmo, passando um maior enfoque dos governos para funções de financiamento e regulação das atividades pelas estruturas públicas ou privadas, ou criação de empresas públicas (Hood & Peters, 2004).

- Sistemas de avaliação de desempenho nos serviços públicos, com uma gestão mais orientada para os produtos e para o próprio desempenho de cada trabalhador (Page, 2005).
- Princípios de transparência e de responsabilização na prestação de contas e na relação com o utente, encarado como cliente de um serviço público (Denhardt & Denhardt, 2015).
- Implementação de tecnologias de informação na administração pública, como instrumento de modernização do Estado, melhoria da comunicação entre os organismos e os utentes, e de procura de maior eficiência (Monteiro, 2010).

No Quadro 4 apresentam-se as principais características da Nova Gestão Pública.

Quadro 4 - New Public Management

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

Fonte: Denhardt e Denhardt (2015)

O modelo da NPM também mereceu críticas, nomeadamente para alguns que consideraram estar posta de parte a dimensão política, promovendo uma desagregação e um aumento da complexidade que não contribuiu para a resolução de problemas da sociedade (Dunleavy et al., 2006). Para outros, a NPM não constitui um verdadeiro modelo de administração pública,

mas algo com características dos paradigmas da escolha pública e do managerialismo (Ferlie et al., 1996).

Houve mesmo quem considerasse que o modelo também contribuía, a exemplo do burocrático, para aumentar a despesa pública, a corrupção e a fraude (Doig, 1997). Foi, igualmente, argumentado que a mais custos para o Estado correspondia uma pioria da prestação de serviços públicos, à custa da qualidade de serviço e com aumento dos custos de transação (Lane, 2000).

Também a aproximação de práticas do setor público a práticas do setor privado mereceu reservas, havendo quem defendesse não haver diferenças significativas no desempenho dos gestores públicos por comparação com os do setor privado e que, por exemplo ao nível da formação de recém-contratados, o desempenho dos supervisores do setor público até estaria acima dos do privado (Nowell, 2009). Houve igualmente quem levantasse dúvidas a um maior espírito empreendedor e inovador associado às práticas do setor privado, porquanto também as organizações privadas lidam com obstáculos à inovação ao terem também elas algumas características burocráticas, divisão interna do trabalho, zonas de fronteira cultural entre diferentes departamentos e funções (Halvorsen et al., 2005). Outra grande crítica apontada é ao foco da NPM estar voltado para dentro das organizações, num mundo cada vez mais plural, e também a alguma desatualização das técnicas do setor privado a serem usadas na implementação das políticas públicas e na prestação de serviço público (Osborne, 2010).

No que se refere à influência deste modelo em Portugal, estima-se entre 1985-1987 o início da implementação de medidas relacionadas com a NPM (Carvalho, 2008). Medidas como as privatizações, a descentralização, a desregulamentação, a redução do peso do Estado, o Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP), o modelo de recrutamento e seleção para a Administração Pública (CRESAP) foram exemplos com marca da NPM (Bilhim, 2013a).

2.3. New Public Governance

A prática da governança não é necessariamente moderna. Foram apontados exemplos de práticas conotadas com o que se entende como governança em algumas iniciativas conduzidas

pelos Faraós do Egito ou pelas dinastias na antiga China que, apesar de exercidas de uma forma autocrática e hierárquica, procuraram orientar o coletivo na concretização de metas partilhadas. Em objetivos como conquistas militares as lideranças procuraram congregar o uso de recursos coletivos através de alguma forma de governo (Finer, 1997). Em outra perspetiva temporal, há quem aponte o século XIV como um tempo em que os Estados seguiram práticas com características da governança na forma como dirigiram, governaram ou comandaram, embora o fizessem de forma ainda muito hierárquica (Peters et al., 2022).

Pelo final do século XX, os Estados e as organizações internacionais partilhavam o exercício de governar com mais agentes da sociedade, como empresas privadas, organizações não governamentais, entidades sem fins lucrativos (Bevir, 2010). Esta situação acaba por acontecer num quadro de evolução de um Estado enquanto único prestador de serviços públicos para um Estado mais regulador, com um conjunto de agentes que, através de diferentes relações de natureza contratual, passam também a assegurar a prestação de serviços. Esta nova realidade enquadra a governação mais num modelo de “governance”, com uma gestão assente numa teoria de redes (Frederickson et al., 2016).

Em certo sentido, as insuficiências que se apontavam à Administração Pública tradicional e à NPM, no que se refere a estas deixarem de compreender a complexidade das realidades em que se verifica a prestação do serviço público no século XXI, deram corpo à necessidade de se encontrar uma perspetiva mais abrangente, que fosse além da dicotomia gestão-administração e permitisse uma abordagem mais holística à implementação das políticas públicas e prestação de serviço público (Osborne, 2010). As novas teorias, práticas e dilemas que se colocam à prestação de serviço público dão menos preponderância à hierarquia e ao Estado e mais enfoque aos mercados e às redes (Bevir, 2012).

As reformas introduzidas pela NPM encontraram limitações na forma como os serviços públicos adotaram os mecanismos típicos de mercado e as redes acabaram por constituir resposta a algumas dessas limitações. Na medida em que os recursos provêm de diferentes estruturas organizacionais, a organização em redes acaba por ser adequada para uma reorganização contínua de recursos com o objetivo de melhor responder às necessidades dos cidadãos (Raab et al., 2013).

Se a NPM privilegia a avaliação dos resultados em termos de *outputs*, a NPG coloca um maior enfoque na forma de interação das diferentes organizações para a obtenção de melhores resultados. Assim, na perspectiva da NPG, os fins não justificam os meios e a forma como as pessoas se sentem relativamente ao que é feito deve estar acima daquilo que é feito (Bovaird & Loeffler, 2009). Além disso, se a NPM coloca o enfoque numa orientação central, a NPG enfatiza as relações horizontais entre organizações governamentais e outras (Klijn, 2010).

De entre diversas variantes associadas à NPG um ou outro modelo tem merecido alguma atenção em particular, como é o caso da governança da era digital em que as tecnologias digitais ajudam a contrariar uma certa fragmentação dos governos, mais associada à NPM, mas também os governos encerrados em si próprios tipo silo, uma crítica mais associada à burocracia da administração pública tradicional. Neste conceito de governança está contida igualmente outra resposta a uma das fraquezas da NPM apontada quando, a somar à fragmentação institucional que lhe é característica, está também presente uma dificuldade em lidar com as grandes corporações de tecnologias da informação. A manutenção de uma forte capacidade interna de tecnologias de informação por parte dos governos pode ser um meio de salvaguarda para melhor lidar com essas corporações. Nesta governança da era digital os canais eletrónicos substituem os canais tradicionais e a agência torna-se o seu próprio website (Dunleavy et al., 2006).

O quadro seguinte sumariza a reinterpretação de conceitos da NPM pela NPG.

Quadro 5 - Reinterpretação de conceitos chave da Nova Gestão Pública pela Nova Governança Pública

Reinterpretação de conceitos chave da NPM pela NPG	1- O processo de decisão deve ser partilhado dentro das parcerias, o que implica promover a confiança entre as partes.
	2- A responsabilização tem de ser partilhada de modo a que a responsabilização de políticos e gestores seja reforçada e não prejudicada pelas atividades de parceria.
	3- Os objetivos e planos têm de tornar-se coordenados e integrados para que as partes respeitem os objetivos de cada um na parceria, o que pode até nem significar objetivos partilhados.
	4- Deve promover-se uma extensa contratualização das relações.
	5- A gestão do processo de mudança estratégica deve ser conjunta, por exemplo através de grupos de projeto. Das tentativas de se impor controlo estratégico aos agentes, evolui-se para estratégias em que as decisões dos parceiros se reforçam

	mutuamente.

Fonte: Bovaird e Tizard (2009)

O modelo da NPG dá resposta às formas pelas quais os Estados procuraram adaptar-se às mudanças globais, ao contexto em que o governo passou a ser uma realidade mais complexa, com o envolvimento de diversas partes interessadas, com vínculos de natureza formal e informal, numa certa interdependência (Bevir, 2012).

De uma estrutura burocrática de um Estado prestador, evoluiu-se para uma realidade em que a prestação de serviço público é assegurada por múltiplos parceiros e em que os organismos públicos passaram a trabalhar em articulação com outras organizações públicas, privadas e sociais (Bovaird, 2004; Kettl, 2005). Nesse sentido, a governança permite que uma gama de agentes sociais e económicos possam dar contributos ao setor público, contribuindo para uma compreensão dos problemas mais alargada. Se na NPM os incentivos económicos e os mercados concorrenciais são importantes no estímulo aos diversos agentes em inovar, a governança tende a apoiar as diferentes fases de um processo de inovação (Torfing, 2019).

Procurando dar resposta aos problemas da administração pública tradicional, a NPM deu enfoque a uma prestação de serviços públicos orientada por princípios de mercado. Na abordagem da NPG combinam-se traços do modelo weberiano e da NPM, assumindo que nenhuma das outras perspetivas era superior relativamente à outra. Características de justiça e equidade que pautavam o modelo burocrático seriam conjugadas com características gestionárias da NPM (Asquith et al., 2015).

Combinando elementos da administração pública tradicional e da NPM, a filosofia da NPG foi desenvolvida em torno da ideia de promover a teoria de redes e assegurar a satisfação dos cidadãos, mediante uma interação positiva entre líderes e agentes envolvidos na tomada de decisão (Bovaird & Loeffler, 2009).

Entre os agentes do setor público e os agentes do mercado e os agentes da sociedade estabelecem-se ligações, que podem representar desafios distintos na medida em que podem estar envolvidos agentes com diferentes objetivos e valores. Assim, diferentes arranjos

institucionais podem ser necessários de modo a que o quadro de interação entre o Estado e os agentes externos possa ser mais comum e previsível (Peters, 2021).

O envolvimento de importantes agentes do setor público e do setor privado, lucrativo ou sem fins lucrativos, na abordagem a desafios comuns e no desenho e implementação de soluções tem resultado em avanços na reforma da administração pública. Assim, o conceito de uma governança colaborativa tem vindo a fazer caminho (Emerson & Nabatchi, 2015). No entanto, se a burocracia da administração pública tradicional não foi substituída pelas reformas da NPM em voga no Ocidente, também as diferentes formas de governança pública, seja mais centrada no Estado seja de cariz mais colaborativo, podem continuar a desempenhar um papel relevante (Torfing et al., 2020). Há mesmo quem advogue uma estratégia de combinação de diferentes modelos de governança que permita conjugar as vantagens das múltiplas abordagens à governança para dar resposta a cada problema das organizações públicas em particular (Koppenjan et al., 2019).

Como crítica a este modelo da NPG, foi apontado que a teoria de governança tem tendência a conferir um peso desproporcional a instituições não estatais (Frederickson et al., 2016). Por outro lado, nesta perspetiva de administração pública pode ser mais difícil a identificação da responsabilidade de concretização das políticas, na medida em que a transferência de poderes pode tornar mais complexa a responsabilização e prestação de contas (Bilhim, 2017). A resistência de alguns atores relativamente a ações de coordenação que interpretam como intrusivas leva, por vezes, a tentativas de preservação da sua própria autonomia que podem resultar em falhas de governança. Além disso, a tendência para uma sobrevivência na coordenação - que pode provocar maior passividade em alguns dos agentes -, ou para uma subviragem - que pode conduzir a um desvio nos objetivos, a uma tomada de decisão caótica, ou mesmo a conflitos entre agentes -, resultam em consequências negativas nos mecanismos de governança (Carpenter, 2020).

Da mesma forma que há quem interprete a NPG como uma perspetiva que resulta da necessidade de adaptação do Estado às mudanças da sociedade, também há quem a interprete como resultado ou mesmo causa do declínio do próprio Estado (Bevir, 2012).

No subcapítulo seguinte procede-se a uma abordagem das três perspetivas de administração pública explanadas em 2.1, 2.2 e 2.3.

2.4. Administração Pública em mudança: os principais modelos, em perspetiva

Relativamente aos objetivos associados às reformas da administração alguns equilíbrios difíceis, tensões ou até mesmo contradições têm vindo a ser sinalizadas. O quadro 6 apresenta-os de uma forma resumida.

Quadro 6 - Contradições e equilíbrios nas reformas da administração pública

Aumentar o controlo político da burocracia <i>Versus</i> Libertar os gestores para melhor gerir/empoderar os consumidores
Priorizar as poupanças <i>Versus</i> Melhorar a qualidade do serviço público
Promover a flexibilidade e a inovação <i>Versus</i> Aumentar a confiança dos cidadãos e a legitimidade dos governos
Motivar o staff e promover uma mudança cultural <i>Versus</i> Aumentar a flexibilidade laboral
Reduzir a carga de escrutínio interno e trabalho burocrático <i>Versus</i> Melhorar a responsabilização dos gestores e fortalecer a função de auditoria e avaliação
Desenvolver mais parcerias e a contratação externa <i>Versus</i> Melhorar a coordenação horizontal e a integração dos serviços públicos prestados
Aumentar a efetividade <i>Versus</i> Melhorar a responsabilização dos gestores
Promover um governo aberto e a transparência <i>Versus</i> Proteger a privacidade

Fonte: Pollitt e Bouckaert (2017)

Essas tensões e contradições lidas de uma forma conjugada poderão até ser consideradas verdadeiros desafios ao sucesso das reformas. Uma nota em particular deve ser dada sobre o desafio de aumentar as poupanças e melhorar o serviço público. Apesar da ênfase dada à pressão austeritária pós-crise económica de 2008-2010, a pressão para melhor controlar a despesa pública constituiu um determinante de várias reformas implementadas por diversos países ao longo do tempo. Por outro lado, os diferentes modelos de administração têm abordagens distintas a este binómio poupanças/qualidade do serviço público. Sob o ponto de vista da NPM trata-se de uma questão de eficiência e de gestão e, se o desperdício puder ser reduzido pelo recurso a mecanismos de mercado, a qualidade pode ser mantida e as poupanças alcançadas. Os padrões de qualidade passam também a constar de contratos formais com prestadores externos e assim os objetivos cumpridos. A qualidade fica assim

indexada a um conjunto de indicadores e se os padrões não forem atingidos, ou as poupanças não obtidas, muda-se de prestador. Na perspectiva mais burocrática da administração pública a qualidade é vista como uma motivação e um compromisso com a melhoria por parte dos funcionários públicos. Se são requeridos cortes, a perspectiva é de que há que estabelecer prioridades para não prejudicar a confiança dos profissionais e a capacidade dos serviços. No caso da NPG as poupanças a alcançar, os cortes a efetuar, não dependem apenas de um governo ou de um departamento, nem de um governo e de um prestador externo contratado, mas devem ser negociadas com uma rede de múltiplos intervenientes. Por outro lado, essa rede de parceiros torna mais difícil a coordenação, dado que as relações não são apenas a duas dimensões e verticais nem há uma hierarquia estabelecida (Kettl, 2016).

Ao gerar uma necessidade de melhor se compreender a regulação da auto-regulação, a NPM veio contribuir para a difusão de um conceito de metagovernança (Sorensen & Triantafillou, 2009). Nesse conceito, a metagovernança visa influenciar o processo e os resultados da governança, procurando que o desenho das instituições e outras formas de influência sejam adequadas e suficientes para alcançar os objetivos. Enquanto o conceito de governo remete para as instituições formais de liderança política e administrativa e a governança remete para os processos complexos mediante os quais objetivos partilhados são definidos e concretizados, o conceito de metagovernança, ao procurar estabelecer uma ligação entre governo e governança, responde a uma necessidade da liderança do setor público em reduzir riscos de falha de governo, sem recorrer demasiado a soluções de comando e controlo (Torfing et al., 2019).

A perspectiva da NPM, nos anos 90, assumiu um corte com o modelo weberiano de cariz burocrático e hierarquizado até então vigente. A assunção de regras de gestão empresarial do setor privado visou uma maior responsabilização dos gestores públicos. A implementação de políticas de incentivos ao desempenho de serviços e profissionais, a prestação de contas e um enfoque no controlo de despesa e equilíbrio orçamental foram, igualmente, objetivos da NPM (Nunes, 2016). Já na NPG está presente uma lógica de incentivo à participação da sociedade civil, de coordenação interorganizacional, de funcionamento em rede e redes, conciliando esforços de atores públicos e privados, em torno de objetivos partilhados de políticas públicas (Rhodes, 2015).

Na atualidade, os serviços públicos são prestados no contexto de uma rede de múltiplos atores cujas interações não ocorrem isoladamente, mas fazendo parte de um ecossistema dinâmico e alargado (Jaakkola et al., 2015). Na rede de valor do serviço público pode até dar-se o caso de os integrantes da mesma terem necessidades e objetivos diferentes em termos de prestação, o que atesta a sua complexidade (Verleye et al., 2017).

Uma gestão pública efetiva no contexto da NPG tem de responder às realidades interna e externa das organizações prestadoras de serviço público (PSO) e à necessidade de perceber o caráter sistémico em que ocorre. Só assim se podem criar e desenvolver modelos sustentáveis de prestação, por contraponto ao entendimento de que os serviços públicos devem recriar bens manufaturados produzidos isoladamente (Osborne et al., 2013).

Uma orientação estratégica mais voltada para o serviço tem maior potencial para integrar as dimensões interna e externa das PSO, levando-as além dos objetivos, por vezes redutores, de eficiência interna tão característicos da NPM para uma realidade de prestação de serviços num contexto mais plural e fragmentado como é o da NPG (Osborne et al., 2015).

Embora a “balança” das reformas do setor público se tenha inclinado, em países ocidentais, a uma certa moda de políticas associadas à NPM e à NPG, a burocracia da Administração Pública tradicional e os burocratas que a ela estão ligados têm competências válidas e que devem ser realçadas (Rhodes, 2015).

Por outro lado, a coexistência de diferentes modelos de administração pública faz com que abordagens mais recentes à administração pública possam acrescentar camadas aos paradigmas de administração anteriores, seja para contrariá-los, ignorá-los ou até mesmo conjugá-los entre si. Assim, a experiência traz evidências de que a realidade é mais complexa do que a simplicidade inerente às ideias-tipo de um paradigma de administração em particular (Koppenjan et al., 2019).

A noção de uma governança colaborativa tem vindo a ganhar maior enfoque e um exemplo disso mesmo são os objetivos de desenvolvimento sustentável das Nações Unidas, em que há uma recomendação explícita no sentido da colaboração de agentes públicos e não públicos, através de redes e parcerias. Não existindo um governo mundial, o que, de certa forma,

também contribui para conflitos e rivalidades entre diferentes nações e regiões, a verdade é que na prática há nações e organizações internacionais que procuram agir como mediadores de redes (Peters et al., 2022).

Seja por receio de políticas ou decisões com as quais não estejam de acordo ou que lhes sejam favoráveis, seja por não partilharem dos mesmos objetivos, em natureza ou grau, os Estados-Membros da União Europeia (UE) têm reagido, por vezes, de forma negativa às tentativas de controlo e coordenação política por parte da União. Isso também ajuda a explicar o porquê de, consoante a área política setorial de governação, a autoridade formal da UE variar e de haver diferentes graus de cumprimento das diretivas europeias por parte dos Estados-Membros (Borzel & Sedelmeier, 2017).

Embora se esteja a verificar uma certa relutância em delegar mais poderes a instituições supranacionais, os decisores políticos europeus continuam envolvidos na procura de soluções coletivas para resolver problemas partilhados (Bickerton et al., 2015). As tendências de uma governança em que os agentes encontram vantagens numa coordenação da ação coletiva, por um lado, mas muito atentos à sua própria soberania, não colocam em causa exemplos de sistemas de governança multinível como as verificadas na UE e, mais recentemente, na Associação das Nações do Sudeste Asiático - ASEAN. Estas entidades partilham, de resto, como argumentos fortes para sustentar a colaboração das instituições e nações, objetivos de desenvolvimento económico e de manutenção da paz (Feraru, 2015).

Uma relação dicotómica como a do tipo autonomia *versus* controlo está por vezes presente na postura dos Estados-Membros da UE face à postura da própria União. Uns pretendendo salvaguardar a autonomia, outros mais apostados em exercer um controlo supranacional. No que se refere à UE, os Estados-Membros podem encontrar vantagens numa ação coletiva concertada, não implicando necessariamente a criação de novas instituições europeias (Bickerton et al., 2015).

As vantagens de uma governança colaborativa comparativamente com alternativas assentes no comando e controlo mais hierárquico ou na crença no mercado e na concorrência como chave única para resolução dos desafios à administração pública, fundam-se na perspetiva da colaboração entre múltiplos agentes, com o que isso traz de diferentes perspetivas e

abordagem aos problemas, como mecanismo para uma governança que por vezes também é a da sociedade e economia (Emerson & Nabatchi, 2015).

Colocar os cidadãos no centro das reformas e dar maior enfoque à essência do setor público tem, igualmente, implicações no desenho e sustentabilidade das mesmas. Os esforços do setor público devem ser sensíveis ao contexto envolvente e inspirar-se em várias abordagens dado que não há um único modelo de administração pública que seja como uma solução mágica para todos os problemas de uma administração (United Nations Development Programme [UNDP], 2015).

Na prestação de serviços públicos complexos em áreas como a saúde e a educação, na execução de tarefas que pressupõem o exercício de uma autoridade e/ou implicam a necessidade de mobilizar recursos públicos, o modelo burocrático dá exemplos de continuar a assegurar boas respostas. Já numa produção padronizada de serviços, em que a qualidade de serviço possa ser bem definida e avaliada a concorrência pode contribuir para baixar custos sem comprometer a qualidade, sendo a construção de estradas um caso em que o mercado pode ajudar os Governos a fazer mais por menos, num exemplo característico da NPM. Por outro lado, na tentativa de resolver problemas complexos, que exijam uma coordenação multinível e entre diferentes atores, a governança colaborativa serve os interesses da administração pública. Exemplo disso mesmo é a prevenção da saúde, no que exige em termos de conjugar um vasto número de agentes públicos e não públicos, como os cidadãos, as comunidades e as organizações sociais (Koppenjan et al., 2019).

Abordadas as principais perspetivas de gestão da administração pública, o modelo Weberiano, a NPM e a NPG, o Quadro 7 sumariza as perspetivas comparadas, tendo em conta as raízes teóricas, natureza do Estado, foco, ênfase, mecanismo de alocação de recursos, natureza do sistema de serviços e valor base associado.

Quadro 7 - Os elementos centrais da Nova Governança Pública em comparação com a Administração Pública Tradicional e a Nova Gestão Pública

<i>Paradigma / elementos chave</i>	<i>Raízes teóricas</i>	<i>Natureza do Estado</i>	<i>Foco</i>	<i>Ênfase</i>	<i>Mecanismo de alocação de recursos</i>	<i>Natureza do sistema de serviços</i>	<i>Valor base</i>

Burocracia da Administração Pública	Ciência Política e Políticas Públicas	Unitário	O Sistema Político	Criação e implementação de políticas	Hierarquia	Fechado	Ethos do Setor Público
Nova Gestão Pública (NPM)	Racional / Teoria da Escolha Pública e Estudos de Gestão	Regulador	A Organização	Gestão de recursos organizacionais e do desempenho	O Mercado e contratos clássicos ou neoclássicos	Aberto racional	Eficácia da Concorrência e do Mercado
Nova Governança Pública (NPG)	Institucional e Teoria de Redes	Plural e pluralista	A Organização no seu ambiente envolvente	Negociação de valores, significado e relações	Redes e contratos relacionais	Aberto fechado	Disperso e contestado

Fonte: Osborne (2010, p. 10)

2.5. Trajetórias das reformas

Algumas das reformas levadas a cabo em países como a França no princípio da década de 1980, das reformas de agências e organismos públicos levadas a cabo na Finlândia, na década de 1990, ou das mudanças na administração pública italiana, nos últimos anos do século XX, enquadram-se numa lógica de resposta doméstica a problemas e necessidades sentidos localmente e não foram inspiradas pela NPM. Podem até configurar uma modernização da burocracia da administração pública tradicional no que se poderia designar como de um Estado Neo-Weberiano, claramente uma trajetória diferente da seguida em países que assumiram a NPM como modelo a adotar (Pollitt & Bouckaert, 2017).

Por outro lado, crises económicas recentes em diversas partes do mundo, como foi o caso dos problemas relacionados com as dívidas soberanas, tiveram consequências em termos de administração pública na medida em que os objetivos de poupança a curto prazo levaram a que algum declínio de políticas características da NPM fosse de certa forma invertido, e a subcontratação e externalização da prestação de serviço público voltassem a ser incrementadas (Pollitt, 2016a). Uma outra tendência na sequência da crise económica global de 2008-2009 tem sido uma maior centralização do controlo financeiro do governo (Kickert & Randma-Liiv, 2015).

Já numa referência a outro dos principais modelos de reforma da administração pública, a NPG, esta enquanto abordagem de rede a problemas complexos que as administrações enfrentam dá ênfase a um leque alargado de organizações que devem ser envolvidos nos processos de governança em sociedades plurais. A importância dada às parcerias e ao

envolvimento de agentes não públicos na prestação do serviço público tem sido cada vez mais reforçada. Numa outra vertente, o enfoque dado à transparência e à abertura do governo tem sido igualmente outra das pedras de toque (Bouckaert, 2015).

Uma outra tendência dos últimos anos passou pela importância conferida ao e-governo como resposta a muitos desafios da administração, sendo que foram inúmeros os países que desenvolveram medidas nesse sentido. É de referir, no entanto, que mesmo relativamente ao conceito e à forma como o e-governo é implementado há diversas formas de o interpretar e levar à prática tal como o Canadá e os Países Baixos, por um lado, ou a Austrália e o Reino Unido, por outro lado, são exemplos disso mesmo (Dunleavy et al., 2006).

Daqui resulta que não se pode considerar que existe um país típico para um determinado modelo de administração pública como os acima enunciados. Por exemplo, até mesmo na Nova Zelândia que a determinada altura, entre meados das décadas de 1980 e 1990, implementou diversas reformas com marca típica da NPM, com o passar do tempo foi possível constatar-se que diversos elementos dessas reformas se orientaram no sentido de outros modelos (Duncan & Chapman, 2010).

Uma tendência importante nas trajetórias das reformas de administração públicas que vêm sendo seguidas é que, no século XXI, uma maior atenção passou a ser dada ao desempenho dos indivíduos, das organizações e dos sistemas, independentemente de desempenho e resultado não serem, por vezes, de fácil categorização (Van Dooren et al., 2015).

Se várias das tendências referidas são mais alinhadas com o que se poderia classificar como marcas da NPG, outras, como a do reforço do controlo por parte dos políticos, enquadram-se mais num movimento de cariz hierárquico, no que pode ser encarado como marca de um paradigma de tipo mais burocrático. Por outro lado, a centralização do controlo financeiro num contexto de medidas austeritárias é mais consentânea com um modelo de NPM. Está-se, pois, perante modelos que podem até coexistir numa mesma administração, quase como se tratando de pratos que podem ao mesmo tempo fazer parte de diferentes menus que diversos clientes vão escolhendo, e podendo até provar um mesmo prato, mas com diferentes temperos. Assim, instrumentos como incentivos em função de desempenho ou o recurso a parcerias do setor público com entidades não públicas são recursos usados de uma forma

diferente por governos de orientações distintas em termos de modelo de administração (Pollitt & Bouckaert, 2017).

Importa igualmente ter em conta nas trajetórias de reformas da administração que vêm sendo seguidas que, em política e na administração pública, o caminho das reformas é por vezes orientado mais por uma visão ou crença num processo do que por resultados já avaliados e demonstrados dessa mesma política. Sem prejuízo de correntes internacionais em favor de determinados modelos as mesmas não levaram todos os países a adotar um mesmo caminho para as reformas da administração (White & Dunleavy, 2010).

A austeridade fiscal, a mudança tecnológica, a crise demográfica, as alterações climáticas, constituem forças importantes com impactos na administração pública e nas reformas que possam ser implementadas (Achten et al., 2016). Essas forças, também designadas como megatendências, não devem ser esquecidas pois podem desempenhar um papel relevante no contexto em que as reformas da administração pública podem ou não ser levadas a cabo (Roberts, 2014). Importa salientar, contudo, que se as mudanças na demografia, as alterações climáticas, a revolução digital, constituem atualmente desafios transversais que pressionam a administração, a abordagem aos mesmos não implica um mesmo tipo de respostas por parte de cada governo (Pollitt, 2016b).

Por outro lado, sendo que cada instrumento de reforma (tais como a medição de desempenho, a externalização, os incentivos orçamentais, entre outros) não está em exclusivo associado a um dos modelos de administração pública, pode dizer-se, no entanto, que há trajetórias particulares de determinados grupos de países e diferenças substantivas nas reformas seguidas por este ou aquele grupo. Exemplos disso, as trajetórias e a cultura e retórica associadas às reformas da NPM na Austrália, Estados Unidos, Reino Unido; as associadas à modernização participativa da burocracia da administração pública tradicional nos países do norte da Europa; e as associadas a uma modernização mais managerial da burocracia nos países do centro da Europa ou na Comissão Europeia (Pollitt & Bouckaert, 2017).

2.6. Culturas administrativas, formas de coordenação e reestruturação organizacional

Existem duas culturas administrativas com um padrão característico de valores e premissas: um mais voltado para um conceito Anglo-Saxónico de “interesse público”; outro que segue a perspetiva do chamado *Rechtsstaat*, em que o Estado é uma força central integradora na sociedade, em que há uma primazia da lei, do conceito de Estado de direito, com valores fundamentais como o respeito pela autoridade e uma preocupação com a equidade, sobretudo no sentido de igualdade perante a lei. Pode falar-se ainda, dentro do modelo de *Rechtsstaat*, de uma subfamília, de tipo “Napoleónico”, que inclui países como a França ou a Itália (Kuhlmann & Wollman, 2019).

Enquanto no segundo modelo a ênfase é colocada no “Estado”, no modelo mais Anglo-Saxónico a ênfase é mais colocada no “Governo” o qual é encarado como um mal necessário que não deve ter mais poderes do que os estritamente requeridos. Neste modelo a lei é igualmente uma componente essencial da governança, mas as suas perspetivas não são tão dominantes como no modelo *Rechtsstaat*. Ou seja, todos os cidadãos devem igualmente respeitar a lei segundo o modelo Anglo-Saxónico, mas a sua centralidade não é a mesma da que é conferida no *Rechtsstaat*. No modelo Anglo-Saxónico o Governo é encarado na perspetiva de um árbitro que deve ser justo e competente, mais do que na perspetiva do agente ou ator que deve tomar posição ou desempenhar um papel mais ativo (Ongaro, 2009).

Estas abordagens distintas têm também implicações na reforma da administração pública. Nos países de modelo *Rechtsstaat* uma mudança na gestão implica mudanças também nas leis e até mesmo na cultura organizacional. Nesse âmbito, a título de exemplo, foi surpreendente para os funcionários públicos da Alemanha ou da França que no Reino Unido tivesse sido possível que, numa década apenas, um programa de reformas conseguisse transferir dos diferentes ministérios setoriais mais de dois terços dos funcionários públicos para outro tipo de departamentos e agências de cariz público sem que uma nova legislação específica tivesse que ser criada (Pollitt & Bouckaert, 2017).

Sobre o tema das tradições administrativas europeias houve quem propusesse uma categorização em seis perfis diferentes, conforme o quadro seguinte sumariza.

Quadro 8 - Tradição administrativa europeia

Grupo	Exemplos	Cultura administrativa e estrutura
Continental Europeu - Napoleónico	França, Itália, Grécia, Portugal, Espanha	Legalismo do Estado de Direito, separação entre um Estado forte e a sociedade, serviços públicos proeminentes, clientelismo, centralismo, poder local mais fraco
Continental Europeu - Federal	Alemanha, Áustria, Suíça	Legalismo do Estado de Direito, menor separação entre Estado e sociedade, papel importante das associações cívicas, estrutura federal descentralizada, governos locais fortes
Escandinávia	Suécia, Dinamarca, Noruega	Elevada transparência, administração acessível aos cidadãos, descentralização, poder local forte
Anglo-Saxónico	Reino Unido	Enfoque no interesse público, pragmatismo, centralismo (excetuando o estatuto especial da Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte)
Europa Central/ Europa de Leste	República Checa, Hungria, Polónia	Legado da administração comunista, funcionários públicos frequentemente mal vistos e mal pagos, governos locais fortes (excetuando na Hungria, a partir de 2011)
Sudeste Europeu	Bulgária, Roménia	Legado da administração comunista, funcionários públicos frequentemente mal vistos e mal pagos, centralismo, clientelismo excessivo, influência partidária, corrupção, governos locais fracos

Fonte: Kuhlmann e Wollman (2019)

Entre os tipos de cultura administrativa explanados aquele que é mais próxima do modelo burocrático de administração pública tradicional é o do *Rechtsstaat*, com uma cultura de distanciamento face ao poder, maior intolerância ao risco e à incerteza, maior procura de previsibilidade. No Reino Unido, assim como na maior parte dos Estados da Europa ocidental, os setores estatais mais dispendiosos e de mão-de-obra intensiva são a saúde e educação e nem aí se comportaram como burocracias rígidas e legalistas, mas como corpos profissionais altamente especializados em que as diferentes profissões a título individual dispuseram, e dispõem, de alguma discricionariedade técnica para a tomada de decisões, por vezes de uma forma mais colegial e menos hierárquica (Kuhlmann & Wollman, 2019).

Assim, as características dos regimes político-administrativos condicionam a escolha das reformas administrativas e a exequibilidade das mesmas. O contexto envolvente, a cultura administrativa, têm efeitos nas ideias que ganham ou não tração e que são ou não implementadas com sucesso. Assim, há regimes mais favoráveis às ideias da NPM, tais como a Austrália, o Canadá, a Nova Zelândia, o Reino Unido e os Estados Unidos da América. Outros como os da Europa Continental até podem ter optado por alguns instrumentos típicos

da NPM, mas implementando-os com uma mistura diferente, com nuances, adaptando-os. Na Alemanha, de tipo federal, há constrangimentos às reformas que advêm da natureza legalista e que estão vinculados na Lei da Constituição. Outro exemplo, Estados do noroeste europeu como os Países Baixos, a Suécia, a Finlândia, embora concordando com as ideias de privatização da NPM implementaram-nas de forma diferente da seguida na Nova Zelândia ou no Reino Unido (Pollitt & Bouckaert, 2017).

Numa outra vertente, a reestruturação de organizações é uma característica muito presente nas reformas da administração. Estas reestruturações podem ser classificadas em quatro tipos principais: especialização; coordenação; centralização/descentralização; escala. As reformas que conduziram a uma maior especialização e levaram a uma certa fragmentação institucional, trouxeram novos desafios aos decisores políticos na gestão e controlo de organizações mais autónomas. Assim, se alguns governos do final da década de 1960 até meados da de 1970 eram constituídos por ministérios de grande dimensão, na década de 1990 já eram constituídos por um maior número de ministérios de menor dimensão, apoiados por agências executivas especializadas, o que acabou por dar impulso à necessidade de uma abordagem mais global e que reforçasse a capacidade estratégica (Bogdanor, 2005).

Também por isso é de referir que no século XXI uma nova tendência ganhou tração, estando muito ligada aos países que adotaram de forma muito marcada a NPM, como o Reino Unido, a Nova Zelândia, os Países Baixos, e que passou por um enfoque dado à necessidade de uma melhor coordenação. Se num modelo mais hierárquico a coordenação se exerce por um exercício de autoridade de cima para baixo, a coordenação também pode ser alcançada através de cooperação voluntária no seio de uma rede, ou mesmo através de mecanismos de mercado em que a lógica da oferta e da procura exerce a sua ação. Cada uma dessas formas de coordenação acaba por estar associada tradicionalmente a um dos principais paradigmas de administração pública já abordados: a hierarquia nos modelos de inspiração burocrática; o mercado nos modelos NPM; a coordenação em rede nos modelos mais alinhados com a NPG (Pollitt & Bouckaert, 2017).

No que se refere às escolhas estratégicas que se colocam em termos de descentralização é de referir a distinção entre descentralização interna e externa. Os países que privilegiaram as reformas do tipo NPM optaram por uma maior descentralização externa criando novos

organismos com autonomia e especialização e atribuindo-lhes competências. Quando se aborda a escala como uma das vertentes da reforma das organizações deve igualmente ter-se em conta que as tendências num determinado sentido dão por vezes lugar, posteriormente, a tendências de sentido inverso. Um exemplo, vindo dos Estados Unidos, é o dado pela administração George W. Bush na sequência do 11 de setembro de 2001 que procedeu à fusão de 22 diferentes organizações num Departamento de Segurança Interna. Um outro exemplo disso, a reforma conduzida em 2001 no Reino Unido pelo governo de Tony Blair que procedeu a uma fusão de organismos ligados à segurança social, ao emprego, às pensões de trabalho para dar lugar a um novo e dimensionado Departamento do Trabalho e Pensões (White & Dunleavy, 2010).

Um outro aspeto a assinalar é que os principais modelos de administração pública têm associadas diferentes formas de ver o papel de políticos e funcionários públicos, as quais se sumaria no Quadro 9 juntamente com os pontos fracos que cada um desses papéis por vezes denota.

Quadro 9 - Papel dos políticos e funcionários públicos nos principais modelos

Modelo	Papel dos políticos	Pontos fracos	Papel dos funcionários públicos	Pontos fracos
Burocrático	Tradicional. Autoridade para tomar as decisões, pequenas ou grandes.	As situações em que se torna difícil aos políticos tomar decisões e assegurar a sua implementação.	Implementam as leis e decisões políticas. Experiência técnica. Ética de serviço público. Procuram prestar bom serviço aos clientes.	Por vezes pode haver uma tensão sobre os funcionários públicos entre o que pode significar servir os políticos ou servir os cidadãos e clientes.
NPM	Definição estratégica de objetivos.	Os políticos por vezes não querem ficar confinados a este papel, mas envolver-se no detalhe da implementação.	Gestores autónomos, por vezes empreendedores, responsabilizados por avaliação de desempenho e com possíveis incentivos. Trabalho em departamentos e agências executivas.	Perda de um sentido de serviço público unitário e um maior distanciamento aos ministros reduz a capacidade de resposta.
NPG	Promoção e garante de acordos	Pode haver outras pressões	Gestores de redes. Líderes de	Responsabilização mais difícil. Linha

	e compromissos entre múltiplos agentes.	relativamente aos políticos e o que pode ser alcançado em termos de denominador comum com os múltiplos agentes pode não ser o melhor para o interesse público.	parcerias. Negociadores. Procuram sinergias.	divisória entre o que fazem os políticos e os funcionários públicos difícil de manter.

Fonte: Pollitt & Bouckaert (2017)

A propósito do quadro supra vale a pena fazer duas considerações adicionais. Uma certa ideia de que pode haver uma despolitização integral da administração pública, presente na NPM, mas também, por vezes, em outros modelos, confronta com a realidade. A alocação de recursos, por exemplo na área da saúde, continua a ser algo eminentemente político e mesmo quando é tomada por gestores de topo da administração pública a perceção por parte da opinião pública continua a ser de que a opção foi de cariz político. A outra tem que ver com o papel que cabe aos servidores públicos na NPG, na tentativa de melhor gerirem as redes, e que pode até ser classificado como o de atravessadores de fronteiras (Oomsels, 2016).

2.7. A prestação do serviço público num quadro de diferentes modelos de gestão na Administração Pública

Há dimensões da mudança de uma lógica de produto para uma lógica de serviço na prestação de serviço público cujas implicações não estão ainda suficientemente analisadas. Se a eficiência de um serviço público, tradicionalmente, se via muito numa ótica de reduzir custos desvalorizando a prestação sustentável de serviços, a passagem para uma lógica de serviço na prestação de serviço público traz desafios claros, designadamente como medir desempenhos (Radnor, 2010; Radnor & Noke, 2013).

Esta lógica da prestação orientada para o serviço e não para o produto coloca os utentes e os cidadãos no centro das reformas, nomeadamente através da coprodução de serviços (Hodgkinson et al., 2017). A ênfase numa cidadania mais ativa, na importância do voluntariado e na coprodução conferem um maior peso à sociedade e não tanto ao setor público na prestação de serviços, nomeadamente ao nível da saúde e bem-estar (Bovaird & Loeffler, 2012). No entanto, não é correto que os agentes políticos e os prestadores de

serviços públicos encarem a coprodução como solução milagrosa para prestar serviços públicos a um menor custo em contexto de austeridade (Osborne & Strokosh, 2013).

Enfatizar a criação de valor público através da interação de um conjunto de atores, de que é exemplo o papel que se atribui aos cidadãos como cocriadores, entra em divergência com a retórica da NPM de que seria sobretudo pela concorrência entre operadores e pela visão do setor privado que melhor se encontrariam soluções para os problemas do público (Hodgkinson et al., 2017).

Mesmo em distintos paradigmas de administração, a coprodução tem vindo a afirmar-se como pedra de toque da reforma das políticas públicas a nível global e, designadamente, no planeamento e prestação de serviços públicos efetivos, como resposta a défices democráticos e caminho para uma cidadania ativa, bem como tentar atrair mais recursos para a prestação de serviços públicos (Osborne et al., 2016).

Por outro lado, as responsabilidades do Estado Social são por vezes delegadas a prestadores com fins lucrativos e a prestadores do setor social sem fins lucrativos que se relacionam entre si e com agências ou departamentos do Estado através de mecanismos como a subcontratação, comissionamento, contratualização, avaliação de desempenho, medição de impactos, pagamento por resultados, podendo até falar-se num Estado Social de Mercado (Harris, 2018).

Enquanto os mecanismos de mercado passam a assumir funções anteriormente desempenhadas pelos governos na NPM, na NPG enfatiza-se mais as vantagens e forças que as organizações sem fins lucrativos podem trazer à prestação de serviços públicos (Salamon & Toepler, 2015). Refira-se ainda assim que o grande crescimento do setor social começou em contexto de NPM, sendo a subcontratação de serviços governamentais a organizações privadas e a organizações do setor social, através de contratualização, uma das marcas dessa escola de pensamento (Lane, 2000).

A NPM, no entanto, olha para os prestadores de serviço público não governamentais como entidades com quem se discute acordos e se negocia tendo em vista maior eficiência e melhor relação custo-benefício, e nesse quadro as organizações sociais são pressionadas a atuar como se de empresas normais se tratassem (Bode & Brandsen, 2014). O exposto pode

levar a fenómenos como uma homogeneização das organizações prestadoras de serviço público sem fins lucrativos, prejudicando as características informais, participativas e democráticas dos processos de decisão tradicionais destas organizações e orientando-as num sentido mais burocrático (Leiter, 2013).

A NPM continua a ter impacto na forma como as parcerias Estado e Setor Social são interpretadas e se desenvolvem. As mudanças no sentido de um padrão de governança mais inspirado pelo mercado, têm contribuído para formas de organização híbridas em que as orientações empreendedoras têm prioridade em relação a formas de democracia interna das entidades mais participativas (Bode & Brandsen, 2014).

Em alguns países as parcerias entre Estado e Setor Social parecem evoluir no sentido de maior proximidade e sensibilidade às necessidades e problemas locais bem como de maior participação dos utentes no serviço prestado. Está assim a caminhar-se de um estágio intermédio de parcerias em contexto de NPM para uma Governança de tipo relacional. Nesta, a articulação entre diferentes agentes e organizações poderá permitir abordagens mais integradas aos problemas sociais (Osborne et al., 2013).

Neste tipo de Governança reconhece-se que a experiência do serviço é construída com o envolvimento de vários agentes, inclusive os utentes, e vai para lá do que seria uma mera transação de mercado inerente ao conceito de parcerias num quadro de NPM. Ao colocar menor ênfase nos custos e na eficiência de processos e ao valorizar mais a qualidade da relação entre partes e do serviço público prestado, esta abordagem da Governança relacional pode beneficiar as organizações do setor social, que por vocação estarão mais aptas a customizar soluções mais adequadas às necessidades dos utentes e não tanto preocupadas com economias de escala (Radnor et al., 2014).

2.8. Reformar a Administração Pública envolvendo os cidadãos

Tradicionalmente, desenho e planeamento dos serviços públicos eram integrados verticalmente num departamento ou serviço público, embora, por vezes, com envolvimento do setor social. Com a NPM e a NPG os conceitos de desenho e planeamento do serviço

passaram a estar mais separados da implementação, propriamente dita, pelas PSO dos setores público, privado ou social (Osborne & Strokosch, 2013).

Num quadro de reforma administrativa, a inovação social pode definir-se como a criação de resultados a longo prazo que tenham como objetivo responder a necessidades da sociedade por via de uma alteração das relações, posições e regras entre os diferentes agentes, através de um processo aberto de participação, troca e colaboração entre eles, incluindo os utentes, dessa forma indo além das tradicionais fronteiras entre organizações (Voorberg et al., 2015).

As redes colaborativas entre gestores públicos, utentes e agentes do setor social têm vindo a assumir-se como instrumentos de resposta a problemas complexos, constituindo alternativa a sistemas mais hierárquicos e fragmentados na formulação e implementação de políticas públicas. Assim, nos sistemas de gestão pública atuais há abordagens híbridas que congregam elementos de várias correntes e abordagens à administração pública como forma de responder a problemas que transcendem as fronteiras organizacionais (Bourgon, 2011).

Esses híbridos organizacionais no setor público podem assumir várias formas: uma mistura de organizações na interface dos setores público e privado, do mercado ou da sociedade civil, um misto de mercado e hierarquia ou de diferentes organizações ou departamentos dentro de ministérios governamentais que vão desde agências especializadas a empresas do Estado e diferentes níveis de governo (Christensen & Laegreid, 2011).

Assegurar que as reformas do setor público vão ao encontro das necessidades dos cidadãos e não são apenas guiadas pela motivação tecnocrática de burocratas ou interesses particulares de políticos eleitos pode passar por uma abordagem híbrida às reformas que privilegie respostas adaptativas à complexidade dos desafios de uma administração em concreto e que privilegie os cidadãos no centro do sistema ultrapassando limitações tradicionais do modelo burocrático e da NPM (UNDP, 2015).

No caso concreto da saúde, por exemplo, a Governação para a Saúde é partilhada pelos diferentes setores da sociedade, por diferentes níveis da Administração Pública, por diferentes partes interessadas, inclusive os cidadãos, numa lógica de coprodução da saúde em que até a

prestação de cuidados envolve não apenas profissionais, mas também doentes (World Health Organization [WHO], 2012).

A coprodução, enquanto “envolvimento voluntário ou involuntário dos utentes de serviços públicos no desenho, gestão, prestação e/ou avaliação de serviços públicos” (Osborne et al., 2016, p. 640), se estiver inserida num quadro de inovação social, pode servir de instrumento estratégico de reforma do setor público e resposta a novos desafios sociais (Voorberg et al., 2015). Cocriação remete para a participação ativa do cliente em atividades da cadeia de valor. Nessa conceptualização está contemplado o envolvimento do cliente no processo produtivo (coprodução) assim como a sua participação noutras atividades relevantes para o fornecedor, tais como o design, o desenvolvimento de novos produtos e serviços e a manutenção (Morais & Santos, 2015). Já o conceito de cocriação de valor corresponde a um contexto em que o fornecedor consegue influenciar o processo de criação de valor através de diálogo e interação com os clientes. A coprodução poderá ou não gerar mútuo valor. Cocriação de valor relaciona-se com o valor criado na interação entre fornecedor e cliente (Gronroos & Voima, 2013).

Independentemente das diferentes formulações ou conceptualizações, tem vindo a ser dado um cada vez maior enfoque à importância da colaboração na moldagem ou desenho conjunto das políticas públicas (Blomkamp, 2018; Lewis et al., 2020; Fontaine & Peters, 2022); na coprodução de serviços públicos (Alford & O’Flynn, 2012); na cocriação de serviços públicos e até mesmo na passagem de autoridade para agentes externos (Ansell & Torfing, 2021).

3. SETOR SOCIAL E A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO PÚBLICO

Neste capítulo aborda-se o contexto em que diferentes Governos recorrem ao, também denominado, terceiro setor para prestar serviços; analisam-se as parcerias estabelecidas com as instituições sociais, num contexto de administração pública em mudança; procede-se ainda a uma contextualização dos primórdios do setor social em Portugal, uma vez que a caracterização da génese e evolução das Santas Casas da Misericórdia é importante para se perceber na plenitude a dimensão das relações entre o Estado e as mesmas, também a partir de 1974, sendo esse o período temporal que é objeto de análise mais aprofundada nesta investigação.

3.1. Parcerias para a prestação do serviço público

3.1.1. Fundamentação e exemplos

Existem diversos tipos de parceria para a prestação de serviços públicos: parcerias público-público; público-privado; público e terceiro setor; público-privado-terceiro setor; e até privado-terceiro setor. As parcerias podem ainda ser classificadas de acordo com o tipo de relações (informais; educadamente coordenadas; genuinamente colaborativas; totalmente de partilha; puramente contratuais); base económica (parcerias do lado da oferta para obter poder de mercado ou vantagens de custo; do lado da procura para melhorar a prestação de serviço; mistas oferta-procura para melhorar a economia de uma cidade ou região); e quanto a objetivos de política (promover a produtividade económica, empoderar clientes, combater a exclusão social, entre outros) (Bovaird & Tizard, 2009).

As parcerias apresentam inúmeras vantagens: ajudam a enfrentar problemas complexos que uma organização isolada poderia não conseguir; permitem a partilha de conhecimentos e recursos; uma maior oferta de serviços; uma maior partilha de riscos; o acesso a culturas organizacionais e experiências promotoras de aprendizagem. Além disso, partilhar experiências e conhecimentos comuns, conjugar o melhor de mundos diferentes num mesmo contexto, evitar conflitos e conseguir arranjos flexíveis são outras das valias apontadas às parcerias (Bode & Brandsen, 2014).

Por outro lado, as parcerias revelam também inconvenientes: podem levar à fragmentação de estruturas e processos; a responsabilidades mais difusas e uma mais difícil responsabilização; a eventuais piores condições de trabalho; ao receio por parte dos políticos quanto à perda de controlo nas políticas e decisões; os utentes podem sentir que deixaram de ser servidos numa lógica de serviço público; as NGO e de voluntariado podem recear perder a sua independência e passarem a ser meros prestadores (Bovaird, 2004).

As parcerias são realidade um pouco por todo o mundo (Bode, 2014a). No que respeita a parcerias público-terceiro setor, refira-se a prestação de serviços de natureza social nos Estados Unidos, quer nas escolas públicas, quer em programas de reinserção social e reabilitação urbana. Exemplo de parceria entre o privado e o setor social é o BankBoston, com o seu primeiro banco comunitário desenvolvido na década de 90. Um outro exemplo de parcerias - público-privado-setor social -, foi o dinamizado pelo grupo Marriott que, na mesma década, em conjunto com o Governo americano e NGO desenvolveu um programa específico de estágios em 13 cidades com enfoque na transmissão de valores civilizacionais e hábitos de trabalho a pessoas desfavorecidas beneficiárias da segurança social, aos quais era garantido trabalho no final do percurso formativo (Kanter, 1994).

Na União Europeia, as parcerias tornaram-se um dos princípios do programa de “Fundos Estruturais”. Aqui, o conceito de parceria aponta para alianças locais alargadas entre autoridades públicas, organizações privadas, parceiros sociais e a população, as quais são encorajadas pela própria Comissão Europeia até numa lógica de captação de fundos em vários setores da governação. Iniciativas como o Interreg ou as Redes Trans-Europeias de transporte, projetos centrados na criação de emprego, na educação, formação profissional, estágios, têm vindo a ser dinamizados (Bovaird & Tizard, 2009).

3.1.2. Tendências evolutivas das parcerias

A partilha de conhecimento, ideias e recursos é mais facilitada quando a lógica de colaboração, inerente às parcerias para prestação de serviço público, prevalece sobre a lógica de competição, subjacente a uma das ideias-força da NPM de que as soluções se encontram pela via da concorrência, privatização de serviços e subcontratação. Nessa perspetiva, o

modelo da NPG pode dar um maior contributo para a inovação no setor público do que a NPM (Sorensen & Torfing, 2015).

Tem-se vindo a assistir a um rearranjo das relações entre Estado e as organizações do setor social. As relações de longo-prazo assentes na confiança têm vindo a suceder-se relações de natureza contratual, mais curtas, e em que indicadores de desempenho e comparativos com serviços concorrenciais prestados por outro tipo de agentes são ponderados. Independentemente dessa evolução, é notório um aumento da “co-gestão” entre Estado e Setor Social e, particularmente na Europa, a procura de novos caminhos nos quais incluir o terceiro setor na provisão e governança de serviços sociais (Pestoff & Brandsen, 2010).

Quando os termos contratuais ou os objetivos quantitativos passam a ser a maior preocupação das parcerias, as características de colaboração inerentes a estas e as mais-valias da dinâmica das organizações da sociedade civil podem ser menos aproveitadas (Bode & Brandsen, 2014).

Efetivamente, quando as relações de parceria são reguladas por contratos complexos, as organizações podem ficar melhor servidas se elas próprias assegurarem a prestação do serviço internamente a não ser que contratos de natureza “relacional” possam ser estabelecidos. Contratos baseados na confiança (mais do que em incentivos económicos em contratos tradicionais ou “transacionais”) são a base de relações de longo prazo e podem aplicar-se não só a parcerias estratégicas, mas também a meras subcontratações de pequena escala. O critério básico para evoluir para este tipo de contratos relacionais passa por avaliar se os custos de transação associados a um contrato detalhado ultrapassam os benefícios previstos da relação estabelecida (Walsh, 1995).

Decisões baseadas na confiança entre partes para concretizar propósitos e objetivos comuns, mediante a partilha de conhecimentos, resolução criativa de problemas e coordenação, têm ganho influência, por exemplo a nível local em países do Norte da Europa. Mas essa lógica de governança colaborativa é um caminho que se faz tendo uma linha cronológica com mais de um século de burocracia da administração pública e décadas de influência das ideias da NPM e em que diferentes modelos de administração pública continuam a coexistir (Peters et al., 2022).

3.2. Aspetos relevantes na opção pelo Setor Social na prestação de Serviço Público

As associações sem fins lucrativos dão forma à infraestrutura social da sociedade civil, criam capital social que contribui para um melhor funcionamento da sociedade, economia e sistema político e facilitam a criação de confiança, inclusão social e responsabilidade das comunidades (Almog-Bar, 2018).

Os contributos dos parceiros “não-públicos” são bem recebidos pelos Governos, ao que não serão alheias as dificuldades que o Estado dito social tem enfrentado e um maior leque de soluções que esses parceiros podem trazer. Por outro lado, as organizações do setor social são percecionadas como tendo maior facilidade de compreender as necessidades dos cidadãos, e a sua capacidade de atrair voluntários pode levar a prestações de serviço mais eficientes quanto aos custos associados (Bode & Brandsen, 2014).

Pode falar-se em novos padrões de deliberação política entre o Estado e a Economia Social (Myers & MacDonald, 2014). Efetivamente, as fronteiras tradicionais entre o mercado, Estado e terceiro setor têm vindo a desvanecer-se e vai-se notando o aparecimento de uma classe de organizações intermédias híbridas. Isto levou a que as organizações sociais fossem adquirindo mais características de organizações pertencentes ao próprio Estado e de organizações empresariais privadas (Brandsen et al., 2005; Evers, 2005).

O setor social tem revelado particular força em quatro papéis principais: 1- na integração de comunidades; 2- em dar voz a grupos desfavorecidos; 3- na inovação em prestar serviços a grupos, necessidades e situações negligenciadas pelos Estados e mercado; 4- num papel complementar de promover as qualidades dos serviços públicos tradicionais (Nyssens et al., 2006).

Há quem fale mesmo em vantagens competitivas do terceiro setor na prestação de serviços públicos, seja pela capacidade de mobilizar voluntários, donativos, proximidade às necessidades de distintos grupos de utentes e facilidade de preencher o espaço entre a vida privada e a prestação de serviços anónima (Alexander & Nank, 2009). As vantagens de envolver o setor social na prestação de serviço público assentam ainda na democratização e na inovação (Pestoff & Brandsen, 2010).

No entanto, no caso de grandes organizações, públicas ou privadas, o espaço para maior democracia e influência dos cidadãos nos processos é curto, justificação que reside no facto de os processos internos de decisão das grandes organizações, tendencialmente, dificultarem o controlo local e a participação democrática (Hirst, 2002).

O conhecimento particular que as organizações do terceiro setor têm das necessidades de grupos de utentes diversificados, a capacidade de melhor customizarem o serviço a essas necessidades, a flexibilidade, capacidade de inovar, facilidade de mobilizar voluntariado e recursos de mecenato e vantagens na promoção de valores como a diversidade, sentido de comunidade e ativismo cívico, além da capacidade de melhor democratizar os serviços públicos através da coprodução e envolvimento de utentes, representam vantagens comparativamente com prestadores de outra natureza (Bode & Brandsen, 2014).

Por outro lado, há quem defenda que a política de parcerias é uma forma de cooptar as organizações do setor social para a agenda política dos Governos, permitindo-lhes interferir na sociedade civil e influenciá-la de acordo com preferências ideológicas (Bode, 2014b; Brandsen et al., 2014). Nesse sentido, as fronteiras entre terceiro setor e Estado têm-se tornado mais difíceis de definir (Child et al., 2016).

Um perigo que já se materializou é as parcerias Estado-terceiro setor serem afetadas pelos modos da gestão pública que instrumentalizam prestadores independentes com o objetivo primário de poupar custos ao Estado. Além disso, ao cooptar o terceiro setor para a sua agenda política o Estado poderá dominar esferas importantes da vida social e criar uma sociedade civil mais à sua imagem, transformando aqueles com quem colabora, numa abordagem distante do espírito amigável das parcerias (Brandsen et al., 2014).

O contexto político criado pelos governos central e local pode encorajar a atividade inovadora das organizações (Osborne et al., 2008). Adicionalmente, à medida que as organizações se tornam mais “híbridas”, a tendência será desenvolverem mais iniciativas inovadoras entre mercado, Estado e comunidade. A par disso, verifica-se uma estratégia de diversificação em que as organizações do terceiro setor começam a produzir serviços para satisfazer o que consideram ser as novas necessidades do seu mercado (Pestoff & Brandsen, 2010).

Há, no entanto, situações em que as organizações do setor social interagem com o Estado de um modo altamente complexo, tornando-se até difícil distinguir as fronteiras entre prestadores de serviço público oriundos do setor social e os oriundos da própria área governamental pública (Acheson, 2014).

3.3. Parcerias com o Setor Social no contexto de uma Administração Pública em mudança

A reforma da administração pública em Portugal nas últimas três décadas foi, sobretudo, influenciada pela NPM, mas mais recentemente também é patente uma preocupação por parte do Estado com as necessidades e perspetivas de diferentes *stakeholders*, tais como cidadãos, famílias, empresas, no que se podem encontrar características da Governança. Ainda assim, apesar das reformas não se perdeu uma certa lógica burocrática processual típica da administração pública tradicional. No período de assistência económica da *Troika*, por exemplo, o Programa de Redução e Melhoria da Administração Central teve como objetivo aprofundar o Programa de Reestruturação da Administração Central, de 2006, e conseguiu-o numa perspetiva de redistribuição de poderes e atribuições da administração pública por um menor número de organismos, não tanto numa perspetiva de extinção de deveres ou processos. Por outro lado, as marcas gestionárias, muito presentes no designado Memorando da *Troika*, não implicaram que o Estado abandonasse as políticas sociais, mas condicionaram e incentivaram a uma maior separação da função de financiamento e da função de prestação de serviço público, abrindo um maior espaço a parcerias com terceiros. (Madureira, 2020).

A nível global, desde os primeiros anos do séc. XXI que as parcerias entre governo e setor social nos países desenvolvidos, para prestação de serviços em vários campos, têm vindo a crescer (Loeffler, 2015; Salamon & Toepler, 2015).

Fatores como o envelhecimento da população e novos riscos sociais têm influenciado as reformas políticas que têm vindo a ser seguidas, sendo que as pressões para uma redução da despesa pública com o chamado Estado social, nos diversos modelos que este assume em diferentes países e regiões, têm resultado em medidas de cariz manageralista, mas em que a governança tem tido também expressão. Exemplo disso são as parcerias com o setor social, as quais têm sido um instrumento de diferentes governos para assegurar a prestação de serviço,

com níveis de qualidade, mas também redução da despesa pública. A marca da cooperação entre diferentes setores está muito presente nessa lógica de parceria entre Estado e setor social, também com vantagens em termos de uma certa partilha de objetivos políticos que na lógica alternativa da competição, mais típica do managerialismo, é mais difícil de acontecer (Ascoli & Ranci, 2002).

Além disso, a lógica de colaboração tem potenciado um aumento significativo de projetos inovadores em parceria. Exemplos disso mesmo, sobretudo ao nível de parcerias por via de colaboração interorganizacional - com um aumento de 28% para 65% em projetos candidatos a prémios governamentais nos Estados Unidos da América para projetos inovadores -, mas também ao nível da colaboração intraorganizacional, comparando a janela temporal 1990-1994 com as candidaturas de 2010 (Borins, 2014). Foi também pela colaboração horizontal e vertical entre departamentos centrais, administrações locais e associações que se desenvolveu um sistema alternativo à prisão de toxicodependentes como forma de lidar com questões de adição (Hale, 2011). Também ao nível do planeamento urbano, dos cuidados a idosos, da proteção climática, há exemplos de processos de inovação colaborativa desencadeados pela sociedade civil na Dinamarca (Sorensen & Torfing, 2018).

Num quadro de NPM, os gestores públicos concentraram parte importante da sua atenção quer no uso dos recursos públicos - sob o ponto de vista de *inputs* -, quer no desempenho dos departamentos e profissionais da administração pública - sob o ponto de vista dos *outputs*. A esse enfoque restritivo no consumo de recursos e desempenho foram apontadas deficiências, não só ao nível de uma maior dificuldade em promover processos de colaboração, mas também em promover inovação na prestação de serviços (Osborne, 2010). Com frequência, é pela interação entre atores políticos e atores sociais, trabalhando em problemas e desafios partilhados, que se desenham novas soluções ligadas a uma opção política particular, à mudança de um serviço, de um processo, de uma estrutura organizacional (Engestrom, 2008).

Quer as formas mais hierárquicas de governo, quer as que dão um maior enfoque à competição em detrimento da colaboração, não aproveitam ao máximo os possíveis contributos para um processo de inovação. O desenvolvimento de novas ideias surge, com frequência, quando diferentes agentes públicos e/ou não públicos colaboram, com valor acrescentado em termos de compreensão dos problemas e desafios, aprendizagem mútua,

desenho e implementação de soluções inovadoras (Sorensen & Torfing, 2015). Exemplo das potencialidades dessa lógica de colaboração na busca de novas soluções: recentemente, a carência de cobertura populacional por médico de família e a dificuldade de acesso a cuidados de saúde primários levou a que vários municípios portugueses da área de Lisboa e Vale do Tejo, em articulação com Santas Casas da Misericórdia, e com o envolvimento da União das Misericórdias Portuguesas e a Administração Regional de Saúde, encetassem um projeto - conhecido como “Bata Branca” - que assegurou um importante complemento de prestação de cuidados médicos, designadamente em termos de consultas da especialidade de Medicina Geral e Familiar (UMP, 2023a).

No global, a evolução das parcerias Estado-Terceiro Setor reflete uma diversidade de abordagens à prestação do serviço público e uma diversidade na própria natureza das parcerias, algumas ainda muito marcadas pelos princípios da NPM e outras mais enquadradas numa filosofia de Governança (Bode & Brandsen, 2014).

Os períodos de crise económica podem constituir janelas de oportunidade para reformas inspiradas por escolhas político-ideológicas. Ainda assim, os condicionalismos em casos de assistência económica externa deixam, normalmente, uma menor margem de manobra estratégica aos governos. Em Portugal, por exemplo, parte das medidas implementadas no setor da saúde, ao abrigo do Memorando de Entendimento sobre Condicionalidades de Política Económica, no período 2011-2014, foram aproveitadas de planos de reformas que já existiam, embora não tivessem sido ainda postas em prática. Por outro lado, as pressões por parte do BCE, FMI e Comissão Europeia, foram decisivas para a sua concretização efetiva (Asensio & Popic, 2019).

Deficiências do setor público em termos de tempos de espera, défices de cobertura, insuficiência do número de médicos de família, ineficiências diversas do SNS, contribuíram, também, para um aumento da procura pela oferta não pública de prestação de cuidados, o que, aliado a uma maior competitividade em termos de autonomia de gestão, levou a que organizações não públicas contratualizassem mais com o Estado. Num tal contexto, que pode ser interpretado como tendo uma marcada influência da NPM, mas também características da NPG, refere-se mesmo uma influência mútua entre diferentes setores, relativamente a vertentes como a procura de eficiência, a otimização de meios e recursos (Fernandes &

Nunes, 2016). A noção da importância dos processos formais e informais através dos quais a sociedade e a economia se orientam para a resolução de problemas e a concretização de objetivos comuns remete para uma dimensão de governança que tem tradução prática no trabalho colaborativo das redes, parcerias e comunidades (Torfing & Triantafyllou, 2013).

Na adoção da filosofia da NPG e da política de parcerias, em alguns países como Israel, houve Governos que privilegiaram organizações sociais de grande dimensão em detrimento de pequenas e médias organizações da mesma natureza no estabelecimento de parcerias para a prestação de serviços públicos (Almog-Bar, 2016).

Assim, as oportunidades para uma maior democracia e inovação na prestação de serviços públicos, que as parcerias num contexto de NPG trouxeram, também devem ser confrontadas com um aumento da complexidade das relações Governo-Terceiro Setor e novos desafios (Almog-Bar, 2018).

O enfoque em políticas que visem o desempenho e a responsabilização dos agentes pode precisamente levar a que as organizações do setor social já com uma certa dimensão, infraestrutura adequada, maior diversidade na angariação de receitas e influência política possam ser beneficiadas no estabelecimento de novas parcerias (Smith, 2018).

As interações entre organizações, parcerias e redes inerentes ao modelo de NPG constituem um desafio para os elementos da sociedade civil que interagem com o Governo, por exemplo na candidatura a financiamentos, na contratualização, como participantes de sistemas reguladores, como parceiros em projetos ou defensores desta ou daquela política (Harris, 2018).

A tendência internacional para o desenvolvimento de relações mais cooperativas entre Governo e organizações sociais tem-se consubstanciado em parcerias com acordos quadro mais formais e uma regulação melhor definida por parte do Estado (Casey, 2016).

3.4. Primórdios do Setor Social em Portugal

Desde a fundação da nacionalidade, em 1143, até finais do séc. XV, constituíram-se em Portugal instituições de beneficência, inicialmente rudimentares, dispersas, a maioria sem um estatuto, estabelecidas por ordens militares e religiosas, pelos reis, pelos bispos, pelas confrarias, pelos municípios ou até por particulares (Rodrigues, 2013).

O sistema assistencial necessitava, no entanto, de reforma que trouxesse maior eficácia à ação social coletiva. A criação das Irmandades da Misericórdia, dedicadas à prossecução das chamadas Obras de Misericórdia, viria dar resposta a essa necessidade (Ferreira, 2017).

Em 1498, em Lisboa, a Rainha D. Leonor, viúva do Rei D. João II e irmã do seu sucessor D. Manuel I, fundou a primeira Misericórdia. A Rainha começou por fundar o Hospital Termal das Caldas da Rainha, em 1484, na Igreja do qual terá instituído uma organização caritativa. Seguiu-se, então, a dita Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), a 15 de agosto de 1498 (UMP, 2023b).

Nesse seguimento, um pouco por todo o país, começaram a surgir Misericórdias, como por exemplo a Santa Casa da Misericórdia de Barcelos, fundada em 1499, seguindo os Estatutos (também denominados “Compromisso”) da Misericórdia de Lisboa. Essas instituições atuavam segundo o espírito da caridade cristã e agregavam pessoas de todas as classes sociais para acorrer aos pobres e necessitados na ausência de um sistema de segurança social organizado (Santa Casa da Misericórdia de Barcelos [SCMB], 2023).

Estava-se em plena época de Descobrimentos (aliás, o próprio ano de 1498 coincide com a viagem à Índia de Vasco da Gama) e o espírito das Misericórdias foi levado além-mar (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa [SCML], 2022). Daí a existência, ainda hoje, de Santas Casas de Misericórdia no Japão, no Brasil, na China, na Índia, bem como em países europeus de cariz latino como Itália ou Espanha. Mais recentemente foram criadas Misericórdias em França (Paris), Luxemburgo, Ucrânia, reanimadas as que já tinham existido em Angola, Moçambique e São Tomé e Príncipe, bem como projetado o lançamento de uma na Venezuela (UMP, 2023b).

Em meados do séc. XIX verificou-se uma estatização e laicização da Misericórdia de Lisboa, sendo que atualmente ainda existe a Irmandade da Misericórdia e de São Roque de Lisboa, mas apenas com a vertente do culto religioso, sendo a SCML a responsável pelos jogos sociais, área da saúde, terceira idade, infância e social (Santa Casa da Misericórdia de Torres Vedras [SCMTV], 2010).

Em 1974, com o 25 de Abril, verificou-se uma tentativa de proceder à estatização das Misericórdias, começando pela nacionalização de um conjunto de Hospitais, de norte a sul do país, geridos por Misericórdias. Tal ímpeto político levou à constituição da União das Misericórdias Portuguesas, em 1976, federando as Misericórdias do país, sem prejuízo da autonomia de cada uma, fenómeno que também no Brasil se veio a verificar com a constituição de uma Federação semelhante, a qual unida à UMP levou à constituição da Confederação Internacional das Misericórdias, em 1979 (SCMTV, 2010).

4. UM SETOR DA SAÚDE EM EVOLUÇÃO

Este capítulo começa por um enquadramento histórico das Misericórdias e a Saúde em Portugal, introito necessário para melhor se compreender a dimensão global das relações entre o Estado e as mesmas neste setor; procede-se, em seguida, a um enquadramento das marcas que as reformas da administração pública inspiradas pela NPM e a NPG tiveram na evolução recente do setor da saúde; aborda-se, ainda, a medição de desempenho, pela sua importância nas trajetórias de reforma da administração que vêm sendo seguidas, mas também como condição de evolução em saúde e tendo em vista uma análise, no estudo empírico, dos resultados dos hospitais devolvidos à gestão das Misericórdias.

4.1. As Misericórdias e a Saúde

Durante e após a guerra da Restauração da Independência, a partir de meados do século XVII, foram criados em Portugal Hospitais Reais de construção e gestão financiada por dinheiro da Coroa portuguesa, vocacionados para ajuda aos soldados portugueses, a maior parte dos quais tinha a sua administração como sendo responsabilidade de terceiros. No séc. XVIII a maior parte dos hospitais portugueses eram já administrados pelas Misericórdias. Os restantes permaneciam sob gestão direta da Coroa, sob gestão das Câmaras Municipais, e um pequeno número de ditos Hospitais Militares, de pequenas dimensões, de implantação junto à fronteira, sob a gestão de Ordens religiosas, particularmente da Ordem de São João de Deus (Lopes, 2013).

No caso particular dos Hospitais sob gestão das Misericórdias, tratava-se não apenas de unidades que as mesmas iam construindo, mas também de unidades que lhes foram sendo entregues por ordem régia. Exemplo disso são os casos do Porto, Viana do Castelo, Lisboa, Barcelos, Braga, Coimbra, entre outras. Já no caso das que nasceram incorporando logo um Hospital temos o exemplo de Penafiel, Benavente, Leiria, Alenquer, Tavira, Torres Vedras, Portalegre, Chaves, Alcácer do Sal (Fernandes, 2017).

Outras Misericórdias, mais pequenas, não começaram logo a construir ou gerir o seu próprio Hospital, mas prestavam serviços ao domicílio aos chamados “pobres do rol”, auxiliando com

alimentos, vestuário, medicamentos, e assegurando, diretamente ou por subcontratação, serviços de médicos, cirurgiões, barbeiros-sangradores, para visitar e curar os necessitados. As intervenções cirúrgicas eram ainda muito rudimentares e estavam limitadas a amputações e extrações tumorais. Tratamentos como caldos de galinha, sangrias, purgas, ventosas, mezinhas tradicionais, podiam ser feitos nas casas dos enfermos, com ajuda de familiares, e as visitas do pessoal clínico eram de caráter esporádico (Fernandes, 2017).

Nos sécs. XVII e XVIII, também os Hospitais, na sua maior parte, designadamente no interior do país, não tinham médicos permanentes nem enfermeiros, mas a presença do chamado hospitaleiro e da sua família, os quais eram, por vezes, até, substituídos por familiares ou vizinhos dos doentes (Fernandes, 2016). Esse hospitaleiro assumia funções múltiplas que iam desde a limpeza das enfermarias, à aplicação de tratamentos recomendados, à confeção de alimentos e sua administração aos doentes. Viviam nos hospitais e, só no limite, avisavam os provedores das Santas Casas para chamarem o médico ou pessoal mais especializado quando tal era imperioso. No séc. XVIII era também usual o recurso a sangradores, aos quais competia tirar dentes, cortar cabelos e barba, tratar feridas superficiais, colocar ventosas aos doentes, proceder a sangramentos prescritos pelo médico que visavam segundo a crença da altura arrastar para fora do organismo os agentes nocivos (Araújo, 2013).

É a partir do séc. XVIII que as Misericórdias começam a investir mais nos seus hospitais. Até aí, os tratamentos efetuados passavam muito pela alimentação, alojamento e conforto espiritual, a par de terapêuticas rudimentares (Ferreira, 2017).

Ao nível do tipo de assistência prestada no hospital, nos sécs. XVII e XVIII contemplava-se o tratamento da alma e o tratamento da carne, sendo que a importância do primeiro sobrepunha-se à do segundo. O tratamento da carne compreendia dietas específicas para cada doente, medicamentos e terapêuticas baseadas em sangrias, purgas, ventosas, cautérios e outros. No entanto, esses tratamentos para o corpo só eram desenvolvidos a partir do momento em que o doente tivesse o “espírito limpo”, daí que à sua entrada no hospital se seguia uma confissão dos pecados e arrependimento pelos mesmos (Fernandes, 2017).

Na segunda metade do séc. XVIII, e sobretudo a partir do séc. XIX, as mentalidades começaram a mudar e os hospitais começaram a ser mais procurados em caso de doença (Ferreira, 2017).

No séc. XIX o papel dos emigrantes portugueses no Brasil que regressavam ao país natal e nele resolviam investir, os também chamados “brasileiros” de torna-viagem, foi importante para a criação de novos hospitais e beneficiação dos já existentes em Portugal (Coelho, 2017).

Refira-se, também, o papel que portugueses como Brás Cubas, emigrante portuense neto de um dos fundadores da Santa Casa da Misericórdia do Porto (SCMP), tiveram na criação de Misericórdias um pouco por todo o Brasil, sendo um dos primeiros hospitais do continente americano, Hospital de Todos-os-Santos, o primeiro hospital do Brasil, fundado na sequência da criação da primeira Misericórdia do Brasil, em 1543, na área de Santos, São Vicente. No Brasil, essas Misericórdias tiveram papel importante na criação de muitos outros hospitais, equipamentos que não só acolhiam doentes, mas também pobres, peregrinos e portugueses na expansão (Alves, 2017).

Outros exemplos de “brasileiros” de torna-viagem: Joaquim Ferreira dos Santos, conhecido como Conde de Ferreira, que deixou em testamento à SCMP verba para a construção do Hospital de Alienados² (que viria a ter o seu nome), assim como para uma enfermaria de homeopatia no Hospital de Santo António, além de 120 escolas. Entre muitas outras doações de “brasileiros” de torna-viagem à SCMP conta-se também a de Rodrigues Semide, a qual permitiu já no séc. XX, em 1910, a construção de um hospital dedicado aos doentes tuberculosos (Alves, 2017).

A comunidade de Fafe pressionou e mobilizou emigrantes seus no Brasil no sentido de investirem na criação de um hospital local, o qual, inaugurado em 1863, viria a ser um dos primeiros desta nova fase. Também em Vila Nova de Famalicão, o Hospital de São João de

² A construção do mesmo viria a ser muito influenciada pelo Hospício de D. Pedro II, no Rio de Janeiro. Por obrigação testamentária, a obra do que viria a ser o “Hospital Conde de Ferreira” era da responsabilidade dos testamentários e só depois deveria ser entregue para gestão à SCMP, com base no legado remanescente da herança, seguindo um modelo inspirado nas Fundações norte-americanas (Alves, 2017).

Deus, aberto em 1871, foi financiado por um torna-viagem, Francisco Inácio Tinoco de Sousa, regressado à pátria após quatro décadas de comércio no Brasil. Foi ele, aliás, um dos fundadores da Santa Casa local e seu primeiro provedor. Referência ainda para o Hospital da Lousã, cuja nova construção arrancou em 1868, financiado, entre outros, pelo comendador João Elisário de Carvalho Montenegro, o qual residia no Brasil, sendo a nova unidade entregue à gestão da Santa Casa local logo que finalizada a construção. De modo similar, em Oliveira de Azeméis dois “brasileiros” de torna-viagem asseguraram a construção do edifício do hospital entregando-o depois à gestão de uma Misericórdia criada para o efeito (Goodolphim, 1897).

No caso de Felgueiras, em que a Misericórdia foi criada em 1885 tendo como objetivo a construção de um hospital, foi já em 1914, com a ajuda do emigrante “brasileiro” Agostinho Ribeiro, que uma grande beneficiação da unidade foi concretizada (Alves, 2015).

Também em Vila Nova de Cerveira o papel de um “brasileiro” filantropo foi decisivo, o qual, após construir um Hospital, o entregou para gestão à Misericórdia local (Alves, 2017).

Em Esposende, com a eleição de uma nova Mesa Administrativa para a Santa Casa de Misericórdia local, em 1905, na qual pontificava um provedor que era ele próprio um “brasileiro” regressado, Valentim Ribeiro da Fonseca, foi criada uma comissão para angariar donativos e subscrições junto da comunidade local e também junto da comunidade emigrada no Brasil, os quais permitiram a construção do novo Hospital inaugurado em 1916 (Fonseca, 2005).

Por essa altura, o Hospital da responsabilidade dita do Estado, em Portugal, tem poucos exemplos, apenas se salientando desde o domínio do Marquês de Pombal, o Hospital de São José e depois os seus Anexos. Um outro Hospital foi criado em Lisboa, por D. Pedro V e Dona Estefânia, designado Hospital Dona Estefânia, cuja construção foi financiada parcialmente com dotação real e que acabou por ser transferido para o Estado (Alves, 2017).

4.2. O setor da Saúde e as mudanças na Administração Pública

A insuficiência dos recursos disponíveis face às necessidades foi um dos fatores que levou à procura de um setor público mais adaptável a contextos de exigência e mais eficiente em termos de gestão (Pollitt & Dan, 2011).

As mudanças que ao longo das últimas décadas foram acontecendo no papel do Estado levaram a alterações importantes no que se refere à forma de atuação da Administração Pública (Nunes & Harfouche, 2015).

A NPM pode ser encarada como resultado da necessidade de reformas num contexto de crescente exigência para continuar a assegurar o cumprimento de funções características de um Estado dito social, realidade que se consolidou na segunda metade do século XX. Este processo foi também patente no setor da saúde (Correia, 2011).

Na prática, as reformas típicas da NPM deram resposta a necessidades sentidas pelos diferentes países para reduzir a dimensão dos seus governos e estruturas públicas e tornar mais eficiente a sua gestão (União Europeia [EU], 2017).

A diversidade empírica na adoção da NPM por diferentes países no setor da saúde pode ser explicada por condicionantes externas, mas também por especificidades internas dos diferentes países (Correia, 2011; Simonet, 2014).

Várias das reformas implementadas em sistemas de saúde de países europeus no âmbito da NPM visaram uma separação das funções de planeamento, investimento e financiamento dos cuidados de saúde no que conduziu a uma maior descentralização no processo de decisão (Simonet, 2008).

Para diversos novos Estados-Membros, houve necessidade de um ímpeto reformista que não está desligado dos próprios requisitos de acesso à União Europeia e que teve exemplos vários ao nível da implementação de uma função pública mais profissional e despolitizada (EU, 2017).

Observando a NPM uma filosofia de gestão que comporta diversos sistemas de controlo de gestão organizacional típicas do setor privado, um dos principais objetivos da sua adoção pelos governos, como paradigma de administração pública alternativo ao tradicional, passa por tornar os organismos públicos mais responsabilizáveis pelos respetivos resultados e alocar melhor os recursos com base nos desempenhos respetivos em termos de eficiência e produtividade (Lee, 2008).

Após alguns esforços de descentralização na década de 80 do século XX, contrastantes com a tradição Napoleónica, com a evolução da implementação da NPM assistiu-se a uma certa recentralização do sistema de saúde, à adoção de mecanismos de mercado, à constituição de parcerias público-privadas, à adoção de esquemas de pagamento em função do desempenho e produção, exemplos de algumas das medidas que foram aplicadas em países como a França (Simonet, 2014).

Medidas de gestão e medição de desempenho são implementadas em várias reformas por parte dos governos com vista a instituições públicas mais produtivas e eficientes com melhores resultados qualitativos e financeiros através de uma gestão mais comparável, transparente e mensurável (Malmrose, 2009).

Uma estrutura centralizada na tomada de decisão política é uma das características apontadas ao sistema de saúde português que é típica da NPM (Correia, 2011). Também no sistema de saúde português medidas como a empresarialização dos serviços tiveram em vista um aumento de eficiência por via da introdução de métodos típicos da gestão privada no setor público. Exemplo ilustrativo da preocupação com o controlo de custos e ênfase na produção foi a transformação no sistema de saúde português dos hospitais do Setor Público Administrativo em Sociedades Anónimas de capitais públicos, numa primeira fase, e depois em Entidades Públicas Empresariais (Nunes & Harfouche, 2015).

Das orientações principais que guiaram a adoção da NPM em vários países, incluindo Portugal, há uma notória evolução da própria noção de beneficiário de um serviço público que passa de ser “paciente” para ser considerado “utente” (Correia, 2011; Lister, 2001).

A reestruturação do Serviço Nacional de Saúde inglês é exemplificativa de como o papel do Estado na saúde foi transformado pelas reformas introduzidas com o pós-NPM (Dalingwater, 2014). As ideias na base da governança de redes vieram traduzir uma certa narrativa de reforma alternativa às ideias da NPM. Também na saúde uma certa ideia de “centralização descentralizada” foi fazendo caminho no governo do New Labour (Ferlie et al., 2013).

O setor público de saúde difere de país para país em estrutura, disponibilidade, modo de gestão, influências governamentais. Pode afirmar-se, no entanto, que um dos objetivos principais da saúde pública é a equidade no acesso aos tratamentos médicos. A implementação da NPM no setor público de saúde teve variações na percepção e no modo de implementação em cada país, o que também levou a diversidade de opiniões e sensibilidades sobre a NPM. Por vezes, houve dificuldade na compatibilização de objetivos financeiros e qualidade de serviço nos tratamentos, embora se possa dizer que os efeitos da implementação da NPM na saúde também variaram em função dos contextos e circunstâncias em que o sistema de saúde opera (Linneberg et al., 2009; Simonet, 2013).

A maior complexidade de uma sociedade em rede, e com certo grau de globalização, fizeram com que o modelo tradicional da administração pública e mesmo a NPM se tenham confrontado com dificuldades (Osborne, 2006; Osborne, 2010). Também por isso uma nova abordagem encarada por alguns como alternativa, a nova governança pública, começou a emergir (Koppenjan & Koliba, 2013).

O reconhecimento de que a feitura das políticas públicas e a prestação de serviço público se estabelecem num contexto multinível, muitas vezes transfronteiriço, por vezes mais mediático, também tem contribuído para a necessidade de uma diferente abordagem (Hjarvard, 2008).

A sociedade é obrigada a tratar de questões complexas que exigem capacidade de resolução de problemas e expansão do conhecimento e cujas respostas não conseguem ser asseguradas por uma qualquer entidade trabalhando individualmente. Por outro lado, quer o modelo Weberiano quer a NPM contribuíram para alguma fragmentação da capacidade de governança, enquanto que uma maior capacidade de colaboração e coordenação é exigida pelos desafios dos tempos (Bouckaert et al., 2010).

A primeira década do novo milénio assinala a procura de uma lógica mais colaborativa, que está patente em estruturas e mecanismos de governança colaborativa que se foram desenvolvendo para dar resposta aos determinantes prioritários de saúde. Uma maior valorização da participação dos diversos agentes, da saúde e outros setores, da área pública e da área privada, e mesmo dos cidadãos, é considerada como uma atitude fundamental para as reformas no século XXI (WHO, 2020).

O modelo de prestação de cuidados em Portugal, assenta numa cobertura universal, pública, tendencialmente gratuita, marca de um Serviço Nacional de Saúde criado em 1979 que se desenvolveu com integração e complementaridade dos cuidados aos diferentes níveis de resposta, sejam os cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados, paliativos. O sistema de saúde português inicialmente centralizado tem vindo a contar com medidas e iniciativas políticas para uma maior descentralização, mais recentemente, até, em termos de novas competências para os municípios (Nunes & Ferreira, 2022).

A capacidade para gerir desempenhos em circunstâncias diferentes das tipicamente encontradas em sistemas do tipo “comando e controlo” exige novas competências e atitudes. A necessidade de informação fiável e atualizada sobre o desempenho dos serviços é fundamental (Barber, 2007).

Também em Portugal, o acesso à informação não apenas por parte dos gestores e administradores públicos, mas também pelos cidadãos em geral, esteve na base de medidas como a compilação e publicação sistemática e atualizada de informação com indicadores assistenciais e económico-financeiros no website da Administração Central dos Sistemas de Saúde (Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas [ISCSP], 2015).

Uma nova abordagem aos conceitos de saúde e bem-estar como pontos chave para uma sociedade próspera, a ênfase colocada na equidade, na promoção da participação, também deve passar por uma maior colaboração entre os ministérios da saúde e de outras áreas da governação e com as diversas agências com responsabilidades na saúde pública (WHO, 2012).

As reformas introduzidas nas duas primeiras décadas do século XXI em diversos países europeus seguiram diferentes vias para uma reforma administrativa e os resultados alcançados também acabaram por variar consoante a capacidade reformista de cada país e o seu próprio contexto (EU, 2017).

A NPG, suportada por uma filosofia de governança de redes e estruturas colaborativas e de coordenação, ganhou adeptos e embora as suas práticas não sejam novas, conseguiram maior atualidade face à complexidade das questões com que os governos se confrontam e também devido a uma certa contestação a ideias neoliberais que estão na base da NPM (Koliba et al., 2019).

Já na segunda metade do século passado, mas ainda mais na atualidade, as administrações dos Estados-Membros da União Europeia enfrentam o desafio de fazer mais com menos, procurando ir ao encontro das necessidades dos cidadãos, mas dispondo de orçamentos mais pequenos, ao mesmo tempo que lidam com desafios na demografia, na tecnologia, nas respetivas sociedades. As crises orçamentais recentes vieram reforçar a necessidade de uma burocracia mais pequena, de uma administração pública mais focada em resultados. No entanto, a preocupação com administrações públicas mais orientadas para a eficiência de gestão foi interpretada, nalguns casos, de uma forma parcelar, por vezes apenas ao nível do corte de salários e de pessoal, numa interpretação de mera consolidação orçamental, em vez de se repensar o âmbito de atuação dos governos e investir na capacidade da função pública como base para melhor qualidade de políticas e serviços (EU, 2017).

Ao propor medidas para melhorar a qualidade da administração pública, mesmo não tendo competências específicas nesse âmbito, a União Europeia tem desempenhado um papel de coordenação e com impacto indireto na prática administrativa dos seus Estados-Membros. Em termos de futuro, quaisquer iniciativas da União Europeia relacionadas com o financiamento, políticas ou diálogo com os Estados-Membros devem atender à especificidade dos diferentes contextos, bem como dos respetivos desafios e oportunidades para uma reforma administrativa (EU, 2017).

No caso português, um inquérito à população, efetuado ainda no período de assistência financeira internacional, nos 40 anos da implementação do regime democrático, apontava o

Serviço Nacional de Saúde como a segunda grande concretização da democracia (Centro de Estudos e Sondagens de Opinião da Universidade Católica Portuguesa [CESOP-UCP], 2014, citado em RTP, 2014). Tal não deixa de ser significativo quanto à perceção das pessoas sobre as reformas que foram sendo implementadas, muitas delas tipicamente da NPM, mas também, a partir da primeira década do século XXI, da NPG.

Num outro inquérito, realizado em todos os Estados-Membros da União Europeia, entre setembro e outubro de 2021, os resultados indicam que 66% dos portugueses identificaram as “questões relacionadas com a saúde como o principal desafio global para o futuro da UE” (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2021). Esses resultados reforçam a identificação pelos portugueses da saúde como setor a que atribuem prioridade e a que as reformas administrativas, aos diversos níveis, devem dar valor.

4.3. A medição e gestão de desempenho como condição de evolução em saúde

Um reforço da medição dos desempenhos tem sido um objetivo da reforma da administração pública em diversos países, uma tendência que saiu reforçada com as crises económicas mais recentes (Van Dooren et al., 2015). Os indicadores de desempenho passaram a estar ligados cada vez mais à alocação de recursos e também aos mecanismos de atribuição de incentivos individuais, o que levou a mudanças nos comportamentos individuais, mas igualmente na própria cultura das organizações. Por vezes, no entanto, há uma certa apetência de grupos profissionais com maior poder relativo em adiar os sistemas de avaliação ou redirecioná-los para outros grupos. Por exemplo, nos serviços de saúde os desempenhos dos enfermeiros passaram a ser medidos e avaliados mais cedo e mais intensivamente do que a qualidade da decisão clínica tomada pelos médicos (Pollitt et al., 2010).

Neste ponto abordam-se temas como a gestão de desempenho em saúde e indicadores, além de se introduzir o tema da comparação de resultados em saúde, tendo em vista uma análise aos resultados dos hospitais devolvidos à gestão das Misericórdias, na parte quantitativa do estudo empírico. Começa-se por uma abordagem global à qualidade da governança, tendo em vista as medidas a adotar para que as parcerias público-social, na área da saúde, possam resultar em benefícios de boa governança para todos os parceiros envolvidos, uma questão que merecerá enfoque mais à frente, na parte qualitativa do estudo empírico.

4.3.1. A medição em contexto de governança

A governança significa, por vezes, simultaneamente um processo longo e as consequências desse mesmo processo. Torna-se complexo identificar indicadores de medida que possam ser usados em diferentes sistemas políticos, através de formas de governança mais assentes no controlo, ou de formas de governança mais assentes na colaboração entre partes, e nessa medida a avaliação objetiva de conceitos em contexto de governança não é simples. É também por isso que muitas tentativas de medir em contexto de governança têm assentado mais em medidas de capacidade e menos nos *outcomes* que advêm da própria governança (Lodge & Wegrich, 2014).

A definição e medição do que é a boa governança representa um desafio em termos de avaliação da qualidade da governança (Peters et al., 2022). Por conseguirem captar elementos chave da governança e da boa governança, critérios como a responsabilização - *accountability* -, a transparência, a responsividade, a equidade e inclusão, a efetividade e eficiência, a participação, a orientação para o consenso, têm sido possibilidades propostas (Comissão das Nações Unidas para a Economia e o Social [UNESCAP], 2009). O facto de serem critérios abertos, algo vagos, genéricos, suscetíveis de várias interpretações, levou a críticas. A orientação para o consenso, por exemplo, embora apresentado como um dos critérios para uma boa governança serviu de justificação para haver perseguição a dissidentes na China (Collins & O'Brien, 2020).

Os Governos têm de assegurar tarefas elementares como a garantia da segurança das pessoas e da sociedade, gerir um enquadramento destinado ao setor público, promover objetivos de natureza económica e de natureza social para o setor público, indo ao encontro da população (Addink, 2019).

Uma abordagem usual ao conceito de boa governança remete para a que se verifica num quadro de Estado de Direito, com cumprimento de leis, e tendo como exemplos o Banco Mundial, entre outras organizações internacionais. Contudo, há quem considere essa abordagem algo minimalista e concentrada em aspetos formais de governação (Mkandawire, 2007).

Outra abordagem ao conceito de boa governança refere-se mais à forma como as decisões são tomadas e menos às decisões em si mesmas, remetendo para um necessário envolvimento dos cidadãos através de procedimentos democráticos, no que pode ser interpretado como a necessidade de uma governança mais interativa ou mais colaborativa para ser considerada como boa governança (Torfing et al., 2019).

Um outro conceito de boa governança é a governança que funciona, que produz resultados em termos de serviços públicos que vão ao encontro do que os cidadãos pretendem e com eficiência. Envolve a definição clara de objetivos e a concretização dos mesmos e consubstancia-se na tomada de decisões políticas efetivas e bem implementadas. Este conceito de boa governança procura distinguir, por um lado, a qualidade dos serviços que se prestam, e, por outro lado, a qualidade na forma como esses serviços são prestados. No entanto, há por vezes dificuldades em encontrar indicadores de medição e avaliação que permitam essa aferição objetiva e estabelecer uma correspondência entre os objetivos de uma determinada política pública e a sua concretização (Peters et al., 2022).

Uma questão relevante quando se aborda a questão da boa governança prende-se com o facto do modelo de governo que muitos vezes lhe está associado, em termos de perceção pública, ser o vigente no hemisfério Norte do globo. E também com uma certa associação às ideias de Democracia liberal, com prestação de serviços aos cidadãos por um Estado Social, seja diretamente pelo setor público seja com parceiros do setor privado ou do setor social. Mas também há, no quadro de outro tipo de regimes ou ideologias, não necessariamente inspiradas por exemplos como o do Banco Mundial, em contextos particulares, outras formas de organização que representam, à sua maneira, tentativas de assegurar a prestação de serviços, noutros locais considerados como de natureza pública, através de uma ação coletiva e colaborativa (Lund, 2007).

É pela conjugação de ações de controlo e ações de natureza colaborativa, em graus que podem variar, e pelo envolvimento e sentido de compromisso de agentes do setor público e dos setores não públicos que a condução da economia e da sociedade se faz da forma mais adequada, tendo em vista uma boa governança. Os contextos envolventes em que essas interações se produzem são múltiplos e influenciam os graus de controlo ou de colaboração que estão presentes nos mecanismos de governança (Peters et al, 2022).

O envolvimento de múltiplos agentes de diversos níveis, a transparência, a responsabilização, a efetividade, a regulação independente, têm vindo a ser apontados como indicadores relevantes para avaliar a qualidade da governança (Organization for Economic Cooperation and Development [OECD], 2019).

O elemento mais importante na avaliação de uma governança mais assente no controlo é o grau de cumprimento por parte dos indivíduos ou das organizações. A um nível agregado, o grau de incumprimento das leis ou o grau de cumprimento das normas, podem ajudar a aferir essa conformidade. Pode, no entanto, dar-se o caso de falhas no cumprimento de objetivos não significarem necessariamente faltas de cumprimento, mas terem mais a ver com realidades muito concretas dos destinatários das políticas (Peters et al., 2022). Nessa medida, por exemplo, quando inquéritos à população dos EUA revelaram que os estímulos diretos aos cidadãos americanos, em contexto pandémico, potencialmente resultariam mais em poupança ou amortização de dívida e menos em impacto direto no consumo, não se cumprindo assim o principal propósito do governo com essa medida, não se tem de concluir necessariamente por uma falha de governança (Bloomberg News, 2021).

Já no que concerne à medição de uma governança mais colaborativa e menos assente no controlo a tarefa é mais complexa, dado que se está a procurar medir relações. As oportunidades para os agentes do setor social intervirem e influenciarem as políticas públicas através de comissões, órgãos de aconselhamento, estruturas de consulta, que incluam agentes da sociedade podem ser indicadores a considerar a esse nível. Por outro lado, a governança assenta na definição de objetivos coletivos e na forma de os concretizar, pelo que tentar medir a extensão do cumprimento desses objetivos coletivos pode ser um caminho. Ainda assim, se os objetivos forem vagos ou se se alterarem na implementação torna-se mais difícil a aferição por essa via. Além disso, há quem considere que o enfoque pode estar mais nos meios e no processo do que nos fins ou objetivos, pelo que a medição da governança colaborativa representa ainda um desafio adicional (Peters et al., 2022).

4.3.2. A gestão de desempenho e as dimensões para a boa governação em saúde

Os sistemas de saúde têm vindo a sofrer uma alteração de paradigma na forma como os utentes passaram a ser menos passivos, menos “agradecidos”, mais exigentes; os médicos se

tornaram menos autoritários, a sua liderança na relação médico-doente deixou de ser não “desafiável” e passou a menos dominante; e as instituições passaram a ser alvo de uma maior responsabilização e a ser menos fechadas, menos complacentes, menos imobilistas (Walshe, 2011).

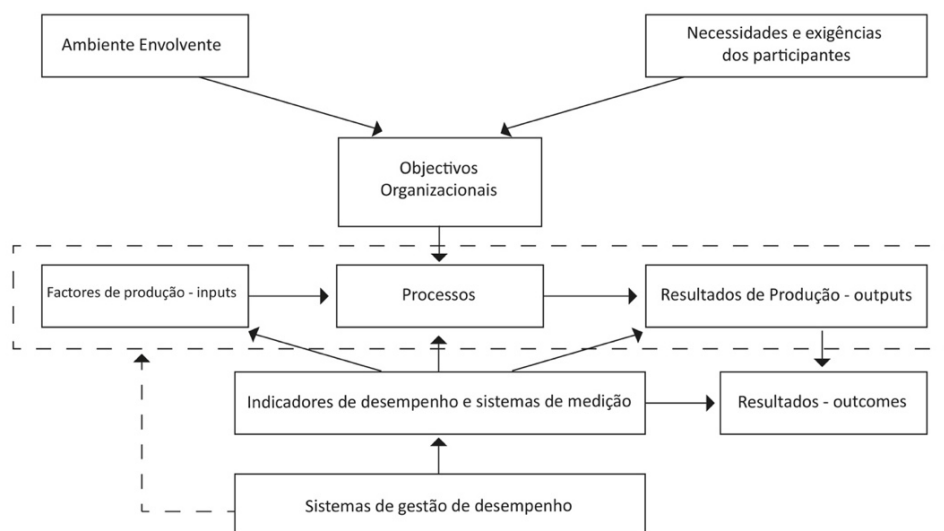
Particularmente neste contexto, os sistemas de medição, informação, auditoria, controlo, são cada vez mais necessários às organizações em todos os setores de atividade. Assim, a gestão do desempenho, em saúde, passou a ter mais atenção do que nunca nas últimas duas décadas, comparativamente com o passado, e a própria infraestrutura para gestão do desempenho teve que acompanhar essa alteração. Daí, devido ao tratamento automático da informação desde a recolha dos dados das transações elementares até à construção e análise dos indicadores, se verificarem investimentos cada vez mais avultados em sistemas de informação (Monteiro, 2010).

Os sistemas de gestão de desempenho referem-se, genericamente, aos mecanismos colocados em ação para usar indicadores de desempenho e sistemas de medição a fim de influenciar a organização a mudar e melhorar (Walshe, 2011).

Walshe (2011), a partir dos trabalhos de Bouckaert e Halligan (2008), Moynihan (2008) e Talbot (2010) criou um modelo ilustrado que sumariza as relações entre objetivos ou propósitos de uma organização, recursos, processos e produtos (outputs).

Figura 1

Relação entre objetivos, recursos, processos, produtos



Fonte: adaptado de Walshe (2011, p. 517)

Os objetivos organizacionais são aqui apresentados como sendo moldados pelos diferentes agentes da organização e as suas necessidades e objetivos particulares (sejam acionistas, financiadores, direção, utentes ou profissionais) e pelo ambiente externo em que a organização se insere, como sejam as normas, valores, crenças políticas, entre outros.

O funcionamento organizacional consiste nos fatores de produção (inputs), sejam eles recursos financeiros, capital humano, conhecimento, informação, instalações, equipamentos; processos; e produtos (no sentido de resultados assistenciais - outputs) como o número de pacientes tratados, episódios de cuidados, ou contactos a pacientes (Walshe, 2011).

Uma outra definição de output da saúde, segundo o EUROSTAT (2001):

O output da saúde é a quantidade de cuidados recebida por pacientes, ajustada em função da qualidade de serviço prestada, para cada tipo de cuidado. As quantidades devem ser ponderadas em conjunto com dados sobre os custos e preços dos cuidados

de saúde prestados. A quantidade de cuidados recebida por paciente deve ser medida em termos de tratamentos completos. (p.117)

Os resultados em saúde (outcomes) são definidos como mudanças na vida das pessoas que resultam das intervenções de saúde ou dos serviços de saúde e se refletem como melhorias no estado de saúde, reduções na morbidade e mortalidade, ou mudanças noutros importantes domínios que possam ser atribuídos a processos de tratamento ou cuidados de saúde e resultados assistenciais. A demonstração dessa causalidade que provoca os resultados “é por vezes problemática” (Walshe, 2011, p. 518).

Quanto a indicadores de desempenho e sistemas de medição, que coligem dados a partir de recursos organizacionais, processos, produtos e resultados para relacionar o desempenho com objetivos organizacionais, os mesmos podem limitar-se a medir uma destas dimensões ou estabelecer relações múltiplas entre diferentes domínios como a produtividade organizacional (processo e produto por unidade de recurso).

Os sistemas de gestão de desempenho dizem respeito aos “mecanismos colocados em prática para usar indicadores de desempenho e sistemas de medição a influenciar a organização a mudar e melhorar” (Walshe, 2011, p. 518). Assim, gerir desempenhos implica poder medi-los. Um indicador de desempenho relaciona os fatores de produção, processos, produtos e resultados e deve estar ligado aos objetivos organizacionais e ter suporte robusto quanto a ser uma medida significativa para uma determinada linha de atividade da organização.

Os indicadores de desempenho, de acordo com Walshe (2011), estão normalmente ligados aos seguintes domínios de desempenho: Economia; Eficiência; Efetividade; Equidade; Aceitabilidade; e Acesso.

- Quanto à Economia, procura-se medir níveis de despesa em diversas instâncias, seja para uma doença em particular, seja para um serviço em concreto, seja para um agregado de despesa, procurando compará-los com indicadores de natureza semelhante de outras unidades.

-
- Quanto à Eficiência, trata-se de medir níveis de despesa ou volumes de recursos usados por unidade de produção, por exemplo, querendo saber o custo médio de cada episódio de fémur fraturado ou a estadia média de internamento em cuidados agudos.
 - Quanto à Efetividade, questões como quais as taxas de cegueira e neuropatia periférica entre diabéticos, qual a taxa de sobrevida após 5 anos de diagnóstico de um conjunto de cancros comuns, inserem-se numa lógica de medir resultados da atividade assistencial ou os resultados em saúde da organização ou sistema.
 - Quanto à Equidade, refere-se à distribuição de necessidades de saúde, serviços de saúde e recursos e resultados assistenciais e resultados em saúde no âmbito de toda a população servida e perceber diferenças consoante a idade, género, classe social, rendimento, geografia, entre outros.
 - A Aceitabilidade refere-se à medição do que pacientes, utentes³, e o público em geral, consideram acerca de todos os aspetos dos serviços de saúde e medição de diferentes dimensões desses serviços através de experiências reportadas.
 - O Acesso mede se aqueles que necessitam de serviços de saúde podem beneficiar dos mesmos atempadamente e de forma adequada, por exemplo, quanto tempo os pacientes esperam por uma consulta de especialidade em ambulatório ou por uma intervenção cirúrgica após terem sido referenciados pelos cuidados primários, ou, ainda, por exemplo, qual a frequência com que os pacientes deixam de ter acesso aos serviços de saúde de que necessitam por razões de custo ou insuficiência económica.

A qualidade é também uma importante dimensão do desempenho das organizações, neste caso dos hospitais, cuja avaliação é de relevância. A qualidade em saúde tem vindo a ser tema de relevo desde Florence Nightingale, mas é com Donabedian que encontra fundação importante

³ Referindo-se à expressão de pessoa “doente”, paciente vem da palavra latina “patiens” ou “patior”, significando aquele que sofre ou que aguenta. Traz em si uma conotação de passividade e falta de equidade na relação médico-doente. A expressão utente designa a pessoa que utiliza ou beneficia de um serviço, podendo até tratar-se de alguém que, necessitando de um serviço médico, por exemplo, não tenha necessariamente que estar “doente”. Tem uma conotação de menor passividade na relação médico-doente e de maior equidade. <https://www.independent.ie/life/health-wellbeing/healthy-eating/patient-service-user-or-client-whats-in-a-name-34904915.html>

para maior desenvolvimento. A forma como a qualidade é definida varia muito e tem implicações no seu estudo e desenvolvimento.

As principais definições da qualidade em saúde podem ser apresentadas da seguinte forma:

Quadro 10 - Principais definições da Qualidade em Saúde

Donabedian (1987)	Maxwell (1984)	Langley et al. (1996)	Instituto de Medicina e Comité Americano para a Qualidade dos Cuidados de Saúde
- Forma como o médico gere a interação pessoal com o paciente - Contribuição do paciente para os cuidados - Qualidade das instalações em que os cuidados são prestados - Facilidade de acesso a cuidados - Distribuição social do acesso - Distribuição social das melhorias do estado de saúde atribuíveis a cuidados	- Acesso a serviços - Relevância das necessidades - Efetividade - Equidade - Aceitabilidade social - Eficiência e economia	- Desempenho - Características - Tempo - Fiabilidade - Durabilidade - Uniformidade - Consistência - Estética - Interação pessoal - Flexibilidade - Qualidade percebida - Usabilidade	- Segurança - Efetividade - Cuidados centrados no paciente - Cuidados atempados - Eficiência - Equidade

Fonte: adaptado de Boaden (2011, p. 489)

Em Portugal, o papel da Entidade Reguladora da Saúde na criação do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde - SINAS - é incontornável no desenvolvimento de um sistema de avaliação da qualidade global dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.

O SINAS veio a permitir a obtenção de mais e melhor informação sobre a qualidade do sistema de saúde. A definição e a recolha adequada e cíclica de dados para obtenção de indicadores de avaliação consistentes potenciam a disponibilização de informação objetiva, pertinente e fiável acerca da qualidade do sistema de saúde, o que também contribui para uma filosofia de melhoria contínua dos cuidados prestados.

A publicitação dos resultados da avaliação permite às instituições a promoção de *benchmarking*, catalisando a implementação de medidas conducentes à melhoria contínua da qualidade dos serviços e dos cuidados prestados. Por outro lado, a publicidade resultante da

disponibilização da informação dotará os utentes de um conhecimento simplificado e fidedigno sobre os níveis de qualidade do sistema de saúde, reduzindo assimetrias de informação e permitindo decisões e opiniões melhor documentadas.

Através do SINAS muitos estabelecimentos prestadores de cuidados passaram a ser alvo de uma avaliação em diferentes dimensões da qualidade. Em cada dimensão é analisado um conjunto restrito de parâmetros, selecionados por se terem considerado relevantes e diferenciadores: quando observados, potenciam ou refletem um elevado nível de qualidade na prestação de cuidados de saúde. Os resultados obtidos foram calculados com base em informação maioritariamente submetida pelos prestadores de cuidados de saúde intervenientes.

O SINAS tem um módulo dedicado aos hospitais e outro à saúde oral. No caso do módulo dedicado aos hospitais, dimensões como a excelência clínica; segurança do doente; adequação e conforto das instalações; focalização no utente e satisfação do utente são avaliadas. As mesmas subdividem-se em níveis de avaliação. Por exemplo, no caso da segurança do doente há dois níveis de avaliação, sendo que no segundo, eventos adversos e procedimentos de segurança são também avaliados. As unidades hospitalares são então classificadas, consoante a sua prestação em termos de nível de qualidade, em três categorias.

A nível internacional, outras entidades, nomeadamente a OECD, desenvolveram indicadores de qualidade dos cuidados de saúde como os produzidos no seu projeto HCQI, iniciado em 2001, que incluem taxas de diagnóstico, sobrevivência e mortalidade para determinados cancros; taxas de vacinação; taxas de internamento evitável para doenças crónicas e taxas de mortalidade hospitalar pós-enfarte agudo do miocárdio e acidente isquémico, entre outros.

A gestão dos serviços públicos e a orientação dos mesmos para os utentes pode beneficiar da integração dos sistemas de medição nas diversas vertentes da gestão, pese embora algumas distorções nos processos administrativos que por vezes podem advir da medição (Bruijn, 2002). Aprofundar os sistemas de medição e avaliação de desempenho passa também por ir além da tradicional medição de inputs, de processos, de outputs, para uma melhor medição da eficiência, da efetividade, e até dos outcomes (Bouckaert & Halligan, 2008). A propósito da utilização externa da medição de desempenho, por exemplo para informação aos

contribuintes, aos parlamentos, aos utentes, é de notar uma evolução positiva das publicações oficiais no século XXI o que é importante para uma melhor governança (OECD, 2015a).

A utilização de indicadores de desempenho no Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido NHS foi para além de um mero uso parcial e de cariz interno até tabelas nacionais de resultados publicados externamente e com consequências para as organizações pior classificadas. Por outro lado, se inicialmente esses indicadores estavam muito voltados para os processos, tais como por exemplo a duração média de um internamento, com o tempo passou a haver uma maior preocupação com os outcomes clínicos (Pollitt et al., 2010).

4.3.3. A medição de desempenhos hospitalares em Portugal e o financiamento

O sistema de pagamento aos hospitais do SNS tem estado baseado em contratos-programa negociados entre financiador (Ministério da Saúde) e prestador e que assentam num modelo de pagamentos prospetivo baseado na atividade, que envolve ajustamentos em função da complexidade das doenças e procedimentos efetuados (Barros et al., 2011).

A negociação de contratos-programa veio na sequência da reforma hospitalar de 2002 e com a mudança de estatuto das unidades hospitalares estas passaram a comprometer-se com certos níveis de produção incluindo consultas externas, atendimentos de urgência e hospital de dia.

Os indicadores usados para determinar o nível de pagamentos aos hospitais EPE e SPA⁴ em função do desempenho das unidades podem inserir-se em 3 categorias principais: Acesso, Desempenho Clínico, Desempenho Económico e Financeiro (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2014a).

- Quanto aos indicadores relacionados com o Acesso são os seguintes: percentagem de consultas provindas dos cuidados primários em função do número total de consultas;

⁴ Em 2002, 34 hospitais públicos passaram a 31 hospitais públicos incorporados (designados Hospitais SA, sociedades anónimas), os quais originaram, posteriormente, entidades públicas empresariais (os chamados Hospitais, EPE). As unidades que não foram objeto dessas modificações mantiveram o mesmo estatuto público (Hospitais SPA, do chamado setor público administrativo) (Barros et al., 2011). Essas reformas visaram conferir maior autonomia de gestão, administrativa e financeira aos Hospitais EPE.

percentagem de pacientes referenciados por médico dos cuidados de saúde primários (dentro dos tempos máximos de resposta garantidos); percentagem de pacientes em ambulatório; percentagem de pacientes cirúrgicos atendidos atempadamente; pacientes de internamento atempadamente referenciados para a rede de cuidados continuados.

- Quanto aos indicadores relacionados com Desempenho Clínico: média de tempo de internamento; percentagem de readmissões em 30 dias; percentagem de pacientes com tempo de internamento acima do limiar máximo; percentagem de fraturas da anca com cirurgia efetuada nas primeiras 48h de admissão; percentagem de medicamentos genéricos prescritos; percentagem de cirurgias em que a lista de indicadores de segurança cirúrgica foi usada.

- Quanto aos indicadores relativos ao Desempenho Económico e Financeiro: percentagem de gastos com horas extraordinárias, suplementos e subcontratação no total de despesas com pessoal; reporte de resultados positivos ou nulos ao nível do EBITDA; crescimento de dívidas vencidas.

Em termos de indicadores de qualidade dos cuidados agudos vários indicadores têm vindo a ser usados, por exemplo: taxas de mortalidade específicas de doenças (cerebrovasculares, por exemplo); desempenho hospitalar, após enfarte agudo do miocárdio em 30 dias após admissão por acidente isquémico; taxas de cesariana no total de nascimentos; eventos relacionados com segurança do paciente, tais como falhas na remoção de corpos estranhos cirúrgicos, entre outros (OECD, 2015b).

A infraestrutura de informação hospitalar (estrutura da informação e plataforma tecnológica) desenvolvida pela ACSS em 2013 permite comparar hospitais em termos de gestão de desempenho para um conjunto de indicadores em 4 categorias principais de *benchmarking*⁵, disponibilizados periodicamente (no início, mensalmente) e discutidos regularmente entre ACSS e cada unidade.

As dimensões cujos dados são coligidos atualmente em Portugal (ACSS, 2018) para medição do desempenho hospitalar são: Acesso; Desempenho Assistencial; Segurança; Volume e Utilização; Produtividade; e Económico-Financeira, cujos indicadores principais são:

⁵ Para mais informações: <http://benchmarking.acss.min-saude.pt/>

-
- Acesso: percentagem (%) de Primeiras Consultas Realizadas em Tempo Adequado; % de Inscritos em lista de inscritos para cirurgia dentro do tempo máximo de resposta garantido.
 - Desempenho Assistencial: % de Cirurgias Realizadas em Ambulatório no Total de Cirurgias Programadas (GDH) para Procedimentos Ambulatorizáveis; % de Reinternamentos em 30 Dias (anos civis diferentes); % de Internamentos com Demora Superior a 30 Dias; % de Partos por Cesariana; % de Fraturas da Anca com Cirurgia Realizada nas Primeiras 48 Horas; % de Partos por Cesariana em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo; % de Primeiras Cesarianas em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo; % de Partos Vaginais Após Cesariana em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo.
 - Segurança: Taxa de Úlceras de Pressão; Taxa de Infecções da Corrente Sanguínea relacionada com Cateter Venoso Central; Embolia Pulmonar ou Trombose das Veias Profundas Pós-Operatória p/100.000; Sépsis Pós-Operatória p/100.000; % de Partos Vaginais Instrumentados com Lacerações de 3º e 4º Grau.
 - Volume e Utilização: Volume de Reparações de Aneurismas da Aorta Abdominal; Volume de Recessões do Esófago; Volume de Recessões do Pâncreas; Volume de Endartrectomias da Carótida; Volume de Cirurgia de Bypass de Artérias Coronárias (CABG); Volume de Angioplastia Percutânea Transluminal de Artérias Coronárias (PTCA).
 - Produtividade: Doente Padrão por Médico ETC; Doente Padrão por Enfermeiro ETC; Taxa Anual de Ocupação em Internamento; Demora Média Antes da Cirurgia.
 - Económico-Financeira: Custos Operacionais por Doente Padrão; Custos com Pessoal Ajustados por Doente Padrão; Custos com Pessoal por Doente Padrão; Custos com Produtos Farmacêuticos por Doente Padrão; Custos com Medicamentos por Doente Padrão; Custos com Material de Consumo Clínico por Doente Padrão; Custos com Fornecimentos e Serviços Externos por Doente Padrão; % de Custos com HE e Suplementos no Total de Custos com Pessoal; % de Custos com Prestação de Serviços no Total de Custos com Pessoal.

4.3.4. Considerações finais sobre medição de desempenho

Quando se refere um modelo de medição de desempenho, torna-se importante diferenciar eficiência de efetividade, as quais são por vezes referidas de uma forma indistinta. Se eficiência corresponde ao rácio entre outputs e inputs, a efetividade respeita ao grau em que

os outcomes desejados resultam dos outputs. É de assinalar que uma determinada política pode aumentar a eficiência, mas diminuir a efetividade. Um exemplo prático: uma determinada medida implementada na gestão de uma sala de operações pode aumentar o rácio de um determinado procedimento cirúrgico, no sentido de uma maior eficiência, mas ao mesmo tempo também pode conduzir a um aumento do número de erros dos médicos e enfermeiros, o que se traduz em piores outcomes clínicos, logo numa redução da efetividade dessa operação. Tal como pode haver uma maior eficiência sem que haja uma alteração dos outcomes. Ou uma maior efetividade, acompanhada de uma redução da eficiência. Genericamente, um aumento de eficiência ou ganho de produtividade pode advir de diminuição de recursos (inputs) e aumento dos outputs; recursos idênticos e aumento dos outputs; recursos aumentam e outputs também aumentam, mas numa proporção maior; outputs iguais e diminuição dos recursos; outputs diminuem, mas recursos diminuem ainda em maior proporção (Pollitt & Bouckaert, 2017).

O modelo apresentado anteriormente na Figura 1 respeita, sobretudo, aos níveis de resultados operacional e processual. Normalmente, tem em vista uma escala meso aplicada a programas específicos, como da área da saúde, ou a organizações ou instituições individuais. Mas pode inclusive ser aplicável a uma escala maior, por exemplo tendo como unidade de análise toda a administração pública, enquanto produtora de outputs. O modelo parte da premissa que há necessidades que as organizações devem suprir e objetivos estabelecidos em função dessas necessidades. As organizações ou programas recorrem a inputs (tais como trabalhadores, edifícios, equipamentos, outros recursos) para a concretização desses objetivos, sendo os processos as atividades (por exemplo, ensinar, etiquetar, operar, pintar) levadas a cabo para criar os outputs (ou seja, os produtos gerados pelos processos). Os produtos interagem de alguma forma com o meio envolvente, particularmente com os utentes ou beneficiários desses produtos, dando origem a outcomes intermédios e a outcomes finais. No limite, o valor criado é o que corresponde aos outcomes mais do que aos outputs (Walshe, 2011).

Um desafio que se coloca quanto aos resultados e às razões que os explicam, por exemplo na avaliação de uma política, é que os objetivos das políticas são frequentemente expressos de forma vaga, tornando-se difícil perceber se os outputs e/ou os outcomes corresponderam aos objetivos iniciais. Outra questão de relevo: a eficiência pode melhorar, mas a efetividade

manter-se igual ou até diminuir. Por outro lado, um objetivo pode ser alcançado, mas à custa de um outro aspeto importante e que não foi devidamente medido (Bevan & Hood, 2006).

Uma outra possibilidade a ter em conta é os outcomes melhorarem, mas a responsabilidade não residir na organização ou do programa ou da opção política em concreto, o que gera um problema por vezes designado como problema de atribuição. Um exemplo prático disso é quando se pensa que uma determinada medida ou reforma gerou poupanças, mas na realidade foram as poupanças que obrigaram à adoção de determinada medida ou reforma (Murray, 1998).

Outro desafio ocorre quando deixa de ser possível comparar os outputs e/ou outcomes finais com os inicialmente produzidos, por ter havido mudança na forma como os processos são medidos ou uma alteração substancial no próprio programa ou organização (Hood & Dixon, 2015).

Embora a gestão de desempenho possa ser encarada como uma das marcas típicas da NPM, também pode ser um recurso importante de um modelo de administração de tipo mais burocrático que esteja a ser modernizado. Tal como as parcerias estabelecidas pelo setor público com o setor privado ou com o setor social podem perfeitamente estar enquadrados num modelo burocrático, ou na NPM ou na NPG. E da mesma forma que a contratualização externa não é um exclusivo da NPM, mas pode ser igualmente recurso da NPG ou de um modelo de tipo burocrático. Nessa linha, embora determinadas ferramentas de gestão possam à partida ser mais típicas deste ou daquele modelo não é correto estar a assumir que uma ferramenta em específico está exclusivamente associada com um modelo em particular (Pollitt et al., 2010).

Um modelo simplificado de desempenho tem merecido, também, reservas. É possível identificar melhorias numa organização, ou mesmo na administração pública, de uma forma não tão mecânica ou normativa. O objetivo não tem de ser obrigatoriamente uma maior eficiência, mas pode passar, por exemplo, por uma melhor relação entre a máquina administrativa do Estado e a sociedade. Há situações, por vezes, em que as reformas na administração derivam da necessidade de responder a uma crise - como foi a económico-financeira de 2008-2010 e a austeridade que se lhe seguiu. Por vezes, também, o objetivo das

reformas passa pela concretização de uma visão em particular sobre como o futuro deve ser (Pollitt & Bouckaert, 2017).

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

Nesta parte da investigação proceder-se-á à apresentação do modelo de análise; à caracterização do objeto de estudo; ao desenvolvimento das opções metodológicas, em termos de objetivos e abordagem metodológica, metodologia para avaliação da eficiência, metodologia para avaliação da produtividade, orientações da análise quantitativa, orientações da análise qualitativa; à apresentação, análise e discussão de resultados; e, por fim, à apresentação das principais conclusões, limitações ao estudo e sugestões futuras.

5. MODELO DE ANÁLISE

Neste capítulo, irá proceder-se à identificação e definição dos conceitos de investigação, explicitando a forma como se articulam entre si. Procede-se igualmente à identificação das questões de investigação, de acordo com as opções metodológicas tomadas.

5.1. Definição de conceitos

Começa-se por apresentar, no quadro seguinte, os conceitos relevantes para a presente investigação.

Quadro 11 - Conceitos de investigação

Conceito	Definição
Parceria Público-social	Responsabilidades do Estado são por vezes delegadas a prestadores do setor social sem fins lucrativos que se relacionam entre si e com agências ou departamentos do Estado através de mecanismos como a subcontratação, comissionamento, contratualização, avaliação de desempenho, medição de impactos, pagamento por resultados (Harris, 2018).
Unidades Hospitalares desnacionalizadas/devolvidas	Hospitais das Misericórdias que, por via do Decreto-Lei n.º 704/74, de 7 de dezembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 14/80, de 26 de fevereiro, e do Decreto-Lei n.º 618/75, de 11 de novembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 519-G2/79, de 29 de dezembro, foram integrados no setor público, geridos por estabelecimentos ou serviços do SNS, e, posteriormente, devolvidos à gestão das respetivas Misericórdias com o enquadramento legal do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro.
Gestão direta	Gestão assegurada por gestores públicos, designados por nomeação

	ou eleição, e que integram a esfera de organismos sob tutela da administração direta do Estado (Lei n.º 4/2004, de 15 de janeiro).
Acordo de gestão	Forma de articulação entre o Estado e outras entidades, como as Misericórdias, que tem por objeto a gestão de um estabelecimento do SNS (Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de Outubro).
Prestação de cuidados	Todas as atividades desenvolvidas por profissionais de saúde devidamente habilitados e credenciados para o efeito, que tenham por objeto a prevenção, promoção, restabelecimento ou manutenção da saúde, bem como o diagnóstico, o tratamento, a terapêutica e a reabilitação, e que visem atingir e garantir uma situação de ausência de doença e/ou um estado de bem-estar físico e mental (ERS, 2020).
Consulta médica	Consulta médica realizada no âmbito de uma especialidade ou subespecialidade de base hospitalar que deve decorrer de indicação clínica (smi.ine.pt, 2021).
Internamento	Doente admitido, durante um período, num estabelecimento de saúde, com permanência de pelo menos 24 horas, proveniente do ambulatório (consulta externa, serviço de urgência ou outro) ou de transferência de outro estabelecimento de saúde (smi.ine.pt, 2021).
Intervenção cirúrgica/cirurgia	Refere-se a um ou mais atos operatórios com o mesmo objetivo terapêutico e/ou diagnóstico, realizado(s) em sala operatória, sob anestesia geral, locorregional ou local, com ou sem presença de anestesista (smi.ine.pt, 2021).
Cirurgia de ambulatório	Refere-se a toda a intervenção cirúrgica programada que, embora habitualmente efetuada em regime de internamento, possa ser realizada em regime de admissão e alta do doente no mesmo dia ou até um máximo de 23 horas após a admissão (ERS, 2008).
Cirurgia programada	Refere-se a intervenções cirúrgicas decorrentes de admissão programada de doentes (smi.ine.pt, 2021).
Tempo Máximo de resposta garantido	No âmbito dos direitos de acesso dos cuidados de saúde pelos utentes são definidos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) no Serviço Nacional de Saúde para todo o tipo de prestações de saúde sem caráter de urgência (Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio).
Eficiência	Capacidade de uma organização obter o máximo output de um determinado conjunto de inputs (Farrell, 1957). Tem o seu foco na utilização dos recursos, sendo que “uma organização será tanto mais eficiente quanto, com o mesmo tipo de recursos, consegue obter melhores resultados” (Bilhim, 2013b, p. 365).
Produtividade	Medida de eficiência produtiva que calcula quanto output pode ser produzido a partir de uma certa quantidade de inputs, e aqui utilizada como Produtividade Total dos Fatores (TFP) (Sickles & Zelenyuk, 2019).

Opção política	Na aceção em que é utilizado na pergunta de partida, se as relações de parceria entre o Estado e as Misericórdias, designadamente na área da gestão hospitalar, têm dado os resultados expectáveis na opção política, este conceito refere-se à decisão de devolver à gestão da Misericórdia de origem unidades hospitalares nacionalizadas em 1974. Relativamente ao objetivo geral de investigação, quanto a avaliar em que medida essas relações de parceria têm contribuído para os objetivos das opções políticas de saúde, o prisma é o do acesso a cuidados de saúde, sustentabilidade e qualidade.

Fonte: elaboração própria

Os resultados (outcomes) em saúde são difíceis de medir e daí se usarem, frequentemente, resultados assistenciais ou de produção de cuidados (outputs), até mesmo para medir ganhos de produtividade. O número de consultas de especialidade e tratamentos hospitalares são usados para esse fim, por vezes ajustados *per capita* (Schreyer et al., 2010).

Por outro lado, é importante ter consciência que os resultados de produção de cuidados de saúde podem não corresponder aos resultados em saúde. Por exemplo, os serviços prestados e mensurados podem não dizer muito sobre os aumentos da esperança de vida ou de qualidade de vida. Outros exemplos ilustrativos disso mesmo: um maior nível de aposta em medidas de prevenção da doença e promoção da saúde pode resultar numa redução de cuidados assistenciais, mas numa melhoria dos resultados em saúde, assim como um número mais elevado de internamentos hospitalares por problemas crónicos pode representar um melhor resultado dos serviços de saúde em ambulatório (Walshe, 2011).

Ao mesmo nível, a qualidade dos cuidados prestados também é importante e volumes semelhantes de produção assistencial podem não ter o mesmo impacto no estado de saúde da população se não tiverem o mesmo padrão de alta qualidade. Pode até, no limite, um volume muito elevado de cuidados significar um sistema de saúde menos eficiente, com menor nível de investimento em cuidados de prevenção, ou, em alternativa, um sistema de saúde altamente eficiente, mas respondendo a necessidades que não podem ser prevenidas.

Tratando-se, neste estudo, de uma comparação do desempenho das unidades desnacionalizadas, ao longo do tempo, no período pré e pós-devolução à gestão da respetiva Misericórdia, recorrendo também a um painel de outras 28 unidades pertencentes ao SNS e que se mantiveram sob gestão pública, proceder-se-á à compilação e análise de um conjunto

de indicadores de atividade assistencial entre outros, no período 2010-2020, disponíveis, nomeadamente, nos Relatórios de Acesso anuais:

- n.º global de consultas externas médicas de especialidade: primeiras consultas; consultas subsequentes;
- n.º global de sessões de Hospital de Dia;
- n.º global de internamentos;
- n.º global de intervenções cirúrgicas: urgência; programadas (convencionais; em ambulatório);
- n.º de episódios de atendimento em urgência.

O recurso aos resultados obtidos pelas unidades hospitalares desnacionalizadas ao nível do projeto SINAS, ao longo do tempo, também será utilizado para um comparativo das unidades em causa, aferindo a evolução positiva ou negativa que as mesmas possam ter vindo a registar. Adicionalmente a indicadores de produção e a indicadores de qualidade, verificar-se-á, também, pela análise de conteúdo às entrevistas a realizar, entre outros, se em termos de inovação em produtos, processos ou serviços; se em termos de perfil assistencial, com introdução ou não de novas especialidades; e se em termos de indicadores económico-financeiros, houve alterações significativas registadas por essas unidades, no período 2010-2020.

5.2. Questões de investigação

O problema que norteia a investigação proposta refere-se às relações de parceria Estado-Misericórdias e aos seus resultados, quer para o cumprimento da missão das Misericórdias quer para o próprio Estado e, em particular, sobre os casos recentes dos Hospitais que passaram da gestão direta do Estado para as Misericórdias.

Com base no problema identificado formulou-se a seguinte pergunta de partida: As relações de parceria entre o Estado e as Misericórdias, designadamente na área da gestão hospitalar, têm dado os resultados expectáveis na opção política?

As questões de investigação constantes do Modelo de Análise definido são as seguintes:

- a. À luz dos Programas do XVIII, XIX, XX e XXI Governos Constitucionais; dos Planos Nacionais de Saúde; dos Relatórios de Santas Casas de Misericórdia com atividade no setor; que contributos advieram das relações de parceria Estado-Misericórdias para o cumprimento de objetivos de políticas de saúde na área hospitalar?
- b. Como evoluiu a relação Estado-Misericórdias no período democrático, no setor da saúde?
- c. Em termos de resultados das unidades hospitalares devolvidas ao setor social, em diferentes dimensões, que tipo de análises comparativas podem ser feitas, entre os períodos prévio e posterior à devolução?
- d. Comparando entre si unidades hospitalares que fazem parte do SNS, mas foram devolvidas à gestão do setor social com outras unidades de dimensão aproximada, na mesma área geográfica e ainda sob gestão pública, que tipo de vantagens podem ser identificadas para o Estado entre uma opção e outra?
- e. Partindo da experiência recolhida nas unidades hospitalares do SNS cuja gestão foi devolvida às Misericórdias, que medidas podem ser adotadas para que estas parcerias possam ser mais efetivas, assentes em relações de cooperação e com benefícios de boa governança para todos os parceiros?

Por outro lado, no que se refere à investigação quantitativa a realizar, que se centra em torno das perguntas acima identificadas pelas alíneas c) e d), levantam-se ainda as seguintes questões de investigação:

- Os hospitais desnacionalizados são mais eficientes do que o foram no período pré-devolução?
- Os hospitais desnacionalizados, no período pós-devolução, demonstram uma tendência de eficiência melhor que a dos restantes hospitais do SNS em estudo?

-
- Na comparação de eficiência entre as unidades desnacionalizadas e hospitais do respetivo grupo e/ou região há uma evolução positiva no período pós-devolução versus período pré-devolução?
 - Os hospitais desnacionalizados demonstram maior produtividade que os restantes?
 - Na comparação de resultados de avaliação da qualidade em saúde, há uma evolução positiva no período pós-devolução *versus* período pré-devolução por parte das unidades desnacionalizadas?

A apresentação, análise e discussão dos resultados da parte quantitativa será realizada em função dessas questões de investigação, apresentadas sob a forma de proposição:

P1: Os hospitais desnacionalizados são mais eficientes do que o foram no período pré-devolução.

P2: Os hospitais desnacionalizados, no período pós-devolução, demonstram uma tendência de eficiência melhor que a dos restantes hospitais do SNS em estudo.

P3: Na comparação de eficiência entre as unidades desnacionalizadas e hospitais do respetivo grupo e/ou região há uma evolução positiva no período pós-devolução versus período pré-devolução.

P4: Os hospitais desnacionalizados demonstram maior produtividade do que os restantes.

P5: Na comparação de resultados de avaliação da qualidade em saúde, há uma evolução positiva no período pós-devolução *versus* período pré-devolução por parte das unidades desnacionalizadas.

Finaliza-se o capítulo 5 com um quadro-síntese das opções metodológicas, objetivos de investigação, questões de investigação, conceitos e contexto da recolha de dados.

Quadro 12 - Quadro-resumo

Objetivos de Investigação	Opção Metodológica	Questões de investigação	Contexto da recolha de	Conceitos de

			dados	Pesquisa
Geral 1-Avaliar em que medida as relações de parceria Estado-Misericórdias têm contribuído para os objetivos das opções políticas de saúde, nomeadamente na área hospitalar. Específicos 1-Characterizar as diferentes fases de evolução das parcerias setor público-setor social (Misericórdias), na área da saúde, no período democrático. 2-Comparar os resultados das unidades hospitalares devolvidas à gestão do setor social, no período prévio e pós-devolução 3-Avaliar em que medida optar por manter gestão direta dos hospitais nacionalizados em 1974 ou devolver estabelecendo parcerias ou contratualizando objetivos tem vantagens para o Estado.	Qualitativa Qualitativa Quantitativa Quantitativa & Qualitativa	- À luz dos Programas do XVIII, XIX, XX e XXI Governos Constitucionais; dos Planos Nacionais de Saúde; de Relatórios de Santas Casas da Misericórdia com atividade no setor; que contributos advieram das relações de parceria Estado-Misericórdias para o cumprimento de objetivos de políticas de saúde na área hospitalar? - Como evoluiu a relação Estado-Misericórdias no período democrático, no setor da saúde? - Em termos de resultados das unidades hospitalares devolvidas à gestão do setor social, em diferentes dimensões, que tipo de análises comparativas podem ser feitas, entre os períodos prévio e pós-devolução? P1: Os hospitais desnacionalizados são mais eficientes do que o foram no período pré-devolução. P2: Os hospitais desnacionalizados, no período pós-devolução, demonstram uma tendência de eficiência melhor que a dos restantes hospitais do SNS em estudo. P3: Na comparação de eficiência entre as unidades desnacionalizadas e hospitais do respetivo grupo e/ou região há uma evolução positiva no período pós-devolução versus período pré-devolução. P4: Os hospitais desnacionalizados demonstram maior produtividade do que os restantes. P5: Na comparação de resultados de avaliação da qualidade em saúde, há uma evolução positiva no período pós-devolução <i>versus</i> período pré-devolução por parte das unidades desnacionalizadas. - Comparando entre si unidades hospitalares que fazem parte do SNS mas foram devolvidas à gestão do setor social com outras unidades de dimensão aproximada, na mesma área geográfica e ainda sob gestão pública, que tipo de vantagens podem ser identificadas para o Estado entre uma opção e outra?	O contexto da recolha de dados será o do universo dos hospitais do SNS cuja gestão foi já devolvida às Misericórdias, a saber: Hospital de Fafe, Hospital de Anadia e Hospital de Serpa. Serão igualmente recolhidos dados de um painel comparativo de 28 unidades sob gestão direta do SNS.	- Parceria público-social - Estado - Misericórdias - Hospitalar - Gestão direta - Acordo de gestão - Boa governança - Prestação de cuidados

4-Definir que medidas devem ser adotadas para que as parcerias público-social possam ser mais efetivas, assentes em relações de cooperação e com benefícios de boa governança para todos os parceiros.	Qualitativa	- Partindo da experiência recolhida nas unidades hospitalares do SNS cuja gestão foi devolvida às Misericórdias, que tipo de medidas podem ser adotadas para que estas parcerias possam ser mais efetivas, assentes em relações de cooperação e com benefícios de boa governança para todos os parceiros?		

Fonte: elaboração própria

6. CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Neste capítulo aborda-se a relação entre o Estado e as instituições sociais; os instrumentos orientadores das políticas de saúde e a sua interseção com o setor social; a relação entre o Estado e as Misericórdias na área da saúde; o processo de nacionalização e desnacionalização de unidades hospitalares, desde o contexto da relação entre o Estado e os Hospitais das Misericórdias, à análise às unidades hospitalares do SNS que foram devolvidas à gestão da respetiva Misericórdia de origem.

Para a caracterização do objeto de estudo recorre-se à análise documental, nomeadamente de diplomas legais, documentos da administração pública, acordos, protocolos, compromissos entre o Estado e as instituições, informações de diversos organismos e instituições.

6.1. O Estado e as instituições sociais

6.1.1. Relação entre o Estado e as instituições sociais: histórico legislativo

Na Constituição da República Portuguesa, no artigo 63.º, refere-se que incumbe ao Estado “organizar, coordenar e subsidiar um sistema de segurança social unificado e descentralizado” e que o Estado “apoia e fiscaliza, nos termos da lei, a actividade e o funcionamento das instituições particulares de solidariedade social e de outras de reconhecido interesse público sem carácter lucrativo, com vista à prossecução de objectivos de solidariedade social consignados(...)”.

Mais à frente, na alínea b) do n.º 2 do artigo 67.º, refere-se que também incumbe ao Estado, para protecção à família, “Promover a criação e garantir o acesso a uma rede nacional de creches e de outros equipamentos sociais de apoio à família, bem como uma política de terceira idade”.

Quer no artigo 69.º (infância); na alínea e) do n.º 1 do artigo 70.º (juventude); e nos artigos 71.º (cidadãos portadores de deficiência) e 72.º (Terceira Idade) são referidos direitos

fundamentais dos cidadãos para cuja concretização, por parte do Estado, se tem recorrido, inúmeras vezes, ao contributo das entidades do setor social.

Ao longo dos anos a relação entre o Estado e as instituições da economia social foi sendo regulada. Através do Despacho Normativo 388/80, de 31 de dezembro, o Estado, através do então Ministério dos Assuntos Sociais, começou por estabelecer “normas reguladoras dos acordos de cooperação entre os centros regionais de segurança social e as instituições privadas de solidariedade social”. Essas normas foram sendo alvo de atualizações através de outros Despachos Normativos como o 118/84, de 8 de junho, e o 12/88, de 12 de Março, e, mais tarde, o Despacho Normativo °75/92, de 20 de maio.

Em 2007, os princípios que constam do subsistema de Ação Social, definidos na Lei n.º 4/2007, de 16 de janeiro, também conhecida como Lei de Bases do Sistema de Segurança Social, reconhecem a importância estratégica do setor social e solidário, bem como a necessidade de o mesmo ser apoiado e fiscalizado pelo Estado. Referências como a proteção “aos grupos mais vulneráveis, nomeadamente crianças, jovens, pessoas com deficiência e idosos, bem como a outras pessoas em situação de carência económica ou social” bem como a ação social dever “ser conjugada com outras políticas sociais públicas, bem como ser articulada com a actividade de instituições não públicas” são ilustrativas de que passa também pelas entidades do setor social concretizar os objetivos de solidariedade social consagrados.

A Assembleia da República através da Lei n.º 30/2013, de 8 de maio, também chamada de Lei de Bases da Economia Social, reconheceu a atividade das entidades da economia social e, salientando o princípio da cooperação, também a importância da estabilidade das relações com o Estado. Nesta Lei n.º 30/2013, de 8 de maio, é patente o reconhecimento de que as entidades da economia social têm um papel fundamental no apoio a todos aqueles que, por razões diversas, se encontram em situação de vulnerabilidade, constituindo, assim, um instrumento mais próximo dos cidadãos e com maior capacidade de resposta às situações de carência e de desigualdade social.

É de fazer referência também ao Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, através do qual foram definidas formas de articulação do Estado, através do Ministério da Saúde, e dos

estabelecimentos e serviços do SNS com as instituições de solidariedade social com fins de saúde.

Pelo Decreto-Lei n.º 172-A/2014, de 14 de novembro, procedeu-se a uma revisão do Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social, peça importante para “reforçar e harmonizar os instrumentos legislativos necessários ao estabelecimento da cooperação”.

Nessa senda, o Governo, através da publicação do Decreto-Lei n.º 120/2015, de 30 de junho, ampliou e reforçou a visão de uma parceria público-social estabelecida com as entidades do setor social e solidário, já não apenas no domínio da segurança social, mas também passando a abranger outros domínios como o emprego e formação profissional, a saúde e a educação, e passando a permitir um melhor enquadramento de novos modelos de respostas no âmbito de diferentes áreas sociais do Estado.

Através da Portaria n.º 196-A/2015, de 1 de julho, foram definidos os critérios, regras e formas em que assenta o modelo específico da cooperação estabelecida entre o Instituto da Segurança Social, I. P. (ISS, I. P.) e as instituições particulares de solidariedade social ou legalmente equiparadas. No preâmbulo da mesma é reconhecida “uma sólida parceria entre o Estado e o setor social e solidário habilitando as entidades da economia social para o desenvolvimento de novos modelos de respostas sociais para além das suas tradicionais áreas de atuação”. Alusão ainda, dada a importância, para a menção à “repartição de obrigações e responsabilidades com vista ao desenvolvimento de serviços e equipamentos sociais que visam a proteção social dos cidadãos”.

6.1.2. Relação entre o Estado e as instituições sociais: outros compromissos

A jusante da produção legislativa enquadradora das relações entre Estado e instituições sociais, a celebração de protocolos, compromissos, acordos de cooperação, tem vindo a acontecer com regularidade. Cronologicamente, destaca-se, em seguida, alguns desses instrumentos de parceria.

Em 1996 foi celebrado um Pacto de Cooperação para a Solidariedade Social, com o objetivo de “criar condições para o desenvolvimento da estratégia de cooperação entre as instituições

do setor social, que prosseguem fins de solidariedade social (...) a Administração Central e as Administrações Regional e Local”.

Nos tempos seguintes, anualmente, celebrava-se um protocolo de cooperação entre o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e, caso a caso, com cada uma das entidades representativas do setor social: Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade, União das Misericórdias Portuguesas, União das Mutualidades.

Na área da saúde, particularmente através das Administrações Regionais de Saúde, foram também sendo celebrados, ao longo dos anos, acordos de cooperação com entidades do setor social prestadoras de cuidados em especialidades como a medicina física e de reabilitação, hemodiálise ou outras.

Através do Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica (2011), estabelecido entre o Estado português, o Banco Central Europeu, a Comissão Europeia e o Fundo Monetário Internacional, na área social, Portugal comprometeu-se a efetuar cortes nos encargos de natureza social.

Através do “Plano de Emergência Social” procurou-se que as instituições de solidariedade social fizessem parte de uma resposta concertada de apoio aos mais desprotegidos, procurando mitigar o impacto dos cortes a que o país se tinha comprometido.

Na perspetiva de uma maior previsibilidade e estabilidade nas relações entre Estado e setor social os compromissos enquadramentos com as instituições representativas passaram a ser bienais.

Assim, em janeiro de 2012, foi celebrado o “Protocolo de Cooperação para o Sector Social e Solidário para o biénio 2011-2012”. Ainda em 2012 (novembro) foi estabelecido o “Protocolo de Cooperação para o Sector Social e Solidário para o biénio 2013-2014”, em que, desta feita, o texto subscrito pelo Ministério da Solidariedade e da Segurança Social é comum às três principais entidades representativas do setor social. A partir deste Protocolo, todos os seguintes já viriam a ser negociados e assinados de forma conjunta entre o Governo e essas três entidades.

Em 2014 foi estabelecido o “Compromisso de Cooperação para o Sector Social e Solidário para o biénio 2015-2016”.

Em 2017 celebrou-se o “Compromisso de Cooperação para o Sector Social e Solidário para o biénio 2017-2018”.

Em 2018 foi feita uma “Adenda ao Compromisso de Cooperação para o Sector Social e Solidário”. A comparticipação financeira da Segurança Social relativa ao funcionamento dos equipamentos e serviços sociais com acordo de cooperação para o ano de 2018 era alvo de acréscimo em 2,2% face a 2017, e visava “compensar o acréscimo de despesas com o seu funcionamento, contribuindo para a sustentabilidade económica e financeira das instituições, essencial para a prossecução do desenvolvimento das respostas sociais”. A celebração desta adenda juntou, em plenário da Comissão Permanente do Setor Social e Solidário, ministros do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, da Saúde e da Educação, além das principais entidades do setor social, incluindo, desta feita, a Confederação Cooperativa Portuguesa. A partir deste compromisso, também esta entidade passou a estar envolvida na negociação e assinatura conjunta dos acordos enquadramentos entre Estado e setor social.

Em 2019 foi assinado o “Compromisso de Cooperação para o Sector Social e Solidário para o biénio 2019-2020”, no qual se considera que a “estabilidade das relações do Estado com as instituições sociais é fundamental na prossecução do desenvolvimento das respostas sociais (...) e essencial para a sustentabilidade das instituições do setor social e para a acessibilidade aos serviços e respostas sociais por parte dos cidadãos”.

Em julho de 2021 celebrou-se o “Compromisso de Cooperação para o Sector Social e Solidário para o biénio 2021-2022”, ao qual se seguiu uma primeira adenda, em dezembro de 2021, em período de pré-eleições antecipadas e motivada, ainda em emergência de saúde pública, pela “excecionalidade da situação atual, bem como apoiar as instituições do setor social e solidário no contexto dos custos com a situação pandémica e com o aumento do salário mínimo nacional”. Uma segunda adenda, em dezembro de 2022, viria a ser celebrada no contexto “da invasão da Ucrânia pela Federação Russa e da evolução da inflação”.

Em setembro de 2023, estabeleceu-se um “Memorando de Entendimento”, que visou reforçar as comparticipações financeiras da Segurança Social previstas para 2023 às instituições sociais, dado o “aumento dos custos de funcionamento enfrentados”. O aumento de 5% previsto revelava-se insuficiente, sendo reforçado em mais 6% nas respostas residenciais e em mais 3% nas outras respostas sociais. Em comunicado, o Governo considerava que o aumento “concretiza o compromisso assumido no Pacto de Cooperação de progressivamente atingir a repartição equitativa dos custos entre o Estado e o Setor Social e Solidário”. Posteriormente, em dezembro, foi assinado o “Compromisso de Cooperação para o Setor Social e Solidário - 2023-2024”. Igualmente em comunicado, o Governo apontava que estas instituições “empregam cerca de 300 mil pessoas” e que o reforço para 2024 visava o “aumento dos salários dos trabalhadores e os custos com a inflação”.

Em dezembro de 2023 foi acordado o “Compromisso de Cooperação com o Setor Social e Solidário para o biénio 2023-2024”. Procedeu a uma atualização das comparticipações financeiras destinadas às respostas sociais, embora sem acrescentar nenhuma alteração de substância aos anteriores compromissos.

Em outubro de 2024, estabeleceu-se o primeiro documento acordado entre o XXIV Governo Constitucional e a UMP, a CNIS, a União das Mutualidades e a Confederação das Cooperativas. A “Adenda ao Compromisso de Cooperação com o Setor Social e Solidário para o biénio 2023-2024” reconhece a necessidade de “modelos que visem a sustentabilidade financeira das instituições do setor social e solidário, de acordo com as tipologias de respostas, o custo real do utente, a inflação e o aumento da remuneração mínima mensal garantida”.

Enfatiza a importância de um compromisso plurianual com as instituições e de uma fixação transparente das verbas a alocar que confira também segurança às questões de tesouraria. Aludindo ao compromisso celebrado em 2023, aponta um “desfasamento entre a comparticipação financeira que é paga pelo Estado e o custo que a prestação das respostas sociais representa para as instituições”.

Como novidade, face a documentos anteriores acima abordados, surge a referência a uma Lei de Financiamento do Setor Social. Com esse objetivo, foi constituído um grupo de trabalho com representantes do governo e representantes do setor social no sentido de encontrar os

custos médios de cada resposta social e das comparticipações das famílias e assim poderem ser definidos critérios para o apuramento da estrutura de custos das diferentes respostas e os “montantes a transferir anualmente pelo Estado”. Nesta Adenda é assumido o compromisso de que esse trabalho conjunto produza já efeitos na elaboração dos orçamentos das respostas sociais para 2025.

Esta nova Adenda prevê ainda uma “correção extraordinária urgente” da comparticipação de algumas das respostas sociais, a saber: Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, Lar Residencial, Centro de Dia, Serviço de Apoio Domiciliário. Esse reforço de transferência social é de 3,5% e tem efeitos retroativos a 1 de janeiro de 2024.

6.2. Instrumentos orientadores das políticas de saúde e sua interseção com o setor social

Para uma compreensão mais global dos contributos das relações de parceria Estado-Misericórdias para os objetivos das políticas de saúde, na perspetiva política e da administração em saúde, procede-se a uma análise aos instrumentos orientadores das políticas de saúde. Identificam-se, ainda, características das perspetivas de administração pública subjacentes a esses instrumentos.

6.2.1. O Plano Nacional de Saúde 2012-2020 como elemento de governança

O conceito de coprodução, já abordado nos subcapítulos 2.7 e 2.8, está na base das orientações do Plano Nacional de Saúde 2012-2020, adiante designado PNS (DGS, 2015).

O PNS procura “integrar e focar os esforços de todos os agentes que promovem e protegem a saúde”. A revisão e extensão do Plano a 2020 está em linha com a Estratégia 2020 da OMS para a Europa (DGS, 2015, p.8).

Através deste instrumento de governança visa-se, igualmente, um alinhamento das estratégias a nível nacional, regional e local tendo em vista o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, investigação, inovação, além do estabelecimento de critérios para financiamento aos agentes do Sistema (Pinto et al., 2021).

Contribuir para um maior equilíbrio entre a proximidade de serviços e a gestão racional de recursos finitos passa por respeitar um princípio de equidade, procurando evitar grandes diferenças nas respostas do Sistema de Saúde a necessidades iguais de cidadãos diferentes, designadamente pela intervenção em determinantes de saúde, com enfoque nos determinantes sociais da saúde (Pinto et al., 2021).

Em termos de paradigma de administração pública subjacente, a governação para a saúde partilhada pelos diferentes setores da sociedade, incluindo administração pública e governação da saúde, prestação de cuidados de saúde, cidadãos, contribuindo em simultâneo para o estado e ganhos em saúde na população, insere-se num conceito de prestação de serviço público com características marcadas da NPG. A Figura 2 sintetiza o modelo de governação para a saúde e o modelo de governação da saúde que enquadram o PNS.

Figura 2

Modelo de governação para a saúde e de governação da saúde



Nota: consta da pág. 7 do PNS e retirada de “Um Futuro para a Saúde” (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014)

Seguindo recomendações da OMS para a implementação das estratégias nacionais de saúde, o PNS dedica um dos seus capítulos ao tema da qualidade. A melhoria da qualidade em saúde implica um esforço quotidiano na efetividade e segurança dos cuidados a prestar, uma

utilização eficiente de recursos, uma prestação de cuidados equitativa e atempada que vá de encontro às necessidades dos cidadãos (DGS, 2015).

Por via da melhoria da efetividade, eficiência na prestação de cuidados, melhorar a qualidade no setor da saúde é também uma aposta com resultados na sustentabilidade do Sistema, particularmente do Serviço Nacional de Saúde (Pinto et al., 2021).

Segundo o Plano Nacional de Saúde, 2012-2020, tem de existir, cada vez mais, uma abordagem holística às políticas de saúde, na qual devem estar envolvidas outras áreas e todos os setores:

A expressão “Políticas Saudáveis” traduz um conceito abrangente, que responsabiliza não só o sector da saúde, mas também todos os outros, por exemplo a educação, a segurança social, o ambiente; tanto a nível do setor público, como do privado e do terceiro setor. (p.18)

Na abordagem às políticas de saúde por “*settings*”, contextos específicos, as intervenções em saúde devem ser adequadas ao momento particular do ciclo de vida da pessoa, seja em contexto de família, escola, local de trabalho, lazer, lares de idosos e unidades de saúde. Essas abordagens específicas conduzem a sociedade e a prestação de cuidados de saúde para a avaliação de necessidades e oportunidades de intervenção ao longo da vida, privilegiando momentos particulares como sejam o nascimento, morte, entrada para a escola, primeiro emprego, casamento, reforma. Esses momentos, entre outros, possibilitam oportunidades de intervenção específica em educação para a saúde ou prevenção da doença (DGS, 2015).

Entre as orientações específicas (27) plasmadas no PNS 2012-2020 consta o apoio a “iniciativas da sociedade civil no âmbito do voluntariado em saúde, em particular no domínio da formação de cuidadores informais de suporte ao doente acamado”, formação essa para a qual as Misericórdias estão particularmente aptas, como o comprovam medidas concretas desenvolvidas nos últimos anos pelas mesmas a título organizacional ou pela União das Misericórdias Portuguesas, no seu conjunto, algumas das quais inclusive com financiamento através de programas europeus (POISE).

O apoio à implementação regional e local de projetos de intervenção comunitária orientados para os grupos mais vulneráveis é também uma das orientações específicas do PNS mais direcionadas para o setor social e as Misericórdias, em particular.

Igualmente, o desenvolvimento e divulgação de “boas práticas de inclusão social, acessibilidade a grupos vulneráveis, capacitação e *empowerment*, bem como apoio solidário aos cidadãos” é exemplo de umas das orientações específicas em que as Misericórdias têm tido intervenção importante.

O reforço da articulação dos serviços de saúde com os serviços sociais e recursos das comunidades para identificação e encaminhamento de situações de carência social e económica com impacto na saúde é uma orientação específica importante, relativamente à qual muito ainda falta fazer mas que, ainda recentemente, na resposta à pandemia de COVID-19, teve exemplos concretos em todo o país com estruturas residenciais para pessoas idosas, pertencentes a Misericórdias, a receberem utentes abandonados em hospitais já após situação de alta clínica (Compromisso de Cooperação, 2021).

6.2.2. O Plano Nacional de Saúde 2021-2030: continuidade e evolução

Tal como patente no anterior PNS, o modelo de cocriação ou de coprodução associado à saúde volta a ser fio condutor do PNS 2021-2030. À tentativa de ligar as questões da Saúde aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, junta-se o ensejo de procurar que o processo de elaboração e execução deste PNS corresponda a uma maior participação e responsabilização social, e daí também a constituição de uma “Estrutura PNS 2021-2030”, acompanhada de um “Conselho Consultivo” ligado à elaboração e execução do Plano e de uma “Comissão de Acompanhamento da elaboração e execução do PNS 2021-2030” envolvendo pessoas de diferentes setores.

Este instrumento de planeamento e orientação das políticas de saúde constitui-se, por um lado, como o primeiro do género que é pensado para um horizonte temporal mais longo, uma década, mas em que, por outro lado, é patente o enquadramento temporal em que é elaborado, nomeadamente no que se refere à preocupação com a pandemia de COVID-19 e suas consequências. O particular contexto temporal deste Plano Nacional de Saúde leva a

responsável da Direção-Geral da Saúde, à data Graça Freitas, a falar até, citando Edgar Morin, “num mar de incertezas, entre arquipélagos de certezas” (DGS, 2021, p. 18).

Em termos de inspiração externa, se no caso do PNS 2012-2020 era marcado o alinhamento com a Estratégia 2020 da OMS para a Europa, no caso do PNS 2021-2030 a saúde sustentável é o principal enfoque, em linha com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, da ONU. O processo subjacente à sua elaboração é tido como “participativo, cocriativo, estruturado e integrador que, partindo da identificação conjunta das principais necessidades e expectativas de saúde da população residente em Portugal, seleciona as estratégias de intervenção mais adequadas”. Participaram na elaboração deste PNS mais de cem *stakeholders*, “num processo de cocriação” que envolveu “diferentes setores e a sociedade civil, do nível nacional ao subnacional” (DGS, 2021, p. 21).

Numa marca característica da NPG, este PNS 2021-2030 reconhece que as respostas aos problemas de saúde devem levar em conta a multidimensionalidade dos problemas de saúde e seus determinantes, bem como as múltiplas interações e relações de potenciação e interdependência. As abordagens multidimensionais à saúde são defendidas, até com base na complexidade dos problemas de saúde e seus determinantes, com a pandemia de COVID-19 a ser apresentada como exemplo da importância de estratégias para uma intervenção interdependente e integrada. De referir que na segmentação de *stakeholders* a envolver, o PNS 2021-2030 identifica explicitamente as Misericórdias, bem como o setor social, simultaneamente como públicos-alvo e destinatários do próprio PNS.

A elaboração do documento partiu de um diagnóstico global da saúde da população portuguesa, com identificação dos problemas de saúde e seus determinantes, além das necessidades de saúde. É defendida uma abordagem integrada às doenças, sejam de elevada ou baixa magnitude, transmissíveis ou não transmissíveis. Partindo dos problemas identificados e da consulta de peritos, foram realizadas projeções e prognósticos que dão justificação aos objetivos delineados para 2030. As linhas de orientação estratégica e as estratégias de intervenção a implementar pela sociedade, em diferentes setores da saúde e setores externos à saúde, a nível nacional e local, advêm das necessidades de saúde identificadas.

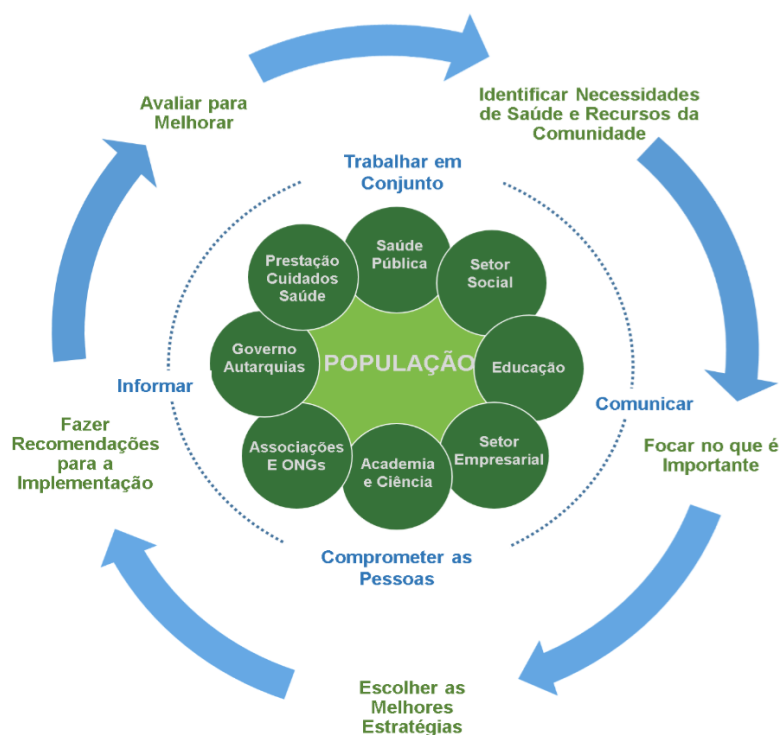
A abordagem metodológica mista, que foi seguida para a elaboração deste PNS, permitiu recolher e integrar dados de natureza quantitativa e qualitativa, além de possibilitar um conhecimento das perceções dos diversos agentes interessados nas necessidades e expectativas de saúde (DGS, 2021, p. 34).

São sinalizados desafios à implementação do PNS, como: a recuperação social, económica e de saúde; a crise climática; a crise energética; o agravamento das desigualdades sociais; as sindemias; a crise de valores e de confiança. Mas também se apontam oportunidades como: o reforço das redes formais e informais de suporte social, quer a nível global, quer local, sendo até dado o exemplo da identificação de pessoas idosas isoladas, área, diga-se, em que o setor social tem desempenhado importante papel; a transição climática; a transição digital; a inovação, a cocriação e o trabalho de colaboração da comunidade científica, como o que aconteceu no desenvolvimento de vacinas contra a COVID-19 em tempo record; e a oportunidade para a redução da pobreza e das desigualdades, por via da operacionalização e cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

A Figura 3, adaptada do Institute of Population Health (2014) pelo PNS 2021-2030, sumariza a lógica de planeamento em saúde de base populacional inerente à elaboração do mesmo.

Figura 3

Ciclo de Planeamento Estratégico em Saúde de base populacional



Nota: consta da pág. 33 do PNS 2021-2030

Na mesma, é visível a importância dada à participação e envolvimento de múltiplos agentes na definição das políticas de saúde, de entre os quais o Setor Social, as Associações e NGO, a ênfase no trabalho em conjunto, no comprometimento das pessoas, com vista à escolha das melhores estratégias, e a aposta na avaliação da implementação do Plano com vista à melhoria.

Neste PNS é enfatizada a importância do planeamento em Saúde, da avaliação de políticas, também aos níveis regional e local e da articulação dos Planos Regionais e Locais de Saúde com o PNS. A ligação entre diferentes setores, o envolvimento de múltiplos setores, a dimensão multinível, nacional, regional e local, traços característicos da NPG, são muito focados.

Este PNS é também inspirado e influenciado pelo trabalho da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico na definição de bases para a construção de políticas visando os objetivos de desenvolvimento sustentável e no enfoque dado à ação conjunta de toda a sociedade e todo o governo, bem como ao envolvimento de todos os níveis, do nacional ao local, ou ao envolvimento transversal das áreas política, social, económica e ambiental, onde

são patentes, igualmente, marcas típicas de um modelo de administração pública assente na governança de redes.

O quadro seguinte sintetiza as marcas do atual PNS, colocando-o em perspetiva com o anterior.

Quadro 13 - Linhas de continuidade e inovação no PNS 2021-2030

PNS 2021-2030 <i>versus</i> PNS 2012-2020	
Traços comuns	Traços distintivos
Modelo de coprodução associado à saúde	Influenciado pelo contexto pandémico de COVID-19 em que foi desenhado
A utilização do Plano como instrumento de alinhamento e de governação com uma abordagem que não é só do Ministério da Saúde, mas de “todo o governo” e não apenas do setor da saúde, mas de “toda a sociedade”	O enfoque dado a novas tipologias de problemas de saúde, mesmo que atualmente de baixa magnitude
Um reforço da tónica em se articular o PNS com o planeamento a outros subníveis (em particular, o local), e designadamente com os Planos Locais de Saúde	Investimento a canalizar para a transição digital, a aposta na construção e valorização de um sistema de informação de saúde e de um melhor alinhamento de agendas das comunidades académica, científica, e entidades financiadoras
A ideia de que a implementação das políticas de saúde não incumbe apenas ao setor, mas que as ações devem ser concretizadas, articuladas e desenvolvidas por todos, a nível individual e coletivo, desde governo, autarquias, comunidades, cidadãos	Enfoque na necessidade de um “Pacto Social para a Década”, focado na sustentabilidade e redução de iniquidades, que integre e harmonize as necessidades de saúde, desenvolvimento económico, preservação ambiental, com agentes da saúde e externos

Fonte: elaboração própria

6.2.3. A Saúde no Memorando de Entendimento | 2011-2014

Na sequência da crise financeira que teve como primeiro grande sinal, em setembro de 2007, a queda do Northern Rock no Reino Unido, a que se seguiu, em 2008, a crise do *subprime* nos Estados Unidos com, entre outros episódios, a falência das entidades de crédito hipotecário Fannie Mae e Freddie Mac, a queda do Lehman Brothers, a injeção maciça de capital em diversas entidades do setor bancário e segurador, desencadearam-se ondas de choque que

percorreram os mercados financeiros e a tiveram implicações no refinanciamento da dívida de vários países.

Uma situação de pré-bancarrota e a necessidade de recorrer a um pacote de financiamento externo, a cargo da Comissão Europeia, Banco Central Europeu e Fundo Monetário Internacional, levou Portugal a negociar e subscrever o “Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica”, a 17 de maio de 2011.

Desse compromisso constavam objetivos específicos e medidas de política para cada um dos setores de governação.

No caso do setor da Saúde, as reformas a que Portugal se comprometeu evidenciavam como prioridades um foco na eficiência e eficácia do sistema de saúde, controlo de despesa, uso mais racional de recursos, redução de custos a nível hospitalar (Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica [MoU], 2011).

As 53 medidas a implementar no setor da saúde dividiam-se por 8 categorias principais: financiamento; definição de preços e comparticipação de medicamentos; prescrição e monitorização de prescrições; setor farmacêutico; compras e aprovisionamento centralizado; cuidados de saúde primários; serviços hospitalares; e, finalmente, serviços transversais (MoU, 2011).

Sob o ponto de vista do paradigma de administração pública subjacente às medidas do Memorando para o setor da saúde estão patentes características da NPM, mas também da NPG.

Analisando, uma a uma, as medidas constantes do Memorando à luz de uma eventual especificidade para o setor social, pode constatar-se não existirem medidas que visem especificamente esse setor mas que, boa parte delas, sendo transversais a todo o sistema de saúde, também trouxeram implicações para o mesmo.

Um exemplo disso, em termos de medidas globais com impacto transversal, é o compromisso de decréscimo de 10% em meios complementares de diagnóstico e terapêutica em 2011 e 10% adicionais em 2012 (medida 3.66).

De destacar, em particular, por ter a ver com a rede de prestação de cuidados hospitalares, a medida 3.72 relativa à reorganização e racionalização da rede por via de uma “especialização e da concentração de serviços hospitalares e de urgência e da gestão conjunta dos hospitais” (MoU, 2011). Esse enfoque traz implícita a redução de custos e aumento de eficiência, marcas de influência da NPM, e pode ser um dos fatores que, mais à frente, levou ao plano de desnacionalização das unidades hospitalares das Misericórdias. Abre-se aqui um parêntesis para referir que nesta medida se objetivava uma redução de pelo menos 5% nos custos operacionais dos hospitais. No caso das unidades devolvidas à gestão do setor social, a redução de custos prevista na contratualização do Estado com as Misericórdias respetivas apontava para uma redução de pelo menos 25% dos encargos do Estado (conforme Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro).

Se as orientações que visam a eficiência, o controlo, a melhoria da qualidade de gestão, remetem para dimensões típicas do paradigma da NPM, do Memorando também constam caminhos e metas relativos ao relacionamento interorganizacional, à relação e cooperação entre Administração Pública e organizações do setor privado e social, no que também se evidenciam características da NPG.

6.2.4. A Saúde no Programa do XIX Governo Constitucional | 2011-2015

As medidas constantes do Programa de Governo procuravam, em grande parte, dar resposta aos compromissos internacionais vertidos no Memorando de Entendimento e agrupavam-se nas seguintes categorias: qualidade e acesso efetivos aos cuidados de saúde; regulação do setor; linhas de orientação clínica; acreditação dos serviços do SNS; sustentabilidade económica e financeira do sistema de saúde; melhorar o desempenho e aumentar o rigor da gestão nas unidades públicas de saúde; política do medicamento; maior protagonismo dos cidadãos na utilização e gestão ativa do sistema; melhorar a informação e o conhecimento do sistema de saúde; aprofundar a cooperação no domínio da saúde com a CPLP.

No documento, o Governo defendia que:

o processo de mudança integra medidas de racionalização das despesas, iniciativas de contenção de custos e de melhoria de eficiência da organização dos prestadores e dos recursos utilizados na prestação de cuidados de saúde com o intuito de reforçar, no médio prazo, a sustentabilidade financeira do SNS, com definição clara da função de regulação e financiamento. (p. 73)

Além destas medidas, que *per se* podem configurar um alinhamento com características do NPM, o resgate do SNS de um possível colapso económico e financeiro, o aumento da qualidade sem prejuízo do acesso, o aumento da eficiência, eram identificados como prioridades.

No final do período de ajustamento, 17 de maio de 2014, no balanço das medidas executadas salientava-se: o reforço da oferta de cuidados de saúde primários, a reestruturação da rede de oferta de serviços hospitalares, o aumento da eficiência operacional das unidades e do controlo de custos nos serviços prestados, a reforma da política do medicamento, medidas de aumento da transparência como a divulgação mensal de resultados das unidades hospitalares em diversos indicadores ou a obrigatoriedade de prescrição eletrónica em medicamentos e MCDT e reforço da conferência de faturas; a redução do montante de pagamentos em atraso no setor (Governo de Portugal [GP], 2014).

No final da legislatura, outubro de 2015, salientava-se: ao nível da reforma hospitalar, resultados como a introdução de um sistema de referência internacional de preços no medicamento hospitalar, o aumento da taxa de cirurgia de ambatório, o lançamento da Rede Nacional de Cuidados Paliativos, a aposta na criação de normas de orientação clínica e auditoria às mesmas, o desenvolvimento da plataforma de dados em saúde, a inclusão dos hospitais EPE no perímetro de consolidação orçamental da Administração Central e a retirada dos mesmos de situação de falência técnica; ao nível dos cuidados de saúde primários, resultados como mais 650 mil utentes com médico de família, criação de 143 unidades de saúde familiar e 101 unidades de cuidados de saúde personalizados, isenção de taxas moderadoras até aos 18 anos; ao nível da política do medicamento, resultados como a

aprovação de 23 novas substâncias ativas para utilização hospitalar, a comparticipação em ambulatório de 22 novas moléculas, a redução desde 2010 do preço médio de venda de medicamentos ao público em 27% e do preço de medicamentos genéricos em 53%, a criação do Sistema Nacional de Avaliação das Tecnologias de Saúde (Monteiro et al., 2015).

Na área da promoção da saúde e prevenção da doença, iniciativas como a inclusão no plano Nacional de Vacinação da vacina pneumocócica, a vacinação gratuita da gripe para maiores de 65 anos, a proibição de *smartshops* (drogas); a passagem da carga horária dos trabalhadores do SNS de 35h para 40h permitiu um aumento da capacidade assistencial, a par com a contratação de 7 mil médicos e 4500 enfermeiros.

6.2.5. A Saúde no Programa do XX Governo Constitucional | 2015

O XX Governo Constitucional teve a duração mais curta da democracia constitucional em Portugal. A coligação “Portugal à Frente”, constituída por PSD e CDS, venceu as eleições legislativas de 4 de outubro de 2015, mas acabou por não ver aprovado o seu Programa de Governo, mediante uma maioria de deputados de PS, BE, PCP, PEV e PAN.

No Programa de Governo entregue a 6 de novembro e discutido em 9 e 10 de novembro de 2015, para a área da Saúde, com o título “Saúde moderna, competitiva e com liberdade de acesso”, elencavam-se medidas características do paradigma da NPG como: a aposta na regulação, visando “total transparência entre setores prestadores, sejam eles públicos, privados ou do setor social”. A procura do envolvimento de outros agentes para a concretização das metas, bem como o enfoque na prestação de cuidados a “pessoas mais vulneráveis”, como aquelas com deficiência, mais jovens, mais idosas, é patente em medidas como a promoção do “combate ao isolamento e a proximidade no atendimento, atuando prioritariamente nos locais de residência, levando os cuidados a quem deles precisa, com a colaboração das famílias, IPSS e Câmaras Municipais”.

Por um lado, se se visava “promover a plena utilização da capacidade do SNS para cirurgias e generalizar o uso de cirurgia de ambulatório quando indicada”, por outro lado, contava-se com o envolvimento das organizações do setor social e do setor privado para “reforçar a rede

nacional de cuidados continuados integrados em todas as suas tipologias, com destaque para a saúde mental, incluindo as demências” e corrigir “assimetrias ainda existentes”.

Referência, igualmente, para a vontade de “fomentar o estabelecimento de uma comunidade direcionada para a inovação e para a investigação, envolvendo o Estado, a sociedade civil, a academia e a indústria, apostando em centros nacionais de alta diferenciação enquanto elementos especializados da rede europeia”, numa lógica de envolvimento também típica da NPG.

6.2.6. A Saúde no Programa do XXI Governo Constitucional | 2015-2019

A aposta na rede de cuidados continuados integrados “para chegar ao domicílio dos idosos e dependentes integrada com a rede de ação social” merece nota específica quanto ao “esforço conjunto com as organizações do terceiro setor e o setor privado, com especial incidência nos grandes centros urbanos” para a concretização do reforço em todas as tipologias conforme objetivo apontado.

A exemplo de governos anteriores volta a estar referenciada no programa de Governo a questão do papel do Estado na área da saúde, defendendo-se uma “clarificação das funções de acionista, financiador, regulador e prestador dentro do SNS, terminando com as ambiguidades derivadas de sobreposições de várias funções”.

No final da legislatura o Governo considerou ter concretizado, entre outras medidas de destaque: a redução do valor de taxas moderadoras e aumento do número de transportes não urgentes de doentes; mais 600 mil portugueses com médico de família atribuído; contratação de mais 1800 médicos especialistas e 4400 enfermeiros; reforço de cobertura dos cuidados de saúde primários nas áreas da saúde oral, saúde visual, consulta de cessação tabágica e meios complementares de diagnóstico (GP, 2019).

6.2.7. A Saúde no Programa do XXII Governo Constitucional | 2019-2022

De continuidade com o anterior, o executivo socialista assume no programa do XXII Governo medidas como a duplicação do “ritmo de investimento nas respostas de cuidados continuados

integrados, garantindo a disponibilização de mais camas de internamento e a implementação de todas as tipologias previstas na rede até ao final da legislatura”, em articulação com o setor social; incentivar boas práticas nas unidades de cuidados primários e hospitalares; melhorar as respostas públicas de cuidados domiciliários; “dinamizar o cluster da saúde, estimulando a inovação e criando condições para alavancar soluções de assistência à autonomia no domicílio, em estreita ligação com a Segurança Social”; “promover respostas de saúde e bem-estar integradas e inteligentes, através da aposta na cooperação entre o SNS e a Segurança Social”; reforçar a rede de equipamentos e serviços e criar “modelos intermédios de apoio, que respeitem a autonomia potencial das pessoas, mas garantam redes de acompanhamento, quer de proximidade, quer de contacto à distância, combinando os modelos formais com os cuidados informais”.

A valorização do “contributo da economia social” e o “trabalho em conjunto com as organizações” é apontada como objetivo, assumindo-se, até, a necessidade de “consolidar uma trajetória de parceria que tem já uma longa tradição”.

Esses desideratos consubstanciam-se em medidas onde se podem identificar características da NPG mas também da NPM como: modernizar, simplificar e agilizar os instrumentos de regulação da economia social, em estreito diálogo social com os diferentes setores que a compõem; desenvolver um programa de formação e capacitação para dirigentes de entidades da economia social; criar uma rede de incubadoras sociais, que favoreçam o nascimento e acompanhamento de novos projetos da economia social, de modo a promover o seu dinamismo e rejuvenescimento; criar incentivos à inovação social e à exploração de tecnologias que coloquem o cidadão no centro da decisão; estimular dinâmicas de medição dos impactos sociais das iniciativas da economia social, de modo a valorizar os resultados da sua intervenção.

6.2.8. A Saúde no Programa do XXIII Governo Constitucional | 2022-2024

Estruturado em torno de quatro prioridades, o programa apostava: na execução das medidas que estavam previstas na proposta de Orçamento do Estado para 2022; em continuar a “crescer acima da média europeia, durante os próximos 4 anos”; na habitação acessível e na

“Agenda para o Trabalho Digno”; em investir e melhorar a qualidade da prestação de serviços, designadamente ao nível da Educação e Saúde.

No que se refere às principais medidas da área da saúde, com interseção com o setor social, o Governo propunha-se promover o alargamento e requalificação da rede de equipamentos destinados às pessoas idosas, a formação de profissionais das estruturas residenciais para prestação de cuidados à demência, e reforçar a articulação entre a saúde e a segurança social para um melhor acompanhamento da terceira idade, através de planos individuais para cada paciente.

Ao nível da promoção da saúde e da prevenção da doença, o Governo propunha-se melhorar a organização e articulação dos serviços de saúde pública, criando mecanismos de maior integração entre as estruturas do SNS, a Proteção Civil, o setor social e os atores da sociedade civil com intervenção direta e indireta na saúde. Ao mesmo tempo que defendia a aposta no investimento no SNS, o Governo afirmava que a resposta às necessidades de saúde não podia ser feita dispensando “a necessária articulação com os setores privado e social”.

A prestação de cuidados de saúde, reabilitação e apoio social a pessoas em situação de isolamento ou com elevada dependência, nomeadamente a idosos e pessoas em idade ativa com patologia mental, eram também medidas propostas ao nível dos serviços de proximidade. A desinstitucionalização de doentes dos hospitais psiquiátricos e ordens religiosas para respostas residenciais bem como o alargamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados na área da Saúde Mental eram apresentados como objetivos.

A implementação de Sistemas Locais de Saúde promovendo uma maior participação e melhor colaboração das instituições que contribuem para a melhoria da saúde das populações e reduzir desigualdades era igualmente uma medida de destaque.

6.2.9. A Saúde no Programa do XXIV Governo Constitucional | 2024

Sem prejuízo da transversalidade de várias medidas, de diferentes pilares, dois dos pilares afiguram-se como particularmente relacionados com a atividade do setor social e solidário: o que se refere ao combate às desigualdades sociais e visa proteger os mais vulneráveis,

garantindo a qualidade dos serviços públicos e a coesão social; também o que se refere a um Estado mais eficiente que assegura serviços públicos com mais acesso. Em termos de desafios o documento identifica o envelhecimento demográfico e a baixa natalidade, e propõe uma ação conjunta entre serviços sociais e de saúde, uma resposta multinível - do Governo central às autarquias - e o envolvimento dos setores público, social e solidário e privado para melhor os abordar.

Visando o envelhecimento ativo, é assumido como objetivo o incentivo ao voluntariado sénior, algo que também se correlaciona com o setor social cujos órgãos sociais e também as estruturas operacionais já hoje têm presença importante de voluntários. Outra interseção clara com o terceiro setor respeita ao serviço de apoio domiciliário, cujos serviços o Governo aponta como objetivo impulsionar, designadamente com reforço dos “cuidados médicos e de enfermagem, psicologia, fisioterapia, estimulação cognitiva, sensorial e motora, bem como o apoio à atividade quotidiana, como o acompanhamento ao supermercado, farmácia e transporte”.

Aponta como objetivo alargar o número de vagas comparticipadas nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e a criação de modelos que visem a sustentabilidade financeira das instituições do setor social e solidário. Uma maior previsibilidade e transparência nas relações entre Estado e setor social são identificadas no Programa como uma necessidade a atingir. Noutra referência à área social, o Governo propõe-se apoiar o setor também face às questões que advêm da descentralização das competências sociais do Estado para as autarquias.

Faz parte do Programa estabelecer novos acordos ao nível de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica com instituições habilitadas para o efeito, assim como é expresso o objetivo de “ligar as estruturas de saúde aos idosos que estão a ser acompanhados em respostas sociais”. A necessidade de respostas que conjuguem a vertente de saúde com a vertente social encontra também alusão ao objetivo de garantir que as respostas aproveitam “as novas possibilidades que a tecnologia, os dados e a inovação em saúde hoje têm”.

Num outro objetivo que encontra afinidades com ações desenvolvidas pelas Misericórdias na área social e de saúde é apontado o combate ao isolamento social e à solidão como prioridades do Programa Nacional para a Saúde Mental. A criação de um Programa de Saúde

Prioritário para as Demências e a implementação da Estratégia para as Demências, já aprovada em 2018, são também medidas constantes deste Programa. Propõe-se também atuar na capacitação das instituições no sentido de darem impulso a “respostas inovadoras que privilegiem a autonomia, o apoio domiciliário e o papel dos cuidadores informais, em detrimento da institucionalização dos utentes”.

Também na área da saúde e com interseção com a área social, o Governo defende o envolvimento das autarquias e de todas as instituições públicas, privadas e sociais com atuação a nível local no sentido de melhorar a rede de cuidados primários de proximidade. Há uma referência explícita à Constituição da República, no que ao acesso universal a cuidados de saúde concerne, no sentido de defender o aproveitamento da capacidade instalada do Sistema de Saúde e a articulação com o setor social sem fins lucrativos e também com o privado, assente num modelo de contratualização que vise a “eficiência e qualidade da resposta de saúde aos cidadãos”, mas que também contribua para o investimento no setor. Nessa linha, é apontada como meta a abertura de unidades de Cuidados Continuados de 2ª geração e de novas unidades de Cuidados Paliativos, a abertura de projetos piloto de USF modelo C - que podem envolver o setor social -, bem como o reforço das equipas multidisciplinares de profissionais que servem estas unidades “através de contratos-programa plurianuais entre o SNS e as Misericórdias, IPSS e demais setor social”.

6.3. O Estado e as Misericórdias

6.3.1. Relação entre o Estado e as Misericórdias na saúde: acordos

Tem-se vindo a recorrer à negociação de acordos com entidades do setor social e privado, em regime de complementaridade, para o desenvolvimento de “atividades e serviços de prestação de cuidados aos utentes do SNS, numa perspetiva de continuidade dos cuidados e de proximidade à comunidade” (Ministério da Saúde [MS], 2020, p.154). Os programas especiais de redução de listas de espera (Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia), o “cheque-dentista”, os acordos relativos a cuidados continuados integrados, cuidados paliativos, cuidados hospitalares, são disso exemplo.

No pós-25 de abril de 1974, algumas datas e documentos merecem destaque ao nível da relação Estado-Misericórdias, conforme o Quadro 14 evidencia:

Quadro 14 - Participação do setor social no sistema de saúde no período democrático

Linha do tempo	Marco cronológico
1974	Instituições do setor social representavam o pilar da prestação de cuidados de saúde
1975	Nacionalização dos hospitais “concelhios e distritais”, dos quais a maioria pertencentes ao setor social, designadamente às Santas Casas da Misericórdia, através do Decreto-Lei n.º 618/75, de 11 de novembro
1980	Participação das Misericórdias nos cuidados de saúde através de acordos de cooperação com o SNS, através do Despacho n.º 48/80, de 12 de setembro, do Ministro dos Assuntos Sociais
1990	Base II da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, relativamente à política de saúde da Lei de Bases da Saúde Base XXXVII da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, relativamente à gestão de hospitais e centros de saúde
1993	Artigo 6.º (relativo a centros de saúde) do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro (estatuto do Serviço Nacional de Saúde) Artigo 7.º (relativo a contratos e convenções) do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro (estatuto do SNS) Artigo 35.º (relativo à cooperação entre o SNS e instituições ou serviços de segurança social) do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro (estatuto do SNS)
1998	Artigo 3.º (relativo às definições de convenção) do Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de abril (regime de celebração das convenções)
2013	Definição das formas de articulação do Ministério da Saúde e estabelecimentos e serviços do SNS com as instituições particulares de solidariedade social e estabelecimento do regime de devolução dos Hospitais que foram integrados no setor público às Misericórdias de origem, através do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro
2019	Celebração de acordos em caso de necessidade: Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro

Fonte: Elaboração própria a partir de Nunes (2021)

Nos diplomas acima referidos estão compreendidas as possibilidades de prestações de cuidados de saúde sob gestão do setor social ao nível de centros de imagiologia, centros de medicina física e de reabilitação, consultórios médicos, medicina dentária, unidades de hemodiálise, unidades de cuidados continuados integrados e paliativos.

Fazendo referência mais detalhada ao Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, nomeadamente no seu artigo 2.º, a celebração de acordos com o setor social ocorre tipicamente através das seguintes modalidades:

- Acordos de gestão - tendo por objetivo a “gestão de um estabelecimento do SNS”.

-
- Acordos de cooperação - tendo por objetivo a “integração de um estabelecimento de saúde pertencente às IPSS no SNS, o qual passa a assegurar as prestações de saúde nos termos dos demais estabelecimentos do SNS”.
 - Convenções - tendo por objetivo a “realização de prestações de saúde pelas IPSS aos utentes do SNS através de meios próprios e integração na rede nacional de prestação de cuidados, de acordo e nos termos do regime jurídico das convenções”.

Nesses acordos verificam-se um conjunto de termos ou normas comuns a cada processo de contratação:

- no referente às partes: parceiros do setor social (a própria instituição ou representada por uniões, federações ou confederações) e a respetiva ARS (quando acordos de âmbito regional) ou ACSS (quando de âmbito nacional).
- no referente aos princípios: respeito pelas regras do Serviço Nacional de Saúde.
- no referente às orientações técnicas do Ministério.
- no referente à prestação de dados no âmbito do controlo e acompanhamento de execução dos termos dos acordos.
- no referente à necessidade de demonstração das mais-valias desses acordos em termos de economia, eficiência, eficácia e sustentabilidade financeira (análise custo-benefício).
- no referente à necessidade de rentabilização de meios existentes e promoção de boa articulação entre as partes (Artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro).

Também ao nível dos conteúdos é possível encontrar padrões comuns, designadamente em termos dos seguintes aspetos:

- levantamento das necessidades.

-
- volume de produção contratualizada.
 - regras de referenciação e acesso.
 - direitos e obrigações que cabem a cada uma das partes.
 - requisitos de qualidade e segurança.
 - meios afetos (humanos e materiais).
 - critérios de fornecimento do serviço.
 - normas de monitorização e controlo do acordo, bem como obrigações de reporte de informação.
 - garantia de interoperabilidade (sendo possível, utilização de sistemas de informação e comunicação adotados no SNS).
 - níveis de serviço.
 - valores envolvidos, regras de faturação, penalizações por incumprimento, pagamento, transferências e acerto de contas (conforme o artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, relativamente ao conteúdo dos acordos).

Igualmente, encontram-se padrões comuns ao nível da duração, prevista para cinco anos, com possibilidade de renovação automática, e produção a realizar definida a cada ano (Artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro).

E, finalmente, ao nível da monitorização, a cargo das entidades contratantes (ARS e ACSS), em termos de avaliação da qualidade e da acessibilidade dos utentes do SNS, de fiscalização e de realização de um relatório anual sobre o acompanhamento e a avaliação (Nunes, 2021).

6.3.2. Relação entre o Estado e as Misericórdias na saúde: outros compromissos

Em 27 de março de 2010, foi assinado um protocolo entre o Ministério da Saúde e a União das Misericórdias Portuguesas, colocando os hospitais das Misericórdias abrangidas, segundo a imprensa de então, “em pé de igualdade com os outros hospitais públicos que integram o SNS”. Os utentes que optassem pelos hospitais dessas Santas Casas de Misericórdia passavam a pagar apenas a taxa moderadora como em qualquer hospital do SNS. Segundo a Ministra da Saúde, Ana Jorge, o acordo possibilitava, “nalgumas áreas em que o setor é carente”, responder às necessidades da população e do SNS, dando como exemplo o sistema integrado de gestão de inscritos em cirurgia ou das consultas externas de diagnóstico e tratamento da retinopatia diabética (Lusa, 2011). Este protocolo conferia às administrações regionais de saúde a possibilidade de estabelecerem acordos de cooperação com as unidades de saúde das Misericórdias para onde seriam enviados os utentes para os quais o SNS não assegurava resposta atempada em áreas como cirurgia ou consultas (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2010).

Nesse seguimento, em 2011, os acordos estabelecidos contemplavam a realização de entre 15 a 25 mil cirurgias e mais de 100 mil consultas de especialidade, em especialidades como oftalmologia, dermatologia, otorrinolaringologia e cirurgia vascular, segundo a Ministra Ana Jorge. A governante afirmava: “são especialidades em que existem algumas carências reais de falta de recursos médicos” e com estes acordos é possível “maior eficácia, maior eficiência e mais cuidados de saúde à população”. “Ao aumentarmos capacidade de resposta aos cidadãos, reduzimos ainda mais os tempos de espera, quer nas consultas, quer nas cirurgias” (Diário de Notícias [DN], 2011).

Os hospitais envolvidos, à altura, eram os das Santas Casas de Misericórdia de: Esposende, Fão, Felgueiras, Lousada, Marco de Canaveses, Póvoa de Lanhoso, Riba de Ave, Vila do Conde e Vila Verde, a Norte; o hospital da Misericórdia da Mealhada, no Centro; e os hospitais das Misericórdias de Benavente e Entroncamento, em Lisboa e Vale do Tejo (DN, 2011).

Em 2015, acordos de natureza semelhante foram assinados com oito Misericórdias da região Norte, num valor total de 125 milhões de euros a executar em 5 anos. Prevvia-se a realização

de 91 mil consultas externas e 13300 cirurgias em especialidades como a cirurgia geral, plástica, oftalmologia, otorrinolaringologia e urologia. Este acordo previa ainda, nas palavras do presidente do conselho diretivo da administração regional de saúde do Norte, Álvaro Almeida, “um vasto leque de meios complementares de diagnóstico e terapêutica e o acesso a serviços de atendimento permanente em horários complementares ao funcionamento dos centros de saúde locais” (Público, 2015).

Em novembro de 2020, através de cerimónia pública de assinatura de acordos com 10 Misericórdias, após aprovação de Resolução do Conselho de Ministros, o Governo anunciou a renovação de oito acordos existentes com Misericórdias da região Norte e a celebração de dois novos acordos com o objetivo de dar resposta ao aumento da lista de espera para cirurgias no SNS e aumentar a oferta em áreas carenciadas (GP, 2020).

Esses acordos previam também que dois dos Hospitais contemplados entrassem de imediato no atendimento a doentes portadores de COVID-19, enquanto outros três Hospitais, de um total de dez, se concentravam em ajudar a dar resposta a doentes não-COVID cuja resposta não estava a ser assegurada por outros hospitais do SNS (UMP, 2020).

O acordo, no valor global de 33 milhões de euros, válido em 2020 e 2021, contemplava a realização de mais de 80 mil consultas e 13 mil cirurgias. Na ocasião, o Primeiro-Ministro, António Costa, manifestou vontade em alargar a parceria:

Apelo a todos que se inspirem neste exemplo para que o possamos multiplicar. Há 400 Misericórdias no País, por isso há mais 390 às quais podemos alargar este protocolo e desenvolver este trabalho em parceria, porque juntos teremos mais força para enfrentar este vírus que é um desafio fundamental para a sobrevivência de cada um de nós e do conjunto da sociedade. (GP, 2020)

6.4. Nacionalização e desnacionalização de unidades hospitalares

Concluindo a caracterização do objeto de estudo, dedica-se um subcapítulo à nacionalização e desnacionalização de unidades hospitalares de Santas Casas da Misericórdia. Começa-se por um enquadramento sobre o Estado e os hospitais das Misericórdias no pós-25 de abril; abordam-se as especificidades dos acordos de devolução de hospitais; e, por fim, a caracterização de cada uma das unidades desnacionalizadas.

6.4.1. O Estado e os hospitais das Misericórdias

Quando se deu o 25 de abril de 1974, as Misericórdias detinham e geriam um hospital central, 25 hospitais distritais e 256 hospitais concelhios, 16 dos quais no distrito de Braga e 13 no de Viana do Castelo (Neves, 2011)

Ainda nesse ano, o Estado português anunciou a nacionalização da gestão de um conjunto de unidades hospitalares geridas por Santas Casas da Misericórdia, através do Decreto-Lei n.º 704/74, de 7 de dezembro, não aguardando pela apresentação de um estudo, a cargo de um grupo nomeado pela Secretaria de Estado da Saúde, acerca da integração dos estabelecimentos hospitalares das Misericórdias.

Já em 1975, o Ministério dos Assuntos Sociais, através do Decreto-Lei n.º 618/75, de 11 de novembro, procedeu à retirada de um conjunto de “hospitais concelhios” da respetiva tutela e gestão, passando-os para a esfera da gestão do Estado, regime que entraria em vigor após a “posse da respectiva comissão instaladora”, comissões essas a que o Decreto-Lei n.º 704/74 já fazia referência. O setor social, por via, entre outros, de um conjunto de unidades hospitalares de posse e gestão por Santas Casas da Misericórdia foi o principal alvo dessa política. Do conjunto de hospitais das Misericórdias, acabaram por permanecer na esfera das respetiva Misericórdia apenas os de Fão, Riba D’Ave e Marco de Canaveses⁶.

⁶ Dado que Fão e Riba D’Ave eram (e são) freguesias os respetivos Hospitais não se enquadravam na tipologia hospitalar a que o Decreto-Lei de nacionalização se referia, “Hospitais Concelhios”. Assim, as respetivas

No princípio dos anos 80, através do Decreto-Lei n.º 489/82 de 28 de dezembro, o Estado abriu a porta a reequacionar o papel das Misericórdias no Sistema de Saúde e a forma de articulação destas com o Estado, designadamente através de acordos de cooperação.

Nesse seguimento, a partir de meados da década de 80, através de vários despachos e portarias, foram encetadas novas formas de articulação entre o Estado e as Misericórdias com vocação para a prestação de cuidados de saúde, fosse através da celebração de acordos de cooperação, fosse mesmo através do reconhecimento na Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 48/90, de 24 de agosto (alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, e revogada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro) de um modelo de sistema de saúde que consagrava a complementaridade e o carácter concorrencial do setor privado e da economia social na prestação de cuidados (Bases XII, XXXVI, XXXVII, XXXVIII, entre outras).

Durante o período de vigência do Programa de Assistência Financeira a Portugal, através do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, o Ministério da Saúde veio, entre outras matérias relativas à articulação entre o Estado e instituições de solidariedade social:

Regular a forma de devolução dos hospitais pertencentes às Misericórdias que são atualmente geridos por estabelecimentos ou serviços do SNS, reconhecendo que as Misericórdias por si só, ou por via da sua União, aliam as exigências técnicas da prestação de cuidados de saúde, à sua vocação e tradição multisseculares, à ausência de fins lucrativos e à proximidade das populações, o que as torna importantes parceiros do Estado na área da saúde. (preâmbulo)

Os Hospitais de Fafe, Anadia e Serpa foram os primeiros a ser devolvidos à respetiva Misericórdia. Do plano de devolução acordado entre o Estado, através do Ministério da

Misericórdias mantiveram a propriedade e gestão dos seus Hospitais. No caso do Marco de Canaveses, o mesmo também acabou por não ser nacionalizado, dado que na publicação oficial do Decreto-Lei por parte da Imprensa Nacional Casa da Moeda um funcionário desta entidade, oriundo do concelho do Marco de Canaveses, expurgou de *motu proprio* o referido Hospital dessa listagem (Grupo Misericórdias Saúde, 2019).

Saúde, e as diferentes Santas Casas, representadas pela UMP, a implementar em três fases cronológicas, constavam os 27 Hospitais originariamente das Misericórdias ainda em funcionamento, alguns de dimensão apreciável como os integrantes do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim-Vila do Conde; o Hospital da Figueira da Foz, EPE; o Hospital Santa Maria Maior, EPE; ou mesmo o Centro Hospitalar do Porto (Hospital de Santo António). De referir que outros hospitais, dos inicialmente nacionalizados em 1974-75, foram sendo encerrados ao longo do tempo ou transformados em edifícios de outras tipologias, como Unidades de Cuidados Continuados ou Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas.

Já na segunda fase do processo de devolução, estando praticamente concluído o acordo relativo ao Hospital de Santo Tirso (Centro Hospitalar do Médio Ave) e ao Hospital de S. João da Madeira, em 2016, na vigência do XXI Governo Constitucional, o Estado, através do Ministério da Saúde, suspendeu a devolução dessas unidades hospitalares, decisão à qual não terá sido alheia, segundo a comunicação social, a pressão exercida por grupos políticos necessários à constituição de uma maioria parlamentar de suporte ao governo.

6.4.2. Acordos de devolução de hospitais: especificidades

Nos termos do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, nomeadamente da alínea a), do artigo 14.º, a devolução de hospitais à respetiva Misericórdia de origem, após o processo de nacionalização de 1974-1975, pressupunha que a celebração de um acordo implicasse a diminuição dos “respetivos encargos globais do SNS em, pelo menos, 25% relativamente à alternativa de prestação de serviços pelo setor público, sendo a valorização da produção a realizar de acordo com o modelo de financiamento aplicável aos hospitais E.P.E.”.

Assim, cada acordo de cooperação a celebrar foi precedido de um estudo, realizado pela respetiva ARS, que avaliou a sua eficácia, eficiência, economia e sustentabilidade (ACSS, 2014b). Por exemplo, no caso de Serpa, o estudo para avaliação do custo-benefício da devolução do Hospital de São Paulo à Misericórdia local, da responsabilidade da ARS-Alentejo, comparou os custos líquidos inerentes aos serviços assegurados nessa unidade antes da devolução com os putativos custos após devolução, na sequência do eventual Acordo de Cooperação. A poupança implícita nessa devolução era de 29%. Por outro lado, eram sublinhados nesse estudo os “ganhos em saúde provenientes da melhoria da acessibilidade

para os utentes, dado que haverá uma oferta de 9.300 consultas em 5 especialidades e, bem assim, a manutenção do serviço de atendimento de urgências 24/24h” (ACSS, 2014b).

De referir que neste caso, o único das unidades devolvidas que à altura do acordo de cooperação pertencia a uma Unidade Local de Saúde (ULS do Baixo Alentejo - ULSBA), o estudo da ARS-Alentejo passou por comparar os custos líquidos dos serviços prestados antes da devolução com os custos potenciais pós-devolução “resultantes do Acordo de Cooperação, somados do ganho adicional resultante da menor valorização das consultas no acordo de cooperação (Grupo de Financiamento A) face à valorização das consultas na hipótese das mesmas serem prestadas pelo Hospital de Beja (Grupo de Financiamento C)” (ACSS, 2014b).

Da análise aos acordos de cooperação ao abrigo dos quais se contratualizou a devolução de unidades hospitalares à gestão da respetiva Santa Casa da Misericórdia, constata-se ainda outras especificidades, designadamente no que se refere às partes.

No caso do Hospital São Paulo (Serpa), trata-se de um acordo tripartido estabelecido entre a SCM Serpa, a ULSBA e a ARS-Alentejo. Esse acordo de cooperação é precedido de um contrato de cessão de posição contratual, em que a segunda cede à primeira, com efeitos a 1 de janeiro de 2015, a posição contratual que detinha na gestão da Unidade de Convalescença (18 camas, acordo datado de 2 de janeiro de 2008) e da Unidade de Paliativos (6 camas, acordo datado de 23 de janeiro de 2014).

No caso do Hospital José Luciano de Castro (Anadia), o acordo de cooperação é igualmente tripartido, mas entre a SCM Anadia, a UMP e a ARS-Centro, uma vez que, conforme resulta das informações colhidas em várias entrevistas, a SCM Anadia fez questão que, por motivos de experiência e capacidade de gestão de unidades, a UMP também participasse na gestão corrente da unidade a devolver.

Quanto ao Hospital São José (Fafe), o acordo de cooperação para devolução dessa unidade hospitalar que fazia parte do Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE, é estabelecido entre a ARS-Norte e a SCM Fafe.

Em todos os acordos de devolução estabelecidos fica claro que o “estabelecimento de saúde pertencente à Misericórdia passa a integrar o Serviço Nacional de Saúde”. As “disposições gerais”, bem como os “princípios subjacentes ao acordo de cooperação”, os “deveres da Santa Casa da Misericórdia”, as “condições de acesso às prestações de saúde”, as “regras de informação e codificação”, os “requisitos de qualidade e segurança e critérios de fornecimento do serviço”, as “regras de monitorização e controlo dos acordos” são idênticos. Também é explícito nos três acordos que são aplicadas às unidades desnacionalizadas os mesmos indicadores “utilizados anualmente na contratualização dos serviços com os Hospitais EPE”.

O âmbito geográfico, bem como as áreas de prestação de cuidados de saúde e de realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica são distintos, também em função das especificidades de cada uma das unidades a devolver.

6.4.3. O Hospital São José (Fafe)

Construído com donativos de “brasileiros torna viagem” e à imagem do Hospital da Beneficência, que ainda hoje existe no Rio de Janeiro, foi inaugurado em 1863. Até 1975, altura em que foi nacionalizado e deixou de estar sob gestão da Misericórdia local, era o único serviço de saúde ao dispor da população (SCMF, 2021a).

Em 1990 foi alvo de obras de remodelação. Nessa altura, além de Fafe, prestava cuidados aos concelhos de Cabeceiras de Basto, Celorico de Basto e Mondim de Basto, em especialidades como Serviço de Urgência, Medicina Interna, Ortopedia, Cirurgia Geral e Medicina Física e de Reabilitação, desenvolvendo uma atividade clínica de proximidade e sendo considerado “Hospital Distrital” (SCMF, 2021b).

Com a criação de novos modelos de gestão de unidades hospitalares, em 2007, passa a integrar o Centro Hospitalar do Alto Ave (Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de Fevereiro) (SCMF, 2021b).

Através de acordo de cooperação celebrado em 14 de novembro de 2014 entre o Estado, através da ARS-Norte, e a Santa Casa da Misericórdia de Fafe, o hospital foi devolvido à gestão da Misericórdia local, com efeitos a partir de 1 de janeiro de 2015, continuando a

integrar o Serviço Nacional de Saúde. Atualmente, presta cuidados de saúde integrado no SNS e dependente da referenciação prévia por parte dos cuidados de saúde primários do Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Ave (que integra os centros de saúde de Cabeceiras de Basto, Fafe, Guimarães, Taipas, Vizela e Mondim de Basto) (MS, 2014a).

O acordo de cooperação surge na sequência do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, no qual o Estado refere que “as Misericórdias (...) aliam as exigências técnicas da prestação de cuidados de saúde à sua vocação e tradição multisseculares, à ausência de fins lucrativos e à proximidade das populações”.

No âmbito desse acordo tem vindo a ser contratualizado, ano a ano, entre a ARS-Norte e a SCMF o assegurar dos seguintes serviços:

- Em termos de consultas externas: Cirurgia Geral, Medicina Interna, Oftalmologia, Ortopedia.
- Em termos de cirurgia de ambulatório: Cirurgia Geral, Oftalmologia, Ortopedia.
- Episódios/atendimentos em urgência no Serviço de Urgência Básico.
- Meios complementares de diagnóstico e terapêutica: Imagiologia e Medicina Física e Reabilitação, através de requisição pelos cuidados de saúde primários (e não sendo considerados para efeitos do Valor Total do Acordo).
- Hemodiálise, tendo, também, a titularidade da respetiva licença de funcionamento sido transferida para a SCM Fafe.

Além dos serviços referidos, que constam do acordo de cooperação, o Hospital São José de Fafe dispõe ainda de: Unidade de Convalescença, Gastroenterologia, Laboratório de Patologia Clínica.

Em termos de consultas externas dispõe, ainda, de outras especialidades como: anestesiologia, cardiologia, ginecologia, medicina geral e familiar, otorrinolaringologia, pneumologia, psiquiatria, pedopsiquiatria.

Em termos de consultas de especialidades não médicas dispõe de enfermagem, nutrição, psicologia e terapia da fala.

A Farmácia faz atendimento comunitário (SCMF, 2021a).

A informação sobre a realidade económico-financeira e a atividade assistencial desta unidade hospitalar no período em análise é apresentada de seguida:

Quadro 15 - O Hospital São José (Fafe), no período 2010-2020

Ano	Gastos com Pessoal (€)	FSE (€)	CMVMC (€)	Vendas & Serviços Prestados (€)	Primeiras consultas	Consultas subsequentes	Internamentos	Atendimentos em Urgência	Cirurgias
2010	5.409.814	1.584.464	1.277.370	7.061.944	4.328	15.228	2.407	31.647	1.067
2011	4.627.127	1.311.837	926.990	4.530.236	4.061	15.410	1.080	30.426	1.730
2012	4.255.708	1.226.932	765.360	3.643.751	4.197	15.275	1.477	26.697	1.822
2013	4.154.779	1.142.127	611.127	3.376.189	3.525	14.097	1.080	26.794	1.698
2014	3.569.565	1.043.239	409.736	3.805.270	2.174	9.771	787	26.979	1.056
2015	1.535.102	850.089	305.121	3.194.572	5.624	3.007	271	32.357	1.584
2016	1.504.116	1.837.202	401.887	3.708.285	7.272	6.493	352	36.089	2.140
2017	1.561.385	1.588.546	353.304	3.540.155	6.732	6.131	366	33.374	2.006
2018	2.686.113	1.724.845	366.015	4.948.448	7.038	6.505	298	32.956	2.114
2019	2.618.221	1.861.662	484.323	5.729.147	5.705	6.339	568	31.062	2.649
2020	2.763.990	1.589.927	449.128	5.757.763	4.593	4.930	428	18.248	2.405

Fonte: Elaboração própria a partir de informação solicitada à ARS-Norte e à SCM Fafe

Sob o ponto de vista assistencial, vale a pena atentar nalgumas das informações que o quadro supra apresenta.

Ao nível do número de primeiras consultas de especialidade realizadas, quando comparado o período prévio à desnacionalização com o período posterior à desnacionalização, houve um aumento de 68,46%. Já no que se refere ao número de consultas subsequentes regista-se uma diminuição de 60,11%, quando se compara o período prévio à devolução com o período posterior à devolução do Hospital São José à Santa Casa da Misericórdia de Fafe.

Relativamente ao número de internamentos verificou-se uma diminuição de 72,15% quando se compara o período 2010-2014 com o período 2015-2020.

No que se refere ao número de episódios de atendimento em urgência, há a registar um aumento, no caso de 7,62%, entre o período prévio, sob gestão direta do SNS, e o período posterior à devolução da gestão desta unidade à respetiva Misericórdia de origem.

Também se verificou um crescimento de 45,78% no número de cirurgias efetuadas, quando se compara a média do número de cirurgias no período prévio à devolução do Hospital com a média do número de cirurgias no período imediatamente posterior à desnacionalização.

Em termos de rendimentos provenientes de vendas e serviços prestados, verificou-se uma diminuição de 8,4% do período prévio para o período posterior à devolução. Por outro lado, há uma diminuição significativa (50,72%) do custo das mercadorias vendidas e matérias consumidas quando comparado o período prévio com o período posterior à devolução. A diminuição dos gastos com pessoal, numa ordem de grandeza de 52%, e o aumento dos fornecimentos e serviços externos, em 36,36%, do período 2010-2014 para o período 2015-2020, são também nota de realce. De notar ainda que no referente à rubrica de fornecimentos e serviços externos o valor máximo registado no período 2010-2014 é inferior ao valor de qualquer um dos exercícios do período posterior à devolução do Hospital São José à Misericórdia de Fafe. Por outro lado, quanto à rubrica de gastos com pessoal nenhum dos exercícios posteriores à devolução regista valores superiores a qualquer um dos exercícios do período 2010-2014.

Informação adicional, nomeadamente sobre o número de camas e profissionais afetos a esta unidade hospitalar, além da percentagem de consultas realizadas dentro dos tempos máximos de resposta garantidos consta do quadro infra.

Quadro 16 - Informação adicional sobre o Hospital São José (Fafe)

Ano	Nº de camas	Nº de médicos	Nº de enfermeiros	Outros profissionais (AO, AT, TDT, TS, TSS, outros)	% de consultas dentro dos TMRG
2010	47	15	76	111	85
2011	25	14	74	104	41
2012	39	13	70	101	39
2013	25	13	59	90	81
2014	25	9	50	80	90
2015	54	59	23	84	100

2016	54	55	23	89	96
2017	54	58	23	89	100
2018	54	58	23	89	100
2019	54	66	32	82	100
2020	54	75	48	81	85

Fonte: Elaboração própria a partir de informação solicitada à ARS-Norte e à SCM Fafe

Deste quadro, quando se compara o período 2010-2014 com o período posterior à desnacionalização desta unidade hospitalar, regista-se um aumento do número de camas e do número de médicos, por um lado, e uma diminuição do número de enfermeiros e do número global de assistentes operacionais, assistentes técnicos, técnicos de diagnóstico e terapêutica, técnicos superiores e técnicos superiores de saúde, entre outros profissionais, por outro lado.

É ainda de realçar que houve uma melhoria importante do indicador de percentagem de consultas realizadas dentro dos tempos máximos de resposta garantidos, o qual passa de uma média de 67,2% para uma média de 96,83%.

6.4.4. O Hospital José Luciano de Castro (Anadia)

O Hospital José Luciano de Castro (Anadia) foi inaugurado em 1926, tendo sido a sua construção uma homenagem benemérita, a título póstumo, por parte da mulher e filhas de José Luciano de Castro, pessoa que, entre outras missões de serviço à causa pública, havia sido o fundador da Santa Casa da Misericórdia local (SCMA, 2021).

Após nacionalização, em 1975, o Hospital viria a ser novamente devolvido à gestão da Misericórdia mediante acordo de cooperação celebrado em 14 de novembro de 2014, com efeitos a partir de 1 de janeiro de 2015. Em 2016 foi alvo de obras de remodelação e expansão, em que a Unidade de Convalescença passou de 20 para 35 camas. Em 2017 foram requalificadas e ampliadas as instalações do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação. A partir de 2018 passou a estar habilitado a responder às necessidades do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SCMA, 2021).

Nos termos do acordo de cooperação celebrado em 14 de novembro de 2014, o Hospital José Luciano de Castro presta cuidados de saúde integrado no SNS e dependente da referenciação prévia por parte dos cuidados de saúde primários dos Agrupamentos de Centros de Saúde do Baixo Vouga (centros de saúde de Águeda, Oliveira do Bairro e Anadia) e Baixo Mondego (centros de saúde da Mealhada, Mortágua e Penacova) (MS, 2014).

No âmbito do acordo de cooperação existente, tem vindo a ser contratualizado, ano a ano, entre a ARS-Centro e a SCM Anadia, em parceria com a UMP, o assegurar dos seguintes serviços:

- Em termos de cirurgia ambulatória: cirurgia geral, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia e urologia.
- Em termos de consulta externa realizada por médico das especialidades: anestesiologia, cardiologia, cirurgia geral, dermatovenereologia, medicina interna, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pediatria e urologia.
- Meios complementares de diagnóstico e terapêutica: Imagiologia e Medicina Física e Reabilitação (como no caso do acordo de devolução do Hospital São José (Fafe), os valores resultantes de requisições que decorram da referenciação dos estabelecimentos e serviços de cuidados primários não são considerados no Valor Total do Acordo).

Além dos serviços acima descritos que constam do acordo de cooperação, o Hospital de Anadia dispõe ainda de Unidade de Convalescença.

Em termos de consultas externas dispõe, também, de outras especialidades como ginecologia-obstetrícia, medicina dentária, medicina geral e familiar, medicina interna, pneumologia, psiquiatria e radiologia.

Em termos de consultas de especialidades não médicas dispõe de nutrição, psicologia, psicoterapia e terapia da fala (SCMA, 2021).

A informação sobre a realidade económico-financeira e a atividade assistencial desta unidade hospitalar no período em análise é apresentada de seguida:

Quadro 17 - O Hospital José Luciano de Castro (Anadia), no período 2010-2020

Ano	Gastos com Pessoal (€)	FSE (€)	CMVMC (€)	Vendas & Serviços Prestados (€)	Primeiras consultas	Consultas subsequentes	Internamentos	Atendimentos em Urgência	Cirurgias
2010	3.341.471	1.176.585	222.325	5.289.651	6.774	9.681	495	0	855
2011	2.485.595	894.976	197.532	4.954.836	6.585	10.874	260	0	701
2012	2.614.487	687.655	198.388	4.826.302	5.866	9.618	260	0	700
2013	2.849.534	731.100	212.850	4.563.106	5.033	8.677	260	0	527
2014	2.795.656	591.231	141.524	4.122.068	4.320	7.086	260	0	473
2015	1.697.231	1.683.931	323.164	3.751.002	11.961	10.531	173	3.870	1.691
2016	1.500.848	1.671.219	254.384	3.998.878	7.128	11.077	186	3.242	1.278
2017	1.705.681	1.884.460	326.598	4.589.205	8.237	7.658	291	2.748	1.326
2018	1.723.331	1.928.200	352.366	4.804.599	7.569	7.839	316	2.759	1.507
2019	1.871.249	2.170.244	446.209	5.483.297	6.747	7.459	372	2.885	2.097
2020	2.043.005	1.868.504	394.364	5.135.720	5.423	5.640	224	984	1.590

Fonte: Elaboração própria a partir de informação solicitada à ARS-Centro e à SCM Anadia

Na dimensão de produção assistencial, algumas das informações constantes do quadro supra justificam uma referência particular.

Ao nível da média do número de primeiras consultas realizadas, quando comparado o período prévio à desnacionalização com o período posterior à desnacionalização, registou-se um aumento de 37,24%, particularmente relevante entre os anos 2015 e 2018. Já no que concerne à média do número de consultas de especialidade subsequentes regista-se uma diminuição de 8,9%, quando se compara o período prévio à devolução com o período posterior à devolução do Hospital José Luciano de Castro à Santa Casa da Misericórdia de Anadia.

Relativamente ao número de internamentos, quando se compara o período do Hospital José Luciano de Castro sob gestão direta do SNS com o período sob gestão da Misericórdia de origem, verificou-se uma diminuição de 15,2%.

No que se refere ao número de episódios de atendimento em urgência, importa referir que nos anos 2010-2014 a atividade registada foi nula, dado que em janeiro de 2008 o Ministério da Saúde havia procedido ao encerramento da urgência do Hospital de Anadia. Já sob gestão da Misericórdia local, a partir de janeiro de 2015, os números apresentados reportam-se à

atividade assistencial efetuada ao nível do serviço de atendimento permanente que passou a ser assegurado. Quanto ao número de cirurgias efetuadas, verificou-se um crescimento de 142,86%, quando se compara a média do número de cirurgias no período prévio à devolução do Hospital com a média do número de cirurgias no período posterior à devolução.

Relativamente a rendimentos provenientes de vendas e serviços prestados, verificou-se uma diminuição de 2,61% do período 2010-2014 para o período 2015-2020. Por outro lado, há uma diminuição de 79,68% do custo das mercadorias vendidas e matérias consumidas quando se compara o período prévio com o período posterior à devolução. A diminuição dos gastos com pessoal, numa ordem de grandeza de 37,64%, e o aumento dos fornecimentos e serviços externos, em 128,81%, do período pré para o período pós-desnacionalização, são também de mencionar. De notar, ainda, que no referente à rubrica de fornecimentos e serviços externos o valor máximo registado no período 2010-2014 é inferior ao valor de qualquer um dos exercícios do período posterior à devolução do Hospital José Luciano de Castro à Misericórdia de Fafe. Por outro lado, relativamente à rubrica de gastos com pessoal nenhum dos exercícios posteriores à devolução regista valores superiores a qualquer um dos exercícios do período prévio à mesma.

Informação adicional, designadamente sobre o número de camas e profissionais afetos a esta unidade, ao longo da década 2010-2020, consta do quadro seguinte.

Quadro 18 - Informação adicional sobre o Hospital José Luciano de Castro (Anadia)

Ano	Nº de camas	Nº de médicos	Nº de enfermeiros	Outros profissionais (AO, AT, TDT, TS, TSS, outros)	% de consultas dentro dos TMRG
2010	40	33	43	84	informação não disponível
2011	40	24	41	82	informação não disponível
2012	40	27	31	81	informação não disponível
2013	40	25	37	75	73,94
2014	40	28	37	76	informação não disponível
2015	40	66	24	62	100
2016	40	70	22	59	100
2017	55	60	30	64	100
2018	55	64	31	74	100
2019	55	72	33	78	100

2020	55	71	20	82	100

Fonte: Elaboração própria a partir de informação solicitada à ARS-Centro e à SCM Anadia

Quando se compara o período prévio à desnacionalização do Hospital José Luciano de Castro com o período posterior à mesma, é de assinalar um aumento do número de camas e do número de médicos e uma diminuição do número de enfermeiros. O número global de assistentes operacionais, assistentes técnicos, técnicos de diagnóstico e terapêutica, técnicos superiores e técnicos superiores de saúde, entre outros profissionais, embora tendo baixado nos três exercícios posteriores à desnacionalização, nos três exercícios subsequentes voltou a valores semelhantes aos do período sob gestão direta do SNS.

Apesar das diversas tentativas a informação disponibilizada quanto à percentagem de consultas dentro dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos nos exercícios em que o Hospital de Anadia esteve sob gestão direta do SNS reporta apenas a 2014. Quanto ao período posterior à desnacionalização são de referir as percentagens máximas (100%) deste indicador.

6.4.5. O Hospital de São Paulo (Serpa)

Pertença da Santa Casa da Misericórdia de Serpa, o Hospital de São Paulo foi também alvo de nacionalização através do Decreto-Lei n.º 704/74, de 7 de dezembro, com a justificação da criação de um serviço público de saúde universal e com cobertura nacional.

Aquando da devolução à gestão da Misericórdia local, formalizada a 14 de novembro de 2014 e com efeitos a 1 de janeiro de 2015, esta unidade desempenhava um papel na prestação de cuidados de saúde às populações dos concelhos de Serpa, Moura, Barrancos e parte de Mértola.

Estava integrado na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados com uma Unidade de Convalescença (18 camas), uma Unidade de Cuidados Paliativos (6 camas) e dispunha ainda de Serviço de Medicina Física e de Reabilitação.

Na Rede Nacional de Emergência e Urgência chegou a constar, em plano, a transformação do seu Serviço de Atendimento Permanente em Serviço de Urgência Básica. No entanto, tal

requalificação não tinha avançado e a própria Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, responsável pela sua gestão, designava a urgência do Hospital de São Paulo como Serviço de Urgência Avançado.

Em anos anteriores à devolução do Hospital de São Paulo à gestão da Misericórdia local, tinha-se verificado o encerramento do bloco operatório, farmácia, parte dos serviços administrativos, consultas de especialidade e laboratório de análises clínicas (PCP, 2015).

Em 14 de novembro de 2014 fez parte dos acordos de cooperação celebrados entre o Estado, neste caso representado pela ARS-Alentejo, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo e ARS-Algarve, e a SCM Serpa.

A Santa Casa da Misericórdia de Serpa anunciou o compromisso público de trabalhar pela sua requalificação e pela recuperação de serviços entretanto encerrados, e de transformar o Hospital de São Paulo em “centro de diferenciação positiva e de concentração de competências”, além de apostar na qualidade dos cuidados (SCMS, 2015).

Pelo acordo de cooperação celebrado com o Estado em 2014, a SCM Serpa, através do Hospital de São Paulo, comprometia-se a assegurar:

- Consulta externa, nas especialidades de Cardiologia, Dermatologia, Fisiatria, Oftalmologia e Ortopedia;
- Cirurgia de ambulatório, nas especialidades de Dermatologia, Oftalmologia e Ortopedia;
- A continuidade do Serviço de Urgência Avançado.

A prestação de cuidados abrangia exclusivamente os utentes do SNS inscritos na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Departamento de Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Alentejo, da respetiva área geográfica da ARS Alentejo/ULSBA e da ARS do Algarve.

Ficavam ainda abrangidos os meios complementares de diagnóstico e terapêutica requisitados pelos cuidados de saúde primários.

Segundo o portal do SNS (2020), a prestação de cuidados de saúde implica referência prévia pelo médico de família pertencente ao “Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Alentejo, que integra os centros de saúde de Aljustrel, Almodôvar, Alvito, Barrancos, Beja, Castro Verde, Cuba, Ferreira do Alentejo, Mértola, Moura, Ourique, Serpa e Vidigueira”.

Através de uma adenda ao acordo de cooperação de 2014, estabelecida em 2018, a abrangência do Hospital de São Paulo foi alargada a utentes dos hospitais e centros de saúde públicos dos distritos de Beja, Évora e Faro, quando os respetivos centros de saúde e hospitais não demonstrem capacidade de resposta (MS, 2018).

Através dessa adenda as áreas de prestação de cuidados são também alargadas e compreendem:

- Consultas externas, nas especialidades de Cardiologia, Dermatologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia e Urologia;
- Cirurgias, em regime de ambulatório, nas especialidades de Cardiologia, Dermatologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia e Urologia;
- Cirurgias, em regime de internamento, nas especialidades de Ortopedia, Otorrinolaringologia e Urologia;
- Atendimentos em situação de urgência no Serviço de Urgência Avançado;
- Meios complementares de diagnóstico e terapêutica das áreas de Cardiologia, Otorrinolaringologia e Radiologia.

Além dos serviços acima descritos que constam do acordo de cooperação, o Hospital de São Paulo - Serpa dispõe de Unidades de Convalescença, Medicina Física e de Reabilitação e Paliativos.

Em termos de consultas externas dispõe, também, de outras especialidades como Cirurgia Geral, Fisiatria, Medicina Geral e Familiar, Pediatria.

Em termos de consultas de especialidades não médicas dispõe de enfermagem, nutrição e terapia da fala.

Assegura ainda a realização de diversas análises clínicas e exames complementares de diagnóstico através de Laboratório Clínico e de Imagiologia.

Foi iniciada em 2019 a construção de uma moderna unidade médico-cirúrgica, num investimento de cerca de 4 milhões de euros, para substituir o antigo bloco operatório do Hospital de São Paulo, desativado em 2005 (Observador, 2019).

A nova unidade, inaugurada em janeiro de 2024, dispõe de uma sala cirúrgica e 12 camas e realizará cirurgias nas especialidades de Cardiologia, Dermatologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia e Urologia (Administração Regional de Saúde do Alentejo [ARS Alentejo], 2024).

Um dos objetivos anunciados pela Santa Casa de Serpa, além da cooperação com vários subsistemas de saúde, passa por reduzir listas de espera para cirurgias do Serviço Nacional de Saúde, em particular dos hospitais do Alentejo e Algarve.

A nova unidade do Hospital de São Paulo também irá operar utentes do SNS de outras regiões que estejam “referenciados para cirurgia, tenham recebido vale cirurgia e escolham o Hospital de São Paulo para serem operados”, de acordo com o Provedor da instituição (2019).

A informação sobre a realidade económico-financeira e a atividade assistencial desta unidade hospitalar no período em análise é de seguida apresentada:

Quadro 19 - O Hospital de São Paulo (Serpa), no período 2010-2020

Ano	Gastos com Pessoal (€)	FSE (€)	CMVMC (€)	Vendas & Serviços Prestados (€)	Primeiras consultas	Consultas subsequentes	Internamentos	Atendimentos em Urgência	Cirurgias
2010	1.650.285	361.536	202.376	1.753.747	80	122	224	14.122	0
2011	1.484.172	589.654	220.635	1.856.644	75	141	189	13.685	0
2012	1.297.953	594.542	189.622	1.830.755	23	104	178	13.807	0
2013	1.192.042	504.932	208.318	1.650.682	24	47	197	15.346	0
2014	1.098.861	467.449	210.909	1.985.749	20	48	183	15.542	0
2015	760.133	743.116	46.112	1.356.774	0	0	186	14.137	0
2016	830.434	661.550	49.245	1.435.452	68	7	162	15.444	0

2017	812.165	782.674	44.125	1.562.692	65	1	171	14.404	0
2018	833.339	720.162	46.990	1.456.137	510	28	148	14.410	0
2019	975.511	794.940	49.259	1.520.256	594	339	158	14.996	0
2020	966.333	714.019	38.849	1.170.676	382	306	98	9.448	0

Fonte: Elaboração própria a partir de informação solicitada à ULS Baixo Alentejo e à SCM Serpa

No que concerne à produção assistencial, algumas das informações apresentadas no quadro 15 justificam uma atenção particular, apesar da casuística não ser elevada.

Ao nível da média do número de primeiras consultas realizadas, quando comparado o período prévio à desnacionalização com o período posterior à desnacionalização, verificou-se um aumento de 500,73%. Isto, apesar de no primeiro exercício pós-devolução à gestão da Santa Casa da Misericórdia de Serpa - 2015 - o Hospital de São Paulo não ter registado números de consultas realizadas.

Quanto ao número de internamentos, quando se compara o período do Hospital de São Paulo sob gestão direta do SNS com o período sob gestão da Misericórdia de origem, verificou-se uma diminuição de 20,79%. No que diz respeito ao número de episódios de atendimento em urgência, verificou-se uma diminuição de 4,79%.

Quanto ao número de cirurgias, o facto de o Hospital de São Paulo ter sido devolvido já sem o bloco operatório em funcionamento desde 2005 e sem condições de operacionalização imediata explica a ausência de produção. Conforme mencionado anteriormente, no início deste subcapítulo, em janeiro de 2024 foi inaugurada uma unidade médico-cirúrgica construída de raiz pela SCM Serpa.

Relativamente a rendimentos provenientes de vendas e serviços prestados, verificou-se uma diminuição de 21,95% do período 2010-2014 para o período 2015-2020. Por outro lado, há uma diminuição de 77,82% do custo das mercadorias vendidas e matérias consumidas quando se compara o período prévio com o período posterior à devolução. A diminuição dos gastos com pessoal, numa ordem de grandeza de 35,82%, e o aumento dos fornecimentos e serviços externos, em 46,16%, do período pré para o período pós-desnacionalização, são também de referir.

Informação adicional sobre o Hospital de São Paulo, ao longo do período 2010-2020, nomeadamente quanto ao número de camas e profissionais afetos, é apresentada em seguida.

Quadro 20 - Informação adicional sobre o Hospital de São Paulo (Serpa)

Ano	Nº de camas	Nº de médicos	Nº de enfermeiros	Outros profissionais (AO, AT, TDT, TS, TSS, outros)	% de consultas dentro dos TMRG
2010	24	1	22	57	informação não disponível
2011	24	1	24	56	informação não disponível
2012	24	1	22	40	informação não disponível
2013	24	1	21	33	informação não disponível
2014	24	1	19	30	informação não disponível
2015	24	10	12	19	informação não disponível
2016	24	12	15	25	informação não disponível
2017	24	12	17	25	informação não disponível
2018	24	12	16	27	informação não disponível
2019	25	12	12	25	informação não disponível
2020	25	12	11	26	informação não disponível

Fonte: Elaboração própria a partir de informação solicitada à ULS Baixo Alentejo e à SCM Serpa

Quando se compara o período prévio à desnacionalização do Hospital de São Paulo com o período posterior à mesma, o número de camas permaneceu praticamente inalterado, com exceção dos dois últimos exercícios em análise. É de assinalar um aumento do número de médicos. Verificou-se uma diminuição do número de enfermeiros (35,96%) e do número global de assistentes operacionais, assistentes técnicos, técnicos de diagnóstico e terapêutica, técnicos superiores e técnicos superiores de saúde, entre outros profissionais (43,29%). Apesar das diversas tentativas não foi disponibilizada informação quanto à percentagem de consultas dentro dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos no período 2010-2020.

7. OPÇÕES METODOLÓGICAS

Neste capítulo clarificam-se e fundamentam-se as opções metodológicas de base e o tipo de abordagem utilizado no estudo, tendo por base o problema, os objetivos e o quadro teórico.

7.1. Objetivos

Foram definidos objetivos gerais e objetivos específicos, na sequência da pergunta de partida identificada: As relações de parceria entre o Estado e as Misericórdias, designadamente na área da gestão hospitalar, têm dado os resultados expectáveis na opção política?

No que se refere ao objetivo geral:

- Avaliar em que medida as relações de parceria Estado-Misericórdias têm contribuído para os objetivos das opções políticas de Saúde, nomeadamente na área hospitalar.

Quanto aos objetivos específicos:

- 1- Caracterizar as diferentes fases de evolução das parcerias setor público-setor social (Misericórdias), na área da saúde, no período democrático.
- 2- Comparar os resultados das unidades hospitalares devolvidas à gestão do setor social, no período prévio (2010-2014) e posterior à devolução (2015-2020).
- 3- Avaliar em que medida optar por manter gestão direta dos hospitais nacionalizados em 1974 ou devolver estabelecendo parcerias ou contratualizando objetivos tem vantagens para o Estado.
- 4- Definir que medidas devem ser adotadas para que as parcerias público-social possam ser mais efetivas, assentes em relações de cooperação e com benefícios de boa governança para todos os parceiros.

7.2. Abordagem metodológica

A metodologia pode ser encarada como “conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica” (Fortin, 2000, p. 372). A metodologia indicada para esta investigação passa por uma abordagem quantitativa e por uma abordagem qualitativa. O método quantitativo, na sua busca pelo conhecimento, realiza-se “com base na medição numérica e na análise estatística com o fim de estabelecer padrões de comportamento” (Sampieri, Collado, & Lucio, 2014, p. 4). No método qualitativo, o propósito consiste em “reconstruir” a realidade, tal como é observada pelos atores de um sistema social predefinido. O processo de pesquisa é flexível e “utiliza a recolção e análise dos dados para afinar as perguntas de investigação ou revelar novas questões no processo de interpretação”. (Sampieri, Collado, & Lucio, 2014, p. 7).

Em termos de planos de investigação, este trata-se de um estudo não experimental, exploratório e que seguirá o método indutivo. Esta abordagem de investigação é indutiva, na medida em que os princípios não estão pré-estabelecidos, de uma etapa inicial de observação procura-se chegar a uma generalização, a perspetiva partirá do particular para o geral. Em termos de alcance temporal da investigação está-se perante um estudo longitudinal, na medida em que estuda os sujeitos em diferentes momentos ao longo do tempo (Coutinho, 2015).

Esta investigação recorre a uma abordagem mista. Por um lado, apresenta características qualitativas no cumprimento do objetivo geral de investigação e nos objetivos específicos acima designados como 1, 3 e 4; mas também quantitativas, no que se refere aos objetivos específicos 2 e 3, relacionados com a comparação, em várias dimensões, dos resultados das unidades hospitalares devolvidas à gestão do setor social, no período prévio e posterior à devolução. Em função do problema e dos objetivos da investigação, a abordagem metodológica mista (quantitativa e qualitativa) afigura-se como estratégia mais adequada.

Este trabalho assume também a forma de um estudo de caso. Dado que o foco de interesse é o próprio caso em estudo, faz sentido que cada uma das unidades desnacionalizadas a observar constitua a própria unidade de análise (Yin, 2014). Assim, recorrer-se-á a uma amostra representativa do universo, analisando em profundidade, como sujeitos principais de investigação, os três hospitais que já foram devolvidos pelo Estado.

A fim de cumprir os objetivos da investigação é necessário definir as estratégias que orientarão a pesquisa. Quer no que respeita ao objetivo geral, quer no que respeita ao objetivo específico (1), mas também para melhor enquadrar a preparação de resposta aos restantes objetivos específicos, este estudo passa por uma revisão de literatura, com consulta a diversas publicações como monografias e artigos. A revisão da literatura visa, igualmente, dar a conhecer o que existe sobre a temática de fundo. Esse trabalho prévio, que versa sobre o tema, reforça o valor teórico da pesquisa. Além disso, contribui para “delimitar um quadro conceptual ou teórico que forneça uma perspetiva ao estudo” (Fortin, 2000, p. 39).

A análise documental é, igualmente, um instrumento importante para o estudo a desenvolver, na análise a relatórios, legislação, regulamentação do setor social e da saúde, websites como o portal de benchmarking da ACSS, entre outros.

A segunda componente da estratégia de investigação visa identificar os instrumentos de recolha e tratamento de dados a utilizar na implementação do estudo, além de justificar o recurso aos mesmos. Nesta investigação procede-se à compilação de um conjunto de indicadores das unidades hospitalares devolvidas às Misericórdias, bem como, para efeitos de comparação de tendências de desempenho, de 28 outras unidades do SNS que se mantiveram sob gestão pública, no período 2010-2020.

A comparação de desempenho das unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias far-se-á, de acordo com vários indicadores, em três dimensões: assistencial (dados obtidos junto do Ministério da Saúde, das Administrações Regionais de Saúde, União das Misericórdias Portuguesas, Santas Casas da Misericórdia); eficiência e produtividade de gestão; qualidade (dados obtidos junto da Entidade Reguladora da Saúde).

O quadro seguinte apresenta as dimensões de avaliação bem como os respetivos indicadores a utilizar na comparação de resultados dos hospitais desnacionalizados.

Quadro 21 - Comparação de resultados dos Hospitais desnacionalizados

	Assistencial	Gestão
INDICADORES	- N.º global de consultas externas médicas de especialidade; - N.º global de internamentos; - N.º global de intervenções cirúrgicas; - N.º de episódios de atendimento em urgência.	- Eficiência; - Supereficiência; - Produtividade.
	Qualidade	
	- Excelência clínica; - Segurança do doente; - Adequação e conforto das instalações (indicadores relacionados com acessos e mobilidade; manutenção; medidas de autoproteção de segurança contra incêndios; risco não clínico; entre outros); - Focalização no utente (consentimento informado; marcação e cancelamento de consultas; marcação e cancelamento de exames de MCDT; internamento; segunda opinião; apoio espiritual; tempos de espera; entre outros).	

Fonte: Elaboração própria

Metodologicamente, recorre-se à técnica Data Envelopment Analysis (DEA), para aferir a eficiência das unidades hospitalares, e também à aplicação do conceito de supereficiência; ao índice de Hicks-Moorsteen, para determinar os resultados de produtividade; e à análise de conteúdo, para avaliar a perceção de um painel de entrevistados relativamente a uma entrevista semi-estruturada com oito questões que ajudam a complementar respostas aos objetivos específicos (3) e (4).

Além de se estabelecerem comparativos de evolução das unidades em análise consigo mesmas ao longo do tempo, as unidades serão inseridas nos grupos hospitalares respetivos e comparadas também com outras de dimensão aproximada e/ou da mesma área geográfica.

Com essa abordagem quantitativa, e à luz da pergunta de partida, quantificar-se-á se os resultados expectáveis na opção política de devolver as unidades em análise à gestão das respetivas Misericórdias foram atingidos. Assim, será possível analisar os resultados do referido cluster de hospitais (por um lado, no período em que se mantiveram sob a gestão do Ministério da Saúde e, por outro, após a passagem para a esfera do setor social). Além disso,

será possível comparar os hospitais desnacionalizados com uma amostra significativa de unidades hospitalares que se mantiveram na esfera da gestão direta do Estado.

À luz da pergunta de partida, o que se pretende com a abordagem qualitativa será avaliar, sob o ponto de vista dos diferentes atores, se as relações Estado-Misericórdias ao nível da gestão hospitalar têm dado os resultados expectáveis na opção política de devolver as unidades hospitalares à gestão social. Em termos de técnicas de recolha de dados, propõe-se adotar uma análise documental com base em fontes primárias e secundárias. A análise documental tem como objetivo dar forma adequada e representar de forma condensada a informação. As entrevistas a realizar possibilitarão a análise de conteúdo, a fim de evidenciar indicadores que possibilitem retirar inferências a partir do conteúdo e da forma como é expresso (Bardin, 2018).

Na parte da investigação em que se seguirá uma abordagem qualitativa, definir-se-ão questões de investigação. Visar-se-á um tratamento em profundidade, para melhor compreensão, e os dados serão de natureza mais qualitativa (palavras, textos, narrativas, significados). Em termos de análise de dados, a estatística será de uso limitado, privilegiando-se a análise em torno de temáticas (segmentos de texto, narrativas, discurso) e atribuição de significados do ponto de vista dos atores (Bryman, 2008).

Tem-se presente que “o cerne da questão à volta do qual se devem organizar todas as opções metodológicas” é a captação do fenómeno social na sua essência (Coutinho, 2015). Ao recorrer-se à abordagem quantitativa e também à abordagem qualitativa, sem aderir a um paradigma em exclusivo, há a possibilidade de optar entre “uma relação de atributos que, indistintamente, provenham de um ou de outro”, conseguindo uma “adaptação flexível” à problemática (Anguera, 1985, p. 133).

A fim de responder à questão de partida e aos objetivos propostos, pretende-se comparar resultados, em termos de eficiência técnica, partindo de inputs como o nível de gastos, para as unidades hospitalares desnacionalizadas e para um grupo comparativo de 28 hospitais e centros hospitalares que permaneceram sob gestão pública. Assim, optou-se por recorrer à técnica da *Data Envelopment Analysis*.

É necessária uma técnica que possibilite o uso de múltiplos *inputs* para a produção de múltiplos *outputs* e que tenha igualmente a faculdade de evidenciar os hospitais eficientes. A DEA cumpre esses pressupostos e assim é utilizada para avaliar a eficiência e o desempenho de diversas organizações (Kohl et al., 2018).

No caso da análise hospitalar, o desempenho relativo de um hospital é determinado em relação à sua posição em relação à fronteira de produção, sendo que a DEA utiliza métodos de programação linear para inferir essa fronteira (Jacobs et al., 2006).

O estudo da eficiência será realizado pela aplicação da DEA a todas as unidades. A fronteira de eficiência é calculada pelo melhor desempenho obtido pela produção máxima de *outputs* a partir de um determinado conjunto de *inputs* (Cooper et al., 2007).

Considerando que de entre as *Decision Making Unit* (DMU) com *score* igual a 1 poderá haver umas mais eficientes que outras (Vasquez, 2012), realizar-se-á posteriormente um estudo com critérios de supereficiência aplicados a todas as unidades desnacionalizadas bem como à amostra comparativa de unidades com gestão pública integrantes da amostra.

Por fim, realizar-se-ão entrevistas a intervenientes nas políticas de saúde e na gestão hospitalar das realidades em estudo. Entre outros, pretende aferir-se quais os aspetos, no plano operacional, que mais contribuíram para os diferenciais observados.

A entrevista permite recolher muitos elementos e nela verifica-se uma troca de informações entre entrevistador e entrevistado (Sampieri, Collado & Lucio, 2014). A técnica de entrevista permite uma compreensão mais aprofundada da opinião dos entrevistados, assim como um contacto direto com os mesmos. O tipo de entrevista será a semiestruturada, pois este género de entrevista é indicado para obtenção de dados para comparação (Coutinho, 2015).

Ao longo dos dois próximos subcapítulos, abordam-se com maior detalhe as técnicas a utilizar para avaliação da eficiência e da produtividade das unidades hospitalares.

7.3. Avaliação da eficiência

7.3.1. A Data Envelopment Analysis como metodologia para apurar a eficiência

Há uma distinção entre eficiência técnica, como a capacidade de uma organização obter o máximo output (resultado) de um determinado conjunto de inputs (recursos), e eficiência alocativa, como a capacidade de uma organização usar os inputs numa proporção ótima, dado o preço dos mesmos (Farrell, 1957).

Duas abordagens empíricas foram desenvolvidas para medir a eficiência: uma paramétrica (estocástica ou determinística), como é o caso da Análise de Fronteira Estocástica (*Stochastic Frontier Analysis*), em que a forma da função de produção é assumida como previamente conhecida ou é estimada estatisticamente; e uma outra não-paramétrica, como é a *Data Envelopment Analysis* (DEA), que não assume nenhuma forma funcional e é construída a partir dos inputs e outputs (Hollingsworth, 2016; Jia & Yuan, 2017).

Foi o trabalho de Farrell (1957) sobre medição da eficiência que serviu de base para Charnes, Cooper e Rhodes (1978a) introduzirem o modelo de DEA, como instrumento numa avaliação de resultados realizada a escolas do setor público de educação nos Estados Unidos.

A avaliação da eficiência técnica com recurso à DEA pode ser orientada para os inputs ou para os outputs. Pode decidir-se pela minimização dos inputs (obtendo um determinado nível de resultados com uma redução prévia dos recursos) ou maximização dos outputs (obtendo um maior nível de resultados com uma determinada quantidade de recursos) (Jia & Yuan, 2017).

Os exemplos de inputs para medição de eficiência em saúde dividem-se em trabalho (número de médicos, enfermeiros, técnicos, auxiliares, entre outros) e capital (terreno, edifícios, equipamento médico, entre outros) (Kengil et al., 2010; Kohl et al., 2018).

A DEA é considerada um instrumento matemático essencial para medir a eficiência ou o desempenho (Emrouznejad & Yang, 2018). Tem vindo a ser usada em múltiplas investigações

e em diversos setores, para o que contribuiu a flexibilidade deste método em incorporar a existência de múltiplos inputs e múltiplos outputs (Forsund, 2018).

Agricultura, banca, educação, energia, ambiente, economia, finanças, saúde, políticas públicas, seguros, tecnologias de informação, marketing, recursos humanos, retalho, turismo, são algumas das áreas em que o modelo de DEA tem vindo a ser aplicado como instrumento para avaliação de eficiência (Liu et al., 2012).

Várias vantagens foram apontadas à DEA: desde logo, enquanto uma abordagem estatística normalmente avalia relativamente a uma média, seguindo uma abordagem de tendência central, a DEA compara cada produtor com o melhor ou os melhores produtores. Por outro lado, a DEA pode partir de um dado conjunto de inputs e outputs de entidades distintas e elabora a sua própria forma funcional (Olesen & Petersen, 2016).

Além disso, enquanto numa abordagem econométrica se assume uma função Cobb-Douglas ou *translog* relativamente aos inputs e outputs, na DEA evita-se o risco de erro de especificação da fronteira de eficiência. Adicionalmente, se numa abordagem paramétrica se estima a eficiência de firmas que produzem um único output com um conjunto de inputs, a DEA já contempla a existência de outputs múltiplos. Tratando-se de um modelo não-paramétrico, a DEA não exige especificidade em termos funcionais e de distribuição de probabilidade, o que minimiza o risco de erro na especificação das variáveis (Nedelea & Fannin, 2017).

O conceito de *Decision Making Unit* foi usado pela primeira vez por Charnes, Cooper e Rhodes (1978b) no modelo CCR. Uma DMU é considerada eficiente em termos de modelo CCR se não tem excesso de inputs nem défice de outputs. As DMU com coeficiente 1 (100%) de eficiência consideram-se eficientes, enquanto as DMU com resultados de eficiência abaixo são consideradas ineficientes (Cooper et al., 2007).

Considera-se que 100% de eficiência é obtida para uma unidade de produção quando nenhum dos outputs pode ser aumentado sem aumentar um ou mais dos inputs ou diminuindo algum dos outros outputs; ou nenhum dos outputs pode ser diminuído sem diminuir algum dos outputs ou aumentar algum dos seus outros inputs. Numa outra definição, considera-se que

100% de eficiência relativa é alcançada por qualquer unidade apenas quando comparações com outras unidades relevantes não apresentam evidência de ineficiências no uso de qualquer input ou output (Charnes & Cooper, 1985).

Foram, no entanto, apontadas algumas desvantagens à DEA: a fronteira de eficiência pode ser influenciada por variação estocástica, erro de medição ou heterogeneidade não observada nos dados. Além disso, assume o pressuposto não testado de não existirem erros de medição ou variação aleatória nos resultados. Por outro lado, pode dar-se o caso de estar a estabelecer pouca distinção entre unidades, uma vez que o score (coeficiente) de 1 (100%) pode ser atribuído a várias unidades consideradas eficientes relativamente à fronteira (Hollingsworth, 2003). No entanto, as desvantagens da DEA não condicionam a sua aplicação à realidade hospitalar, dado que a mesma não observa comparações individuais, mas comparações como um todo, no âmbito de um conjunto global de atividades consideradas nos inputs e outputs de toda a produção (Kohl et al., 2018).

Desde o início dos estudos com recurso ao método da DEA que vários modelos foram sendo propostos, como o CCR, que assume retornos constantes à escala de atividades (Banker et al., 1984). Mais tarde, entre outros, difundiu-se o BCC, uma extensão do CCR. O modelo BCC, das iniciais de Banker, Charnes e Cooper (1984), avalia separadamente as ineficiências de escala e as ineficiências técnicas, enquanto o CCR as avalia simultaneamente. O BCC é baseado numa escala de rendimentos variáveis à escala (VRS), considerando que os resultados (outputs) não variam na mesma proporção dos recursos (inputs).

7.3.2. A DEA em estudos internacionais e nacionais sobre eficiência na saúde

Com base em quem paga e quem presta os cuidados médicos, os sistemas de saúde dos países da OECD têm vindo a ser classificados em quatro modelos. Um dos mais comuns é o modelo de Beveridge, em que a saúde é prestada e financiada através do pagamento de impostos e existe um serviço nacional de saúde, de que são típicos exemplos a Austrália, o Chile, a Dinamarca, a Finlândia, a Grécia, Portugal, Espanha, Suécia e o Reino Unido. Outro modelo é o de Bismarck, em que existe um sistema de segurança social com recurso a “fundos de doença” financiados pelos empregadores e pelos empregados por dedução no pagamento dos salários e em que a prestação de cuidados é tipicamente assegurada pelo setor privado, como

são exemplo a Áustria, a Bélgica, a França, a Alemanha, Israel, Luxemburgo e a Suíça. Outro modelo assenta num seguro de saúde nacional, em que a prestação de cuidados fica, também, a cargo do setor privado e em que o Canadá é exemplo. Finalmente, o modelo de pagamento assegurado pelos cidadãos diretamente, por exemplo através de seguros de saúde, em que cabe aos privados suportar a prestação de cuidados, que é feita sem intervenção do governo, como acontece nos Estados Unidos.

Independentemente da grande diversidade na organização dos modelos de saúde pública e de prestação de cuidados médicos, a maior parte dos inúmeros estudos que têm vindo a ser desenvolvidos para avaliar a eficiência dos sistemas de saúde dos países da OECD tem recorrido ao modelo de DEA na avaliação de desempenho e na procura das melhores práticas internamente, mas também para ajudar a estabelecer *rankings* comparativos entre países (Ozcan & Kushalani, 2017).

No caso da área da saúde, o setor hospitalar, em concreto, tem sido igualmente exemplo de aplicação da DEA (Czypionka et al., 2014; Kohl & Brunner, 2020).

Segundo Emrouznejad e Yang (2018) tem havido um aumento significativo do número de artigos publicados que recorrem a este modelo, sendo a DEA considerada mundialmente como a ferramenta matemática mais adequada para avaliar a eficiência. Também Jia e Yuan (2017) referem a aplicação da DEA em vários estudos internacionais a nível hospitalar.

São quatro as principais categorias de estudos que têm vindo a ser feitos com o recurso à DEA aplicada ao setor hospitalar: as análises de eficiência hospitalar pura; a aplicação aos dados hospitalares de novas abordagens à DEA; a análise de questões específicas de gestão como o efeito da propriedade hospitalar no desempenho; e, finalmente, estudos sobre os efeitos das reformas hospitalares (Kohl et al., 2018).

Também em Portugal vários estudos sobre eficiência têm recorrido à DEA como metodologia (Ferreira & Nunes, 2017; Harfouche, 2010; Nunes, 2016; Pereira et al., 2021; Simões & Marques, 2011; Tribunal de Contas, 2006).

No caso do Tribunal de Contas (2006) foi feita uma avaliação aos resultados de desempenho entre Hospitais SA (Sociedade Anónima) e Hospitais SPA (Setor Público Administrativo), com variáveis como o custo total com internamento, o número de episódios de urgência, o número de consultas, o número de sessões em hospital de dia, a qual concluía existir um agravamento, no período temporal em estudo (2002 a 2004), dos resultados de eficiência dos hospitais que permaneceram no Setor Público Administrativo e uma ligeira melhoria dos resultados dos hospitais com estatuto de empresa pública.

Na investigação de Harfouche (2010) e com recurso a variáveis como o número de doentes saídos de internamento, número de cirurgias realizadas, número de episódios de urgência, número de sessões de hospital de dia, número de consultas externas, foram comparados resultados de produção com os custos por linha de atividade, a fim de estabelecer comparação de desempenhos dos Hospitais SPA e SA. Concluía-se por um aumento da eficiência ao longo do tempo dos Hospitais SA gerando um maior diferencial com os Hospitais SPA. Uma posterior atualização a este estudo, já com resultados de Hospitais EPE, confirmou os desempenhos mais eficientes das unidades com práticas empresariais em detrimento das que permaneceram no setor público administrativo.

Simões e Marques (2011) compararam também os resultados de eficiência dos hospitais que adotaram práticas de gestão empresarial com os dos que permaneceram no setor público administrativo, recorrendo aos custos operacionais e a variáveis como o número de consultas externas, o número de empregados, o número de pacientes e o número de urgências. Segundo esta avaliação, não ocorreram melhorias significativas em termos de eficiência na aplicação de práticas empresariais.

Variáveis como os custos com pessoal, custos com consumos, custos com infraestruturas, custos de investimento, entre outros, e indicadores de produção como o número de internamentos, número de cirurgias, situações de emergência, número de sessões de hospital de dia e número de consultas, foram utilizadas por Nunes (2016) que, também com o recurso à metodologia DEA, concluiu por um aumento gradual, ao longo do tempo, da eficiência das unidades com práticas de gestão empresarial.

Numa nova abordagem à DEA, os custos operacionais totais, o número de doentes-padrão (ajustados pelo respetivo case-mix) atendidos, a taxa de primeiras consultas no total de consultas dentro dos tempos máximos de resposta garantidos, a taxa de reinternamentos até 30 dias, a taxa de cirurgias à anca em idosos até às primeiras 48h, a taxa de úlceras de pressão em acamados, a taxa de septicemia no pós-operatório, entre outros, além de variáveis externas como a densidade populacional, taxa de idosos, taxa de mortalidade infantil, poder de compra *per capita*, foram utilizadas no estudo de Ferreira e Nunes (2017), que incidiu sobre 27 hospitais e centros hospitalares. As variações dos níveis de ineficiência conforme os modelos utilizados, a importância de considerar a presença de *outliers*, de considerar condições externas desfavoráveis, foram algumas das conclusões.

Mais recentemente, foi aplicado aos hospitais públicos portugueses uma abordagem modelada à DEA, conjugada com um método de simulação modelado com julgamentos de decisor hospitalar, num estudo que permitiu distinguir uma perspetiva otimizada e uma perspetiva real de resultados de eficiência e concluiu que dois terços dos prestadores avaliados revelavam ineficiências, além de apontar caminhos para reformas hospitalares no Serviço Nacional de Saúde (Pereira et al., 2021).

De referir que nenhuma das abordagens acima elencadas, com recurso à metodologia DEA, se centrou no caso dos hospitais que, após nacionalização em 1974-1975, já foram devolvidos à gestão das respetivas Misericórdias, pelo que o presente estudo é de relevância. Assim, não tendo nenhum dos estudos nacionais abordado a presente questão de investigação há uma lacuna na literatura que esta investigação pode ajudar a colmatar.

7.3.3. A supereficiência aplicada ao modelo de DEA

Ao atribuir um score de 1 às unidades consideradas eficientes, o modelo de DEA não estabelece distinção entre as diversas unidades consideradas eficientes em relação à fronteira. O conceito de supereficiência, introduzido por Andersen e Petersen (1993), procurou dar resposta a essa limitação, mantendo as vantagens do modelo, mas procurando estabelecer uma ordenação entre as DMU consideradas eficientes.

A supereficiência assume que de entre as DMU com score igual a 1 há umas mais eficientes do que outras, sendo possível aumentar os seus outputs ou reduzir os seus inputs, continuando as mesmas a ser mais eficientes que as restantes (Vasquez, 2012).

A partir do próprio conceito de supereficiência, outras abordagens alternativas aos modelos de DEA tradicionais foram sendo desenvolvidas (Lovell & Rouse, 2003). O modelo *Slacks-Based Measure* (SBM) é, também, um exemplo disso e foi proposto por Tone (2001), tratando-se de um modelo não radial que lida diretamente com o excesso de inputs ou défice de outputs, permitindo uma estratificação adequada do desempenho das DMU.

No cálculo da superficiência foram apontadas dificuldades como no caso de o modelo não ser invariante na unidade, ou seja, o tipo de unidade de medida usado no input ou no output poder afetar o resultado. Ficou demonstrado que nos modelos SBM com rendimentos à escala constantes e nos modelos SBM não orientados com rendimentos à escala variáveis essas dificuldades já não se colocam (Tone, 2002).

No que se refere à investigação em curso perspetiva-se que depois de, para análise à proposição P1 sobre os scores de eficiência dos hospitais desnacionalizados no período pré-devolução e pós-devolução, se recorrer ao modelo de DEA, realizar-se-á uma avaliação com critérios de supereficiência para análise à proposição P2 sobre a tendência de eficiência dos hospitais desnacionalizados *versus* amostra comparativa de hospitais do SNS.

7.4. Avaliação da produtividade

A Produtividade Total dos Fatores (TFP) é uma medida da eficiência produtiva que calcula quanto output pode ser produzido a partir de uma certa quantidade de inputs (Sickles & Zelenyuk, 2019). A TFP pode ser decomposta numa componente relativa a mudanças técnicas e numa componente relativa a eficiência técnica (Nishimizu & Page, 1982).

Em estudos que visam medir a evolução da produtividade, o índice de produtividade de Malmquist e o índice de produtividade de Hicks-Moorsteen são os instrumentos mais utilizados (Mizobuchi, 2017). De facto, quer o índice de Malmquist, quer o índice de Hicks-

Moorsteen, tornaram-se mais frequentemente usados do que outras medidas tradicionais de produtividade como os índices de Fischer ou de Tornqvist (Kerstens & Woestyne, 2014).

O índice de produtividade de Malmquist constrói uma fronteira de produção representando a tecnologia e recorre a funções de distância avaliadas em diferentes combinações de input-output para comparar produtividades (Kerstens et al., 2010). O índice de produtividade de Malmquist não dá uma interpretação da TFP, ao passo que o índice de Hicks-Moorsteen possibilita essa interpretação (O'Donnell, 2012).

O índice de Hicks-Moorsteen corresponde ao rácio de um índice de output de Malmquist sobre um índice de input de Malmquist (Bjurek, 1996). Índices de TPF como o Hicks-Moorsteen podem ser decompostos em medidas de mudança técnica e de mudança de eficiência técnica, mas também em componentes de mudança de eficiência de escala e componentes de mudança de mix de eficiência. Isso não é possível com o índice de produtividade de Malmquist, que mede a mudança técnica local de uma fronteira de produção, mas, em condições gerais, não pode ser usado como índice de mudança de TFP (Kerstens & Woestyne, 2014).

Uma das pechas do índice de Malmquist é que apenas em situações de retornos constantes à escala (CRS) pode constituir-se como um índice de TFP, dado que em retornos variáveis à escala (VRS) isso já não acontece. Estes índices de produtividade apenas coincidem em condições muito específicas de tecnologia. No caso de um input e múltiplos outputs; de um output e múltiplos inputs; e de todos os inputs e/ou outputs de uma unidade mudarem proporcionalmente, os dois índices coincidem. Os dois índices são iguais em situações de retornos constantes à escala, na ausência de mudança técnica (O'Donnell, 2012).

As diferenças entre o índice de produtividade de Malmquist e o de Hicks-Moorsteen são significativas nos casos de retornos variáveis à escala (VRS), exceto se a amostra for equilibrada. O índice de Hicks-Moorsteen tem ainda como vantagem permitir comparações multilaterais e multitemporais e não apenas comparações binárias (Kerstens & Woestyne, 2014).

Ambos os índices se baseiam em funções de distância radial e não compreendem todas as fontes de ineficiência. Por outro lado, o índice de Hicks-Moorsteen (HMI) pode ser decomposto em índices com significado económico e ser reescrito como a média geométrica do índice de Malmquist (MI) orientado para os inputs e orientado para os outputs, o que torna direta a aplicação do HMI às análises de clusters (Ferreira & Marques, 2016).

Uma vez que o que se pretende na análise à proposição P4 é a medição e comparações de TFP, o índice de Hicks-Moorsteen afigura-se como o mais adequado para este estudo.

7.5. Orientações da Análise Quantitativa

7.5.1. Definição das variáveis

Considerando os objetivos a que a investigação se propõe e os aspetos importantes para a boa aplicação da metodologia DEA procura-se que os dados sejam representativos da produção efetuada pelas diferentes DMU, ou seja as unidades hospitalares em análise (Cooper et al., 2007).

A acessibilidade e fiabilidade dos dados recolhidos, a literatura relativa à avaliação de eficiência hospitalar com recurso à DEA, pesaram na escolha das variáveis. Para efeitos de cálculo, em termos de inputs foram eliminadas algumas variáveis com informação em falta e foi dada preferência aos custos. Desta forma, os inputs a considerar são os custos operacionais desagregados, nomeadamente: gastos com pessoal, fornecimentos e serviços externos (FSE), custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas (CMVMC).

Quanto aos outputs, considera-se que se trata de variáveis que refletem adequadamente a produção de cuidados nos hospitais e que permitem a comparabilidade das unidades constituintes da amostra.

A disponibilidade de dados e a realidade específica das instituições hospitalares levou a que uma variável como a produção de hospital de dia não fosse considerada, apesar de fazer parte da compilação de dados inicial. O mesmo se verificou com o indicador relativo à percentagem de consultas realizadas dentro dos tempos máximos de resposta garantidos. Efetivamente,

para esses dois indicadores existem lacunas de informação, parciais ou mesmo totais, em vários dos 31 hospitais considerados na amostra. Assim, as categorias de outputs a considerar são: consultas externas, internamentos, atividade cirúrgica e urgências.

O Quadro 22 sumariza e apresenta as variáveis da investigação.

Quadro 22 - Inputs e outputs definidos para o estudo

Inputs	Outputs
- Gastos com pessoal - Fornecimento & Serviços Externos - Custo das Mercadorias Vendidas e Matérias Consumidas	- N.º global de consultas externas - N.º global de internamentos - N.º global de cirurgias - N.º de atendimentos em urgência

Fonte: Elaboração própria

7.5.2. População/amostra

Num estudo que versa, em particular, o caso dos três hospitais devolvidos pelo Estado à gestão da respetiva Misericórdia é também importante a seleção das restantes unidades hospitalares, que compreenderão 28 entidades, entre Centros Hospitalares (21), Hospitais E.P.E. (6) e Hospitais S.P.A. (1). Dada a natureza, estatuto e características particulares das Unidades Locais de Saúde (ULS), as quais também integram cuidados de saúde primários, considerou-se que, para efeitos de comparabilidade, a inclusão das mesmas não seria adequada. Assim, dadas as diferenças nos outputs, as oito ULS existentes em Portugal no período considerado para a investigação - 2010/2020 - não fazem parte da amostra. Por razões semelhantes, em particular o facto de se tratar de unidades muito especializadas, também as unidades do chamado grupo F⁷, os três Instituto Português de Oncologia (IPO), não fazem parte da amostra.

⁷ A ACSS separa as diferentes unidades hospitalares integrantes do Serviço Nacional de Saúde em diferentes classes (grupo B, grupo C, grupo D, grupo E, grupo F) consoante a sua dimensão e grau de especialização, sendo os integrantes do Grupo F os mais especializados, congregando os três IPO, e os integrantes do Grupo B os de menor especialização.

Quadro 23 - Amostra definida para o estudo

Unidade Hospitalar	Natureza jurídica	Região	População-alvo
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro	EPE	Norte	384 000
Hospital Santa Maria Maior (Barcelos)	EPE	Norte	151 915
Centro Hospitalar do Médio Ave	EPE	Norte	239 971
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde	EPE	Norte	145 241
Centro Hospitalar de São João	EPE	Norte	328 292
Centro Hospitalar Universitário do Porto	EPE	Norte	405 618
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho	EPE	Norte	344 000
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa	EPE	Norte	499 489
Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga	EPE	Norte	335 000
Centro Hospitalar do Baixo Vouga	EPE	Centro	284 987
Hospital Dr. Francisco Zagalo (Distrital de Ovar)	SPA	Centro	60 000
Hospital Distrital da Figueira da Foz	EPE	Centro	112 000
Centro Hospitalar Tondela-Viseu	EPE	Centro	300 000
Centro Hospitalar da Cova da Beira	EPE	Centro	79 860
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra	EPE	Centro	500 000
Centro Hospitalar de Leiria	EPE	Centro	400 000
Centro Hospitalar Barreiro/Montijo	EPE	Lisboa e Vale do Tejo	219 455
Centro Hospitalar do Oeste	EPE	Lisboa e Vale do Tejo	292 546
Hospital Distrital de Santarém	EPE	Lisboa e Vale do Tejo	185 000
Centro Hospitalar do Médio Tejo	EPE	Lisboa e Vale do Tejo	245 000
Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central	EPE	Lisboa e Vale do Tejo	284 000
Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte	EPE	Lisboa e Vale do Tejo	373 000
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental	EPE	Lisboa e Vale do Tejo	238 627
Centro Hospitalar de Setúbal	EPE	Lisboa e Vale do Tejo	241 000
Hospital Fernando Fonseca	EPE	Lisboa e Vale do Tejo	600 000
Hospital Garcia de Orta	EPE	Lisboa e Vale do Tejo	350 000
Hospital Espírito Santo (Évora)	EPE	Alentejo	152 299
Centro Hospitalar Universitário do Algarve	EPE	Algarve	450 000
Hospital São José (Fafe)	Setor Social SCM Fafe	Norte	48 497
Hospital José Luciano de Castro (Anadia)	Setor Social SCM Anadia	Centro	138 225
Hospital de São Paulo (Serpa)	Setor Social SCM Serpa	Alentejo	13 768

Fonte: Elaboração própria (com recurso à PORDATA e Relatórios de Atividades e Contas, no que se refere à população-alvo de referência direta para cada unidade)

7.5.3. Fonte de dados

A recolha de dados foi realizada através de elementos disponibilizados pelas Santas Casas da Misericórdia de Fafe, Anadia e Serpa, bem como de Relatórios de Atividades e Contas das unidades hospitalares em apreço disponíveis online, e também dados da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS). A fonte principal dos dados é o site de benchmarking da Administração Central do Sistema de Saúde (<https://benchmarking->

acss.min-saude.pt/), com consultas e compilação efetuada entre 18 de novembro de 2021 e 3 de fevereiro de 2022, designadamente quanto ao período 2012-2020, bem como Relatórios de Atividades e Contas das unidades em análise, nomeadamente nos anos de 2010 e 2011.

7.5.4. Definição do modelo

Pretende-se apurar a eficiência com recurso à DEA através de um modelo orientado para os inputs. Escolhe-se este modelo dado que se verifica um maior controlo sobre os inputs do que sobre os outputs.

O modelo a utilizar permitirá o cálculo da eficiência de escala, ou seja, dos desvios à escala ótima de operações: quanto mais próximo de 100%, mais próxima estará a unidade em questão da escala ótima. O modelo será de retornos variáveis à escala (VRS) considerando que, em todo o seu conjunto, as unidades hospitalares em análise apresentam dimensões e escalas de operação diferentes. Se se tratasse de um modelo que considerasse os retornos constantes à escala (CRS), assumir-se-ia que a unidade hospitalar em questão somente se poderia comparar com unidades de dimensão similar (Nunes, 2016). De qualquer das formas, mesmo que a tecnologia de produção fosse de CRS, o modelo de VRS seria igualmente válido e retornaria exatamente os mesmos resultados, uma vez que este é idêntico ao primeiro acrescido de uma restrição sobre os coeficientes de intensidade que determinam os valores ótimos das variáveis na fronteira (Ferreira & Marques, 2018; Ferreira, Nunes & Marques, 2018).

7.5.5. Tempo

O espaço temporal estabelecido compreende onze exercícios, entre 2010 e 2020, e é o considerado adequado para se ter um período de tempo antes e pós devolução das unidades, sendo o ano 2015 aquele que marca o início do regresso dessas unidades à gestão pelas respetivas Misericórdias.

7.5.6. Caracterização dos dados da amostra

Procede-se em seguida a uma apresentação dos elementos de análise estatística aos diferentes inputs de custos bem como aos valores de rendimentos que se apresentam na compilação de dados 2010-2020, relativa à amostra de 31 unidades hospitalares considerada na presente investigação, organizados por cluster dos 28 hospitais do SNS em análise e por cluster dos três hospitais que, nesse período, começaram por estar sob gestão direta do SNS e, posteriormente, após desnacionalização, continuaram a fazer parte do SNS mas sob gestão da respetiva Santa Casa da Misericórdia.

Quadro 24 - Análise estatística aos gastos com pessoal das unidades integrantes da amostra

Gastos com Pessoal	Cluster 28		SCMs	
Média	€78.211.451,64		€2.158.037,48	
Mediana	€56.263.271,23		€1.705.681,22	
Desvio Padrão	€59.710.621,33		€1.204.442,03	
	Unidade Ano		Unidade Ano	
Mínimo	€3.385.266,02	Hospital Francisco Zagalo (Ovar) 2012	€760.133,36	Hospital de São Paulo (Serpa) 2015
Máximo	€278.827.502,38	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra 2020	€5.409.814,20	Hospital São José (Fafe) 2010

Fonte: Elaboração própria (dados obtidos a partir do site de benchmarking da Administração Central do Sistema de Saúde (<https://benchmarking-acss.min-saude.pt/>), com consultas e compilação efetuada entre 18 de novembro de 2021 e 3 de fevereiro de 2022, quanto ao período 2012-2020, bem como Relatórios de Atividades e Contas das unidades em análise, quanto aos anos de 2010 e 2011)

A exemplo dos gastos com pessoal, no Quadro 24, também pela análise aos fornecimentos e serviços externos, no quadro 25, é possível constatar a diferença de grandeza de valores dos dois clusters em apreço. Quanto aos resultados obtidos nessas duas variáveis de custos, assinala-se ainda que relativamente aos valores mínimos, máximos e aos exercícios das unidades a que se reportam, os dois clusters apresentam consistência nas unidades/ano a que correspondem.

Quadro 25 - Análise estatística aos FSE das unidades integrantes da amostra

Fornecimentos & Serviços Externos	Cluster 28		SCMs	
Média	€22.830.990,40		€1.151.016,71	
Mediana	€18.167.098,53		€1.043.239,41	
Desvio Padrão	€15.559.282,71		€536.468,31	
	Unidade Ano		Unidade Ano	
Mínimo	€2.566.758,86	Hospital Francisco Zagalo (Ovar) 2012	€361.536,24	Hospital de São Paulo (Serpa) 2015
Máximo	€70.882.323,69	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra 2020	€2.170.244,19	Hospital São José (Fafe) 2010

Fonte: Elaboração própria (dados obtidos a partir do site de benchmarking da Administração Central do Sistema de Saúde (<https://benchmarking-acss.min-saude.pt/>), com consultas e compilação efetuada entre 18 de novembro de 2021 e 3 de fevereiro de 2022, quanto ao período 2012-2020, bem como Relatórios de Atividades e Contas das unidades em análise, quanto aos anos de 2010 e 2011)

Pela análise ao custo das mercadorias vendidas e matérias consumidas, embora com variações de ano, o Hospital Francisco Zagalo (Ovar) e o Hospital de São Paulo (Serpa), voltam a registar o valor mínimo dos respetivos clusters. Quanto a valor máximo, no cluster dos hospitais desnacionalizados é o Hospital São José (Fafe) mas quanto ao Cluster 28 trata-se do Centro Hospitalar Lisboa Norte (2019), e não do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (2020).

Quadro 26 - Análise estatística aos CMVMC das unidades integrantes da amostra

Custo das Mercadorias Vendidas e das Matérias Consumidas	Cluster 28		SCMs	
Média	€47.268.265,96		€325.045,66	
Mediana	€23.318.217,25		€254.384,12	
Desvio Padrão	€49.672.305,81		€265.462,87	
	Unidade Ano		Unidade Ano	

Mínimo	€854.796,64	Hospital Francisco Zagalo (Ovar) 2017	€38.849,39	Hospital de São Paulo (Serpa) 2020
Máximo	€203.974.000,00	Centro Hospitalar Lisboa Norte 2019	€1.277.369,93	Hospital São José (Fafe) 2010

Fonte: Elaboração própria (dados obtidos a partir do site de benchmarking da Administração Central do Sistema de Saúde (<https://benchmarking-acss.min-saude.pt/>), com consultas e compilação efetuada entre 18 de novembro de 2021 e 3 de fevereiro de 2022, quanto ao período 2012-2020, bem como Relatórios de Atividades e Contas das unidades em análise, quanto aos anos de 2010 e 2011)

Também pela compilação de dados sobre os rendimentos das 31 unidades hospitalares que constituem a amostra e pela análise estatística efetuada é possível verificar as diferentes dimensões das unidades hospitalares que constituem os dois clusters. As unidades que na análise aos diferentes inputs de custos apresentaram os valores mínimos e máximos, mostram também correspondência com os resultados da análise estatística aos rendimentos, conforme o quadro seguinte permite perceber.

Quadro 27 - Análise às vendas e serviços prestados das unidades integrantes da amostra

Vendas e Serviços Prestados	Cluster 28		SCMs	
Média	€139.306 077,79		€3.587.696,58	
Mediana	€89.687.494,00		€3.751.001,91	
Desvio Padrão	€114.986.346,74		€1.627.044,72	
		Unidade Ano		Unidade Ano
Mínimo	€7.338.181,18	Hospital Francisco Zagalo (Ovar) 2015	€1.170.675,60	Hospital de São Paulo (Serpa) 2020
Máximo	€455.526.000,00	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra 2019	€7.061.943,73	Hospital São José (Fafe) 2010

Fonte: Elaboração própria (dados obtidos a partir do site de benchmarking da Administração Central do Sistema de Saúde (<https://benchmarking-acss.min-saude.pt/>), com consultas e compilação efetuada entre 18 de novembro de 2021 e 3 de fevereiro de 2022, quanto ao período 2012-2020, bem como Relatórios de Atividades e Contas das unidades em análise, quanto aos anos de 2010 e 2011)

Após a apresentação da análise estatística a custos e rendimentos, procede-se à apresentação da análise estatística à produção, para outputs como o número global de consultas, internamentos, intervenções cirúrgicas, episódios de atendimento em urgência.

Quadro 28 - Análise estatística ao número global de consultas externas médicas de especialidade efetuadas nas unidades integrantes da amostra

Consultas	Cluster 28		SCMs	
Média	308913		10097	
Mediana	250873		12044	
Desvio Padrão	221762		7634	
Mínimo	25188	Unidade Ano	0	Unidade Ano
		Hospital Francisco Zagalo (Ovar) 2018		Hospital de São Paulo (Serpa) 2015
Máximo	912095	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra 2015	22492	Hospital José Luciano de Castro (Anadia) 2015

Fonte: Elaboração própria (dados obtidos a partir do site de benchmarking da Administração Central do Sistema de Saúde (<https://benchmarking-acss.min-saude.pt/>), com consultas e compilação efetuada entre 18 de novembro de 2021 e 3 de fevereiro de 2022, quanto ao período 2012-2020, bem como Relatórios de Atividades e Contas das unidades em análise, quanto aos anos de 2010 e 2011)

Quadro 29 - Análise estatística ao número de internamentos das unidades integrantes da amostra

Internamentos	Cluster 28		SCMs	
Média	20845		396	
Mediana	17964		224	
Desvio Padrão	13221		491	
Mínimo	637	Unidade Ano	98	Unidade Ano
		Hospital Francisco Zagalo (Ovar) 2020		Hospital de São Paulo (Serpa) 2020

Máximo	66726	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra 2011	2407	Hospital São José (Fafe) 2010

Fonte: Elaboração própria (dados obtidos a partir do site de benchmarking da Administração Central do Sistema de Saúde (<https://benchmarking-acss.min-saude.pt/>), com consultas e compilação efetuada entre 18 de novembro de 2021 e 3 de fevereiro de 2022, quanto ao período 2012-2020, bem como Relatórios de Atividades e Contas das unidades em análise, quanto aos anos de 2010 e 2011)

Quadro 30 - Análise estatística ao número de cirurgias das unidades integrantes da amostra

Cirurgias	Cluster 28		SCMs	
Média	17271		1000	
Mediana	14283		1056	
Desvio Padrão	11415		874	
Mínimo	1182	Unidade Ano	0	Unidade Ano
		Hospital Francisco Zagalo (Ovar) 2020		Hospital de São Paulo (Serpa) *
Máximo	49319	Centro Hospitalar de São João 2019	2649	Hospital São José (Fafe) 2019

Fonte: Elaboração própria (dados obtidos a partir do site de benchmarking da Administração Central do Sistema de Saúde (<https://benchmarking-acss.min-saude.pt/>), com consultas e compilação efetuada entre 18 de novembro de 2021 e 3 de fevereiro de 2022, quanto ao período 2012-2020, bem como Relatórios de Atividades e Contas das unidades em análise, quanto aos anos de 2010 e 2011)

Quadro 31 - Análise estatística ao número de urgências das unidades integrantes da amostra

Urgências	Cluster 28		SCMs	
Média	161114		15136	
Mediana	158921		14407	
Desvio Padrão	74419		12280	
		Unidade Ano	Unidade Ano	

Mínimo	0	Hospital Francisco Zagalo (Ovar) **	0	Hospital de São Paulo (Serpa) *
Máximo	362899	Centro Hospitalar Universitário do Algarve 2019	36089	Hospital São José (Fafe) 2016

Fonte: Elaboração própria (dados obtidos a partir do site de benchmarking da Administração Central do Sistema de Saúde (<https://benchmarking-acss.min-saude.pt/>), com consultas e compilação efetuada entre 18 de novembro de 2021 e 3 de fevereiro de 2022, quanto ao período 2012-2020, bem como Relatórios de Atividades e Contas das unidades em análise, quanto aos anos de 2010 e 2011)

A análise estatística aos diferentes outputs, no que respeita aos valores mínimos no cluster dos hospitais desnacionalizados, permite confirmar o Hospital de São Paulo (Serpa) como a unidade de menor dimensão em termos de produção assistencial. O mesmo se verifica quanto ao Hospital Francisco Zagalo (Ovar) no cluster dos hospitais do SNS que permaneceram os 11 exercícios do período 2010-2020 sob gestão direta do setor público.

Se em termos de urgências, cirurgias, internamentos, o Hospital São José (Fafe) registou os valores máximos do respetivo cluster, no caso das consultas de especialidade foi o Hospital José Luciano de Castro (Anadia), em 2015, a registar o valor máximo. No cluster 28, o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra destacou-se quanto a consultas e internamentos; o Centro Hospitalar de São João destacou-se quanto a cirurgias; e o Centro Hospitalar Universitário do Algarve quanto a episódios de atendimento em urgência (2019).

7.6. Orientações da Análise Qualitativa

A realização das entrevistas teve em vista complementar a informação obtida através da análise quantitativa, colher interpretações sobre as conclusões da mesma, na perspetiva de diversos intervenientes dos setores social e da saúde, designadamente com responsabilidades passadas ou presentes nas políticas públicas de saúde, na administração das Misericórdias, na gestão das unidades desnacionalizadas, além de dar resposta a diversos objetivos da investigação nomeadamente os constantes de questões de investigação como:

- À luz dos programas do XIX, XX e XXI Governos Constitucionais; dos Planos Nacionais de Saúde, nomeadamente de 2012 a 2016, e Revisão e Extensão a 2020; dos Relatórios do Grupo Misericórdias Saúde; e de Relatórios de Santas Casas de

Misericórdia com atividade no setor; que contributos advieram das relações de parceria Estado-Misericórdias para o cumprimento de objetivos de políticas de saúde na área hospitalar?

- Como evoluiu a relação Estado-Misericórdias no período democrático, no setor da saúde?
- Em termos de resultados das unidades hospitalares devolvidas ao setor social, em diferentes dimensões, que tipo de análises comparativas podem ser feitas, entre os períodos prévio, durante e pós-devolução?
- Comparando entre si unidades hospitalares que fazem parte do SNS, mas foram devolvidas à gestão do sector social com outras unidades de dimensão semelhante, na mesma área geográfica e ainda sob gestão pública, que tipo de vantagens podem ser identificadas para o Estado entre uma opção e outra?
- Partindo da experiência recolhida nas unidades hospitalares do SNS cuja gestão foi devolvida às Misericórdias, que medidas podem ser adoptadas para que estes tipos de parcerias possam ser mais efetivas, assentes em relações de cooperação e com benefícios de boa governança para todos os parceiros?

Assim, a realização de entrevistas semi-estruturadas para a concretização dos objetivos de investigação assentou no seguinte guião de entrevista:

Quadro 32 - Guião de entrevista

Objetivos de investigação	Tópicos	Questões
Perguntas ligadas ao objetivo geral de investigação e ao objetivo específico n.º 1 do modelo de análise	Perceção sobre a relação entre Estado e Misericórdias no período 1974-2020	1- No seu entendimento como evoluiu a relação entre o Estado e as Misericórdias no setor da saúde em Portugal, ao longo do período democrático?
	Perceção sobre os acordos estabelecidos entre a Administração Pública e as Misericórdias na área hospitalar	2- No seu entendimento, quais os principais pontos fortes/fracos associados aos acordos de gestão estabelecidos entre o Estado e as Misericórdias no que se refere ao cumprimento dos objetivos das políticas de saúde na área hospitalar, desde 1974?
Perguntas ligadas ao objetivo geral de investigação constante do modelo de análise e ao objetivo	Perceção sobre os resultados alcançados nos primeiros 5 anos após devolução às Misericórdias da gestão das respetivas unidades	1- No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974/1975, como

específico n.º 2 do modelo de análise	hospitais	qualifica os resultados alcançados, na perspetiva das poupanças esperadas pelo Estado? E na perspetiva das Misericórdias?
		2- No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos assistenciais?
		3- No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos de sistema de avaliação da qualidade (SINAS, da Entidade Reguladora da Saúde), se aplicável?
Perguntas ligadas ao objetivo de investigação específico n.º 3 do modelo de análise	Perceção sobre o modelo de gestão pública de unidades hospitalares de pequena/média dimensão <i>versus</i> modelo de gestão pelo setor social (no caso, Misericórdias)	1- Comparando as unidades hospitalares de Fafe, Anadia e Serpa (que já integravam o SNS e foram, entretanto, devolvidas à gestão do setor social) com outras unidades de dimensão semelhante, na mesma área geográfica e ainda sob gestão pública, no seu entendimento, que tipo de vantagens identifica para o Estado entre uma opção e outra?
		2- Apesar de seguirem o mesmo modelo de acordo de gestão, estabelecido entre as respetivas Misericórdias e Administrações Regionais de Saúde, os resultados alcançados apresentam alguma discrepância de unidade para unidade. No seu entendimento, as diferenças podem ser explicadas por: a) incumprimento da respetiva Misericórdia relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê? b) incumprimento do Estado relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê? c) Incumprimento de ambas as partes. E se sim, em quê? d) Outras razões. Quais?
Pergunta ligada ao objetivo de investigação específico n.º 4 do modelo de análise	Perceção sobre o futuro destes acordos	Na sua perspetiva, e partindo da experiência recolhida nas unidades hospitalares do SNS cuja gestão foi devolvida às Misericórdias (nos primeiros cinco anos, 2015-2020) que medidas futuras podem ser adotadas para que estas parcerias possam ser mais efetivas, assentes em relações de cooperação e com benefícios de boa

		governança para todos os parceiros envolvidos?

Fonte: Elaboração própria

7.6.1. Modelo de análise das entrevistas

Neste estudo, além da metodologia quantitativa, pretende-se usar a metodologia qualitativa, neste caso procurando compreender melhor as percepções dos intervenientes no processo de formação das opções políticas que estiveram ligados ao processo de devolução dos hospitais às respetivas Misericórdias, que foram ou são responsáveis pela gestão na administração pública da saúde, na administração das unidades devolvidas, na administração das Misericórdias. Para tal, as entrevistas serão avaliadas com recurso à análise de conteúdo.

Esta técnica da análise de conteúdo é útil para obter um melhor entendimento de verbalizações. Ultrapassar a incerteza e enriquecer a leitura, aumentando a aptidão para a descoberta, são também objetivos da mesma. Tem ainda por objetivo confirmar, ou não validar, determinadas afirmações provisórias (Bardin, 2018).

Neste procedimento de análise recorre-se à codificação de excertos de texto, em categorias pré-definidas, que são posteriormente descritos recorrendo à análise estatística. Com a análise de conteúdo minimizam-se os aspetos subjetivos de codificação e interpretação, aumentando o grau de precisão da pesquisa (Morgan, 1993).

7.6.2. População/amostra

Definiu-se que as pessoas a entrevistar deviam ser pessoas que desempenhem ou tenham desempenhado funções com responsabilidade nas políticas de saúde; protagonistas do processo de devolução dos hospitais de Misericórdias à gestão da respetiva Misericórdia; agentes da máquina administrativa do Ministério da Saúde que participaram na implementação dessas decisões, designadamente na negociação dos termos dos acordos entre o Estado e o setor social; responsáveis da União das Misericórdias; responsáveis das Misericórdias cujos respetivos Hospitais foram devolvidos à sua gestão; representantes do setor social na fase de negociação com o Estado e também na implementação de decisão; administradores hospitalares. No total foram identificadas 23 pessoas a entrevistar.

7.6.3. Categorização

A fim de melhor analisar o material das entrevistas semi-estruturadas é importante a sua codificação. Assim, através da transformação dos elementos do texto, de acordo com regras definidas, é feita uma decomposição e agregação da informação, o que possibilita uma representação dos principais conteúdos do texto. Numa análise de categorias, esta organização compreende as seguintes etapas: a decomposição, onde são escolhidas as unidades; a escolha das regras de contagem, e a sua agregação e classificação, através da definição de categorias (Bardin, 2018).

Utilizar-se-á a técnica de análise de conteúdo para o tratamento dos dados, a qual parte de um processo de categorização. As categorias em questão versam sobre:

- A perceção sobre a relação entre Estado e Misericórdias no período 1974-2020;
- A perceção sobre os acordos estabelecidos entre a Administração Pública e as Misericórdias na área hospitalar;
- A perceção sobre os resultados alcançados nos primeiros 5 anos após devolução às Misericórdias da gestão das respetivas unidades hospitalares;
- A perceção sobre o modelo de gestão pública de unidades de pequena/média dimensão *versus* modelo de gestão pelo setor social (no caso, Misericórdias);
- A perceção sobre o futuro destes acordos.
- A perceção sobre o modelo de gestão pública de unidades de pequena/média dimensão *versus* modelo de gestão pelo setor social (no caso, Misericórdias).

Quadro 33 - Definição de categorias e subcategorias

Categorias	Definição	Subcategorias	Definição
Relação entre Estado e Misericórdias na prestação de cuidados em Portugal	Perceção sobre a abrangência e tipologia das parcerias públicas com o setor social na área da saúde	Contributos das Misericórdias nos cuidados primários, hospitalares, continuados, paliativos	Perceção sobre contributo das Misericórdias para o cumprimento dos objetivos das políticas de saúde, desde 1974
		Pontos fortes/fracos dos acordos de cooperação	Perceção sobre pontos fortes/fracos dos acordos de gestão entre o Estado e Misericórdias na área hospitalar

Relação entre modelo de gestão público e modelo de gestão pelo setor social (no caso, Misericórdias)	Reflexão de decisores e gestores sobre modelo de gestão público de unidades de pequena/média dimensão <i>versus</i> modelo de gestão pelo setor social (respetiva Misericórdia)	Resultados	Perceção sobre resultados de unidades sob gestão direta do Estado ou em acordo de parceria com a respetiva Misericórdia
		Fatores	Reflexão sobre fatores que influenciam os resultados
Papel a desempenhar pelo setor social na área da saúde	Reflexão sobre desnacionalização de novas unidades, aprofundamento dos acordos de gestão atuais, alargamento a mais unidades de acordos de gestão na área hospitalar	Futuro das parcerias público-social na saúde	Perceção
		Desnacionalização da gestão de unidades hospitalares	Reflexão

Fonte: Elaboração própria

7.6.4. Aspetos éticos e legais tidos em consideração

O consentimento dos entrevistados e a possibilidade de acederem à informação, assim como uma avaliação das consequências da publicação dos resultados, devem estar assegurados. Os interesses dos indivíduos que participam numa investigação estão acima dos interesses da pesquisa, não podendo os participantes ser prejudicados pelo seu contributo (Debert, 2003).

Todos os entrevistados foram previamente informados dos objetivos da investigação e a confidencialidade e preservação de identidade foram assegurados.

A preocupação com a ética esteve presente, como seria devido numa análise qualitativa, e os interesses dos participantes foram salvaguardados acima dos interesses da pesquisa (Guillem & Novaes, 2010).

8. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

8.1. Resultados da análise quantitativa

A apresentação, análise e discussão dos resultados da parte quantitativa do estudo serão realizadas em função de questões, apresentadas sob a forma de proposição (P), a saber:

P1: Os hospitais desnacionalizados são mais eficientes do que o foram no período pré-devolução.

P2: Os hospitais desnacionalizados, no período pós-devolução, demonstram uma tendência de eficiência melhor que a dos restantes hospitais do SNS em estudo.

P3: Na comparação de eficiência entre as unidades desnacionalizadas e hospitais do respetivo grupo e/ou região há uma evolução positiva no período pós-devolução versus período pré-devolução.

P4: Os hospitais desnacionalizados demonstram maior produtividade do que os restantes.

P5: Na comparação de resultados de avaliação da qualidade em saúde, há uma evolução positiva no período pós-devolução *versus* período pré-devolução por parte das unidades desnacionalizadas.

8.1.1. Proposição 1

P1: Os hospitais desnacionalizados são mais eficientes do que o foram no período pré-devolução.

Para verificar esta proposição procedeu-se a uma avaliação da eficiência com recurso à metodologia da DEA. Nos resultados verificou-se a existência de várias unidades com eficiência VRS igual a 1 em cada um dos anos 2010 a 2020.

Os dados obtidos permitem distinguir, em cada ano, as unidades eficientes das não eficientes. No quadro-resumo seguinte apresenta-se o número de unidades hospitalares consideradas eficientes (resultado=1) no período em análise.

Quadro 34 - Número de unidades hospitalares eficientes, entre 2010 e 2020

Ano	Total de hospitais em análise	Unidades hospitalares eficientes	
		N.º total	Pertencentes a SCMs
2010	31	7	3 (pré-devolução)
2011	31	15	3 (pré-devolução)
2012	31	16	3 (pré-devolução)
2013	31	14	2 (pré-devolução)
2014	31	12	3 (pré-devolução)
2015	31	12	3
2016	31	12	3
2017	31	10	2
2018	31	8	2
2019	31	11	2
2020	31	2	2

Fonte: Elaboração própria

O Hospital de Fafe e o Hospital de Serpa, duas das três unidades hospitalares que vieram a ser devolvidas pelo Estado à gestão da respetiva Misericórdia, foram consideradas eficientes em todo o período em análise.

O Hospital de Anadia foi considerado eficiente em seis dos onze anos em análise, dois dos quais após devolução. Nos anos em que não foi considerado eficiente, o respetivo desvio em relação à fronteira de eficiência foi: em 2013, [0,05]; em 2017, [0,0778]; em 2018, [0,0890]; em 2019, [0,0767]; e em 2020, [0,2190].

No âmbito dos restantes hospitais do SNS, que, mais à frente no texto, por simplificação, se designará como “Cluster 28”, a percentagem de unidades consideradas eficientes relativamente ao universo total em análise foi maior nos anos 2011, 2012 e 2013, em que atingiu respetivamente, 38,7%, 41,9%, 38,7% e menor no ano de 2020 em que nenhuma unidade deste cluster foi considerada eficiente. O facto de 2020 ter sido um ano de pandemia de COVID-19 poderá ajudar a explicar essa realidade. No caso do Hospital de Fafe e no caso

do Hospital de Serpa, sob gestão das respetivas Misericórdias, a realidade da pandemia de COVID-19 não os impediu de continuarem a ser eficientes, o que talvez se prenda com a dimensão das unidades, ambas de proximidade, e com o perfil assistencial, menos especializado, das mesmas.

Em nenhum dos anos da década em análise a percentagem de unidades eficientes entre hospitais do universo das Misericórdias (de propriedade e, posteriormente, a partir de janeiro de 2015, também gestão direta) foi inferior à percentagem de unidades eficientes no universo dos restantes hospitais do SNS.

Partindo dos resultados obtidos procedeu-se a uma análise estatística considerando os seguintes elementos: média de eficiência VRS, valor mínimo, desvio-padrão, coeficiente de variação e evolução da média de eficiência (quadro 35).

Quadro 35 - Estatística sobre resultados de eficiência VRS dos 31 hospitais em análise, entre 2010 e 2020

Ano	Média	Mínimo	Desvio-padrão	Coeficiente de variação	Evolução da média de eficiência
2010	0,905	0,653	0,116	0,128	
2011	0,938	0,678	0,097	0,104	+3,65%
2012	0,921	0,702	0,105	0,114	-1,81%
2013	0,927	0,688	0,099	0,107	+0,65%
2014	0,923	0,699	0,095	0,103	-0,43%
2015	0,917	0,697	0,101	0,110	-0,65%
2016	0,896	0,648	0,118	0,132	-2,29%
2017	0,878	0,627	0,131	0,150	-2,01%
2018	0,870	0,597	0,132	0,152	-0,91%
2019	0,838	0,572	0,161	0,192	-3,68%
2020	0,717	0,473	0,169	0,236	-14,44%

Fonte: Elaboração própria

As médias mais elevadas de eficiência VRS das 31 unidades hospitalares em análise verificaram-se nos anos de 2011, 2013, 2014 e 2012, com os valores respetivos de 0,938, 0,927, 0,923 e 0,921.

Globalmente, verifica-se uma tendência de decréscimo ao longo do período em análise, sendo que a média menos elevada de eficiência VRS se verificou no ano de 2020, com o valor de 0,717.

A média dos resultados de eficiência VRS nos 11 anos em análise foi de 0,8845, o que, embora inferior a 1, é um valor próximo da fronteira de eficiência.

O valor mais elevado do coeficiente de variação nos onze anos em estudo verificou-se em 2020 (23,6%), tratando-se, assim, do ano em que maior dispersão houve relativamente à média e se verificou uma menor homogeneidade no conjunto de dados. Foi no ano de 2014 que se verificou o menor valor de coeficiente de variação (10,3%), com a menor dispersão relativamente à média.

Nos onze exercícios do período de 2010-2020, os valores de coeficiente de variação foram sempre inferiores a 25%, não havendo grande heterogeneidade nos *scores* de eficiência, ou seja, as entidades não distam muito da fronteira (com exceção de um ou outro caso atípico, com elevadas ineficiências), comportamento que se manteve ao longo dos anos. Assim, não há uma alteração significativa da fronteira de eficiência ao longo da década, mantendo-se a mesma relativamente estável.

Os quadros seguintes apresentam os resultados de forma separada por cluster.

Quadro 36 - Estatística sobre resultados de eficiência VRS dos 28 hospitais em análise, não pertencentes a Misericórdias⁸, entre 2010 e 2020

Ano	Média	Mínimo	Desvio-padrão	Coefficiente de variação	Evolução da média de eficiência
2010	0,891	0,653	0,115	0,129	
2011	0,930	0,678	0,100	0,108	+4,38%
2012	0,917	0,702	0,105	0,114	-1,4%
2013	0,930	0,688	0,098	0,106	+1,42%
2014	0,920	0,699	0,092	0,100	-1,08%
2015	0,915	0,697	0,098	0,107	-0,54%
2016	0,895	0,648	0,115	0,128	-2,19%
2017	0,874	0,627	0,128	0,147	-2,35%
2018	0,866	0,597	0,129	0,149	-0,92%
2019	0,833	0,572	0,158	0,190	-3,81%
2020	0,692	0,473	0,148	0,214	-16,93%

Fonte: Elaboração própria

Quadro 37 - Estatística sobre resultados de eficiência VRS dos 3 hospitais em análise, pertencentes a Misericórdias, entre 2010 e 2020

Ano	Média	Mínimo	Desvio-padrão	Coefficiente de variação	Evolução da média de eficiência
2010	1	1	0	0	
2011	1	1	0	0	0%
2012	1	1	0	0	0%
2013	0,983	0,950	0,029	0,029	-1,7%
2014	1	1	0	0	+1,73%
2015	1	1	0	0	0%
2016	1	1	0	0	0%
2017	0,974	0,922	0,045	0,046	-2,6%
2018	0,970	0,911	0,051	0,053	-0,41%
2019	0,974	0,923	0,044	0,045	+0,41%
2020	0,927	0,781	0,126	0,136	-4,83%

Fonte: Elaboração própria

⁸ De referir que também o Hospital de Santo António (Centro Hospitalar do Porto) é de propriedade da respetiva Santa Casa da Misericórdia. No entanto, dado que a desnacionalização da sua gestão não chegou a ocorrer não se considera aqui no cluster dos hospitais desnacionalizados, mas no universo dos restantes hospitais do SNS.

Segmentando a análise dos valores de média, no caso das 3 unidades devolvidas à gestão das Misericórdias o valor da média de eficiência VRS correspondeu a 0,9845, enquanto nos restantes 28 hospitais em análise correspondeu a 0,8785.

A esta análise preliminar segue-se a apresentação dos resultados estatísticos por cluster.

Quadro 38 - Estatística sobre resultados de eficiência VRS dos 28 hospitais em análise, não pertencentes a Misericórdias, entre 2010 e 2020

Unidade Hospitalar	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Média	Desvio-padrão	Coefficiente de variação
C.H. de Trás-os-Montes e Alto Douro	0,816	0,821	0,787	0,908	0,875	0,898	0,853	0,819	0,886	0,825	0,76	0,841	0,047	0,056
Hospital Santa Maria Maior (Barcelos)	0,971	1	1	0,984	0,946	0,932	0,884	0,88	0,875	0,847	0,682	0,909	0,093	0,102
C.H. do Médio Ave	0,945	1	1	1	1	0,983	1	1	1	0,943	0,714	0,962	0,085	0,089
C.H. Póvoa de Varzim/Vila do Conde	0,981	1	1	1	0,986	1	0,985	0,977	0,952	0,958	0,833	0,97	0,049	0,05
C.H. de São João	0,996	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,948	0,995	0,016	0,016
C.H. Universitário do Porto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,917	0,992	0,025	0,025
C.H. Vila Nova de Gaia/Espinho	0,942	1	0,998	1	1	1	1	1	1	1	0,895	0,985	0,034	0,035
C.H. do Tâmega e Sousa	1	1	1	0,984	1	1	1	1	1	1	0,674	0,969	0,098	0,101
C.H. de Entre Douro e Vouga	1	1	1	1	1	0,955	0,942	1	0,976	1	0,74	0,965	0,077	0,08
C.H. do Baixo Vouga			0,825	0,953	0,92	0,919	0,92	0,846	0,801	0,741	0,671	0,844	0,095	0,112
Hospital Dr. Francisco Zagalo (Ovar)			1	1	1	1	1	1	0,984	1	0,863	0,983	0,045	0,046
Hospital Distrital da Figueira da Foz	0,863	0,939	0,902	0,962	0,98	1	1	1	0,988	1	0,841	0,952	0,059	0,061
C.H. Tondela-Viseu		0,906	0,932	1	0,992	1	0,885	0,812	0,666	0,632	0,473	0,83	0,182	0,219
C.H. da Cova da Beira	0,783	0,901	0,896	0,912	0,869	0,931	0,751	0,729	0,793	0,592	0,51	0,788	0,137	0,174
C.H. e Universitário de Coimbra			1	1	1	1	1	0,992	1	1	0,786	0,975	0,071	0,073
C.H. de Leiria		1	1	1	1	0,992	1	0,975	0,917	0,792	0,809	0,949	0,082	0,087
C.H. Barreiro/Montijo	0,92	0,986	0,815	0,808	0,807	0,79	0,782	0,76	0,736	0,718	0,525	0,786	0,117	0,148
C.H. do Oeste			1	1	0,919	0,922	0,956	0,85	0,88	0,885	0,566	0,886	0,131	0,148
Hospital Distrital de Santarém	0,946	0,957	0,857	0,863	0,832	0,756	0,717	0,627	0,597	0,572	0,513	0,749	0,155	0,207
C.H. do Médio Tejo	0,89	0,946	0,927	0,911	0,818	0,769	0,734	0,743	0,717	0,604		0,806	0,112	0,138

C.H. e Universitário de Lisboa Central	0,756	0,806	0,948	0,997	0,995	0,933	0,912	0,894	0,869	0,856	0,779	0,886	0,082	0,092
C.H. e Universitário de Lisboa Norte	1	1	1	0,929	0,875	0,9	0,909	0,917	0,918	0,954		0,94	0,046	0,049
C.H. de Lisboa Ocidental	0,893	1	0,929	0,904	0,931	0,895	0,834	0,801	0,797	0,739	0,673	0,854	0,096	0,112
C.H. de Setúbal	0,691	0,734	0,719	0,697	0,72	0,73	0,692	0,66		0,645		0,698	0,031	0,044
Hospital Fernando Fonseca	1	1	1	1	0,958	0,851	0,937	0,892	0,825	0,737	0,502	0,882	0,153	0,174
Hospital Garcia de Orta	0,665	0,678	0,702	0,688	0,699	0,697	0,648	0,629	0,599	0,572	0,529	0,646	0,058	0,089
Hospital Espírito Santo (Évora)	0,653	0,734	0,739	0,714	0,779	0,756	0,722	0,681	0,685	0,719	0,565	0,704	0,058	0,083
C.H. e Universitário do Algarve	0,894	0,915	0,714	0,828	0,853	1	1	0,984	0,921	1	0,537	0,877	0,143	0,163
Mínimo	0,653	0,678	0,702	0,688	0,699	0,697	0,648	0,627	0,597	0,572	0,473			
Máximo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,948			
Média	0,891	0,93	0,917	0,93	0,92	0,915	0,895	0,874	0,866	0,833	0,692			
Desvio-padrão	0,115	0,1	0,105	0,098	0,092	0,098	0,115	0,128	0,129	0,158	0,148			
Coefficiente de variação	0,129	0,108	0,114	0,106	0,1	0,107	0,128	0,147	0,149	0,19	0,214			

Fonte: Elaboração própria

No universo dos restantes hospitais do SNS, pode salientar-se que algumas unidades hospitalares foram consideradas eficientes em seis ou mais anos do período em análise, a saber:

- Centro Hospitalar do Médio Ave
- Centro Hospitalar de São João
- Centro Hospitalar Universitário do Porto
- Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia-Espinho
- Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa
- Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga
- Hospital Dr. Francisco Zagalo (Distrital de Ovar)
- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Neste grupo de 28 hospitais, o valor mínimo de eficiência VRS registado no período em análise foi de 0,473, registado em 2020, e respeita ao Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

A unidade que regista a maior média de eficiência VRS ao longo do período em análise é o Centro Hospitalar de São João (0,995) e a unidade com menor média de eficiência VRS é o Hospital Garcia de Orta (0,646).

No que se refere aos coeficientes de variação, a unidade hospitalar que mantém uma menor variação do valor de eficiência VRS (1,6%) em relação à respetiva média ao longo do período em estudo é o Centro Hospitalar de São João, verificando, assim, uma maior homogeneidade nos valores dos resultados de eficiência. Por outro lado, a unidade que regista um maior coeficiente de variação no período é o Centro Hospitalar Tondela-Viseu (21,9%).

Relativamente aos valores de eficiência VRS, cujos resultados se apresentam no quadro 38, importa, ainda, dar nota das razões na base de em uma ou outra situação não ter sido possível o respetivo cálculo. Assim:

- O Centro Hospitalar do Baixo Vouga foi constituído apenas em 2012. Mesmo para efeitos de análise evolutiva, o Relatório de Atividades e Contas (RAC) relativo ao exercício de 2012 refere explicitamente que, dado os estatutos jurídicos, realidades de processamento contabilístico, e características gerais serem distintas, os registos históricos anteriores do Hospital Distrital de Águeda, Hospital Visconde de Salreu, e Hospital Infante D. Pedro não devem servir de base comparativa (de resto, apenas o Hospital Infante D. Pedro tinha a informação disponível online para esses anos de 2010 e 2011, nem o Hospital Distrital de Águeda nem o Hospital Visconde de Salreu a disponibilizavam online).
- A informação sobre o Hospital Francisco Zagalo relativa aos anos 2010 e 2011 não se encontra disponível.
- O ano de 2012 é o primeiro ano de atividade do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Não estão disponíveis online os RAC de 2010 e 2011 das entidades que lhe viriam a dar origem. No entanto, quanto a alguns indicadores de atividade assistencial foi possível obter alguma informação de 2011 em RAC dos anos seguintes.
- Em 2010 não existia Centro Hospitalar de Leiria e apenas uma das entidades que o viriam a constituir tem disponível online o RAC relativo a 2010.

- O Centro Hospitalar do Oeste só é constituído em 2012. Não estão disponíveis online dados que permitam os cálculos de eficiência VRS dos anos de 2010 e 2011 a partir das entidades que lhe viriam a dar origem.

- Quanto ao Centro Hospitalar do Médio Tejo, não se encontra disponível informação sobre o exercício de 2020.

- O mesmo se verifica quanto ao Centro Hospitalar de Setúbal para os anos de 2018 e 2020.

- No caso do Centro Hospitalar Lisboa Norte, para o exercício de 2020, não estava disponível informação no site de *benchmark* nem o RAC se encontrava acessível, no período em que a compilação foi efetuada.

Quadro 39 - Estatística sobre resultados de eficiência VRS dos 3 hospitais em análise, pertencentes a Misericórdias, entre 2010 e 2020

Unidade Hospitalar	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Média	Desvio-padrão	Coefficiente de Variação
Hospital de Fafe	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
Hospital de Anadia	1	1	1	0,95	1	1	1	0,922	0,911	0,923	0,781	0,953	0,068	0,071
Hospital de Serpa	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
Mínimo	1	1	1	0,95	1	1	1	0,922	0,911	0,923	0,781			
Máximo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
Média	1	1	1	0,983	1	1	1	0,974	0,97	0,974	0,927			
Desvio-padrão	0	0	0	0,029	0	0	0	0,045	0,051	0,044	0,126			
Coefficiente de variação	0	0	0	0,029	0	0	0	0,046	0,053	0,045	0,136			

Fonte: Elaboração própria

Pela análise dos quadros anteriores evidencia-se:

- 1) Nos anos de 2010, 2011, 2012 e 2014, todos os hospitais que viriam a ser desnacionalizados fizeram parte do grupo dos mais eficientes. Em 2013, o Hospital de Anadia não.
- 2) Após a desnacionalização, em 2015 e 2016 o Hospital de Fafe, o Hospital de Anadia e o Hospital de Serpa voltaram a estar no grupo dos mais eficientes.

-
- 3) Em 2017, 2018, 2019 e 2020, apenas o Hospital de Anadia não fez parte do grupo dos mais eficientes, embora os resultados de eficiência VRS dessa unidade tenham sido superiores, em cada um desses anos, à média registada pelos restantes 28 hospitais sob gestão direta do SNS em análise no respetivo ano.
 - 4) O valor mínimo de eficiência VRS registado no período 2010-2020, no que se refere às 3 unidades devolvidas à gestão das Misericórdias, foi de 0,781, registado em 2020, e respeita ao Hospital de Anadia.

No que se refere aos coeficientes de variação, as unidades hospitalares que mantêm uma menor variação do valor de eficiência VRS (0%) em relação à respetiva média ao longo do período em estudo são o Hospital de Fafe e o Hospital de Serpa, verificando, assim, uma maior homogeneidade nos valores dos resultados de eficiência. Por outro lado, a unidade que regista um maior coeficiente de variação no período é o Hospital de Anadia (7,1%).

No cômputo geral, os hospitais das Santas Casas de Misericórdia parecem apresentar melhores níveis de eficiência do que os restantes 28 Hospitais do SNS em análise, embora a diferença não seja significativa. Já no período pré-devolução estas unidades registavam melhores níveis de eficiência, comparativamente aos restantes hospitais, o que também poderá estar relacionado com a melhor adequação da dimensão e grau de diferenciação.

No que se refere à comparação direta dos resultados de eficiência dos hospitais das Misericórdias no período pré-devolução versus pós-devolução, tendo em conta os resultados obtidos, não existem evidências estatísticas a favor da proposição em estudo P1.

Pode considerar-se que estas três unidades já demonstravam um resultado de eficiência VRS satisfatório antes da devolução, com uma média superior à do cluster 28, e que a mantiveram, embora com oscilações no caso do Hospital de Anadia.

8.1.2. Proposição 2

P2: Os hospitais desnacionalizados, no período pós-devolução, demonstram uma tendência de eficiência melhor que a dos restantes hospitais do SNS em estudo.

Adicionalmente ao estudo de eficiência com recurso à DEA já realizado, para um melhor aprofundamento e verificação da proposição P2 procedeu-se, ainda, a uma análise quantitativa com recurso à metodologia da supereficiência em cada um dos exercícios do período 2010-2020, para todos os hospitais em análise. O conceito de supereficiência foi introduzido por Andersen e Petersen (1993) e visa uma maior diferenciação do resultado de eficiência entre as unidades consideradas eficientes (todas as que com a aplicação da DEA apresentam score igual a 1).

Os quadros seguintes compilam os resultados apurados de supereficiência, no período temporal 2010-2020, para cada um dos clusters em análise.

Quadro 40 - Estatística sobre resultados de supereficiência VRS dos 28 hospitais em análise, não pertencentes a Misericórdias, entre 2010 e 2020

Unidade Hospitalar	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Média	Desvio-padrão	Coefficiente de Variação
C.H. de Trás-os-Montes e Alto Douro	0,843	0,841	0,809	0,925	0,888	0,895	0,882	0,803	0,887	0,844	0,769	0,853	0,047	0,056
Hospital Santa Maria Maior (Barcelos)	1,008	1,003	1,044	0,977	0,943	0,939	0,916	0,886	0,878	0,857	0,684	0,921	0,098	0,107
C.H. do Médio Ave	0,965	1,018	1,009	1,043	1,004	1,016	1,045	1,019	1,046	0,977	0,73	0,988	0,09	0,091
C.H. Póvoa de Varzim/Vila do Conde	0,993	1,041	1,025	1,036	1,017	1,03	0,998	0,961	0,967	0,979	0,863	0,992	0,051	0,051
C.H. de São João	0,998	1,009	1,024	1,019	1,041	1,002	1,018	1,024	1,041	1,028	0,933	1,012	0,03	0,029
C.H. Universitário do Porto	1,025	1,024	1,015	1,018	1,015	1,023	1,009	1,005	1,045	1,031	0,951	1,015	0,024	0,023
C.H. Vila Nova de Gaia/Espinho	0,979	1,012	1,028	1,021	1,046	1,041	1,045	1,019	1,043	1,011	0,885	1,012	0,046	0,046
C.H. do Tâmega e Sousa	1,027	1,037	1,002	1,015	1,002	1,019	1,019	1,018	1,041	1,043	0,665	0,99	0,109	0,11
C.H. de Entre Douro e Vouga	1,047	1,026	1,004	1,009	1,002	0,971	0,959	1,015	0,976	1,019	0,753	0,98	0,08	0,081
C.H. do Baixo Vouga			0,821	0,989	0,912	0,952	0,941	0,841	0,799	0,751	0,682	0,854	0,102	0,119
Hospital Dr. Francisco Zagalo (Ovar)			1,029	1,033	1,019	1,008	1,013	1,013	1,015	1,044	0,859	1,004	0,056	0,055
Hospital Distrital da Figueira da Foz	0,862	0,938	0,927	0,987	0,982	1,045	1,041	1,01	0,995	1,004	0,871	0,969	0,062	0,064
C.H. Tondela-Viseu		0,894	0,945	1,04	1,024	1,039	0,896	0,837	0,653	0,644	0,487	0,846	0,191	0,226
C.H. da Cova da Beira	0,796	0,908	0,916	0,937	0,864	0,94	0,748	0,718	0,806	0,602	0,517	0,796	0,14	0,176
C.H. e Universitário de Coimbra			1,038	1,038	1,033	1,007	1,025	1,019	1,026	1,044	0,777	1,001	0,085	0,085

C.H. de Leiria		1,018	1,035	1,019	1,037	0,995	1,036	0,978	0,92	0,819	0,826	0,968	0,085	0,087
C.H. Barreiro/Montijo	0,914	1,024	0,833	0,828	0,805	0,783	0,794	0,755	0,758	0,731	0,54	0,797	0,119	0,149
C.H. do Oeste			1,035	1,016	0,943	0,923	0,972	0,854	0,905	0,91	0,57	0,903	0,137	0,152
Hospital Distrital de Santarém	0,929	0,956	0,847	0,86	0,863	0,772	0,733	0,618	0,603	0,569	0,518	0,752	0,153	0,204
C.H. do Médio Tejo	0,894	0,964	0,941	0,908	0,82	0,76	0,739	0,744	0,712	0,605		0,809	0,116	0,144
C.H. e Universitário de Lisboa Central	0,781	0,828	0,954	0,987	1,023	0,943	0,902	0,881	0,893	0,866	0,785	0,895	0,078	0,087
C.H. e Universitário de Lisboa Norte	1,038	1,03	1,032	0,953	0,877	0,896	0,916	0,918	0,91	0,947		0,952	0,06	0,063
C.H. de Lisboa Ocidental	0,917	1,024	0,966	0,912	0,923	0,908	0,818	0,817	0,804	0,747	0,678	0,865	0,101	0,117
C.H. de Setúbal	0,696	0,759	0,72	0,715	0,726	0,724	0,681	0,686		0,64		0,705	0,034	0,048
Hospital Fernando Fonseca	1,047	1,012	1,049	1,003	0,995	0,84	0,92	0,885	0,852	0,756	0,509	0,897	0,16	0,178
Hospital Garcia de Orta	0,68	0,678	0,725	0,706	0,7	0,688	0,644	0,647	0,588	0,573	0,54	0,652	0,06	0,093
Hospital Espírito Santo (Évora)	0,646	0,755	0,729	0,713	0,788	0,784	0,73	0,691	0,708	0,71	0,577	0,712	0,06	0,085
C.H. e Universitário do Algarve	0,889	0,923	0,733	0,846	0,848	1,012	1,034	1,016	0,91	1,026	0,546	0,889	0,148	0,166
Mínimo	0,646	0,678	0,72	0,706	0,7	0,688	0,644	0,618	0,588	0,569	0,487			
Máximo	1,047	1,041	1,049	1,043	1,046	1,045	1,045	1,024	1,046	1,044	0,951			
Média	0,908	0,947	0,937	0,948	0,934	0,927	0,91	0,881	0,881	0,849	0,701			
Desvio-padrão	0,123	0,104	0,112	0,103	0,101	0,107	0,125	0,132	0,14	0,168	0,148			
Coefficiente de variação	0,136	0,11	0,12	0,109	0,108	0,116	0,138	0,15	0,159	0,198	0,212			

Fonte: Elaboração própria

Quadro 41 - Estatística sobre resultados de supereficiência VRS dos 3 hospitais em análise, pertencentes a Misericórdias, entre 2010 e 2020

Unidade Hospitalar	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Média	Desvio-padrão	Coefficiente de Variação
Hospital de Fafe	1,008	1	1,005	1,009	1,038	1,046	1,024	1,048	1,005	1,02	1,001	1,018	0,018	0,018
Hospital de Anadia	1,028	1,035	1,03	0,982	1,014	1,022	1,041	0,936	0,906	0,948	0,769	0,974	0,082	0,084
Hospital de Serpa	1,044	1,043	1,029	1,017	1,041	1,037	1,022	1,026	1,031	1,038	1,032	1,033	0,009	0,009
Mínimo	1,008	1	1,005	0,982	1,014	1,022	1,022	0,936	0,996	0,948	0,769			
Máximo	1,044	1,043	1,03	1,017	1,041	1,046	1,041	1,048	1,031	1,038	1,032			
Média	1,027	1,026	1,022	1,003	1,031	1,035	1,029	1,003	0,981	1,002	0,934			
Desvio-padrão	0,018	0,023	0,014	0,018	0,015	0,012	0,011	0,059	0,066	0,048	0,144			
Coefficiente de variação	0,018	0,022	0,014	0,018	0,014	0,011	0,01	0,059	0,067	0,048	0,154			

Fonte: Elaboração própria

A partir da estatística sobre resultados de supereficiência VRS, apresentada no Quadro 40 e no Quadro 41, foi elaborado um ranking anual de unidades, para cada um dos exercícios do período 2010-2020.

Quadro 42 - Resultados de supereficiência VRS dos hospitais no ano 2010

Ranking	2010	Score
	DMU	
1	Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga	1,0473
2	Hospital Fernando Fonseca	1,0471
3	Hospital de Serpa	1,0441
4	Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte	1,0380
5	Hospital de Anadia	1,0278
6	Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa	1,0268
7	Centro Hospitalar Universitário do Porto	1,0248
8	Hospital Santa Maria Maior (Barcelos)	1,0082
9	Hospital de Fafe	1,0078
10	Centro Hospitalar de São João	0,9979
11	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde	0,9931
12	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho	0,9790
13	Centro Hospitalar do Médio Ave	0,9648
14	Hospital Distrital de Santarém	0,9290
15	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental	0,9172
16	Centro Hospitalar Barreiro/Montijo	0,9137
17	Centro Hospitalar do Médio Tejo	0,8943
18	Centro Hospitalar Universitário do Algarve	0,8890
19	Hospital Distrital da Figueira da Foz	0,8617
20	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro	0,8434
21	Centro Hospitalar da Cova da Beira	0,7961
22	Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central	0,7811
23	Centro Hospitalar de Setúbal	0,6959
24	Hospital Garcia de Orta	0,6799
25	Hospital Espírito Santo (Évora)	0,6462

Fonte: Elaboração própria

Quadro 43 - Resultados de supereficiência VRS dos hospitais no ano 2011

Ranking	2011		Score
	DMU		
1	Hospital de Serpa		1,0429
2	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde		1,0409
3	Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa		1,0366
4	Centro Hospitalar de Leiria		1,0354
5	Hospital de Anadia		1,0347
6	Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte		1,0302
7	Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga		1,0258
8	Centro Hospitalar Barreiro/Montijo		1,0245
9	Centro Hospitalar Universitário do Porto		1,0240
10	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental		1,0235
11	Centro Hospitalar do Médio Ave		1,0182
12	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho		1,0123
13	Hospital Fernando Fonseca		1,0115
14	Centro Hospitalar de São João		1,0089
15	Hospital Santa Maria Maior (Barcelos)		1,0030
16	Hospital de Fafe		1,0000
17	Centro Hospitalar do Médio Tejo		0,9641
18	Hospital Distrital de Santarém		0,9557
19	Hospital Distrital da Figueira da Foz		0,9376
20	Centro Hospitalar Universitário do Algarve		0,9228
21	Centro Hospitalar da Cova da Beira		0,9085
22	Centro Hospitalar Tondela/Viseu		0,8939
23	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro		0,8411
24	Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central		0,8281
25	Centro Hospitalar de Setúbal		0,7592
26	Hospital Espírito Santo (Évora)		0,7548
27	Hospital Garcia de Orta		0,6778

Fonte: Elaboração própria

Quadro 44 - Resultados de supereficiência VRS dos hospitais no ano 2012

Ranking	2012		Score
	DMU		
1	Hospital Fernando Fonseca		1,0488
2	Hospital Santa Maria Maior (Barcelos)		1,0437
3	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra		1,0384
4	Centro Hospitalar do Oeste		1,0355
5	Centro Hospitalar de Leiria		1,0354
6	Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte		1,0316
7	Hospital de Anadia		1,0305
8	Hospital Dr. Francisco Zagalo (Distrital de Ovar)		1,0292
9	Hospital de Serpa		1,0289
10	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho		1,0279
11	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde		1,0253
12	Centro Hospitalar de São João		1,0238
13	Centro Hospitalar Universitário do Porto		1,0152
14	Centro Hospitalar do Médio Ave		1,0086
15	Hospital de Fafe)		1,0051
16	Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga		1,0041
17	Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa		1,0016
18	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental		0,9659
19	Centro Hospitalar da Cova da Beira		0,9557
20	Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central		0,9540
21	Centro Hospitalar Tondela/Viseu		0,9453
22	Centro Hospitalar do Médio Tejo		0,9413
23	Hospital Distrital da Figueira da Foz		0,9273
24	Hospital Distrital de Santarém		0,8475
25	Centro Hospitalar Barreiro/Montijo		0,8334
26	Centro Hospitalar do Baixo Vouga		0,8212
27	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro		0,8093
28	Centro Hospitalar Universitário do Algarve		0,7335
29	Hospital Espírito Santo (Évora)		0,7293
30	Hospital Garcia de Orta		0,7247
31	Centro Hospitalar de Setúbal		0,7196

Fonte: Elaboração própria

Quadro 45 - Resultados de supereficiência VRS dos hospitais no ano 2013

Ranking	2013		Score
	DMU		
1	Centro Hospitalar do Médio Ave		1,0434
2	Centro Hospitalar Tondela/Viseu		1,0396
3	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra		1,0380
4	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde		1,0364
5	Hospital Dr. Francisco Zagalo (Distrital de Ovar)		1,0328
6	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho		1,0209
7	Centro Hospitalar de Leiria		1,0188
8	Centro Hospitalar de São João		1,0187
9	Centro Hospitalar Universitário do Porto		1,0178
10	Hospital de Serpa		1,0168
11	Centro Hospitalar do Oeste		1,0157
12	Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa		1,0150
13	Hospital de Fafe		1,0090
14	Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga		1,0087
15	Hospital Fernando Fonseca		1,0031
16	Centro Hospitalar do Baixo Vouga		0,9885
17	Hospital Distrital da Figueira da Foz		0,9872
18	Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central		0,9867
19	Hospital de Anadia		0,9823
20	Hospital Santa Maria Maior (Barcelos)		0,9767
21	Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte		0,9528
22	Centro Hospitalar da Cova da Beira		0,9366
23	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro		0,9252
24	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental		0,9116
25	Centro Hospitalar do Médio Tejo		0,9082
26	Hospital Distrital de Santarém		0,8597
27	Centro Hospitalar Universitário do Algarve		0,8460
28	Centro Hospitalar Barreiro/Montijo		0,8284
29	Centro Hospitalar de Setúbal		0,7148
30	Hospital Espírito Santo (Évora)		0,7132
31	Hospital Garcia de Orta		0,7064

Fonte: Elaboração própria

Quadro 46 - Resultados de supereficiência VRS dos hospitais no ano 2014

Ranking	2014		Score
	DMU		
1	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho		1,0464
2	Hospital de Serpa		1,0412
3	Centro Hospitalar de São João		1,0410
4	Hospital de Fafe		1,0379
5	Centro Hospitalar de Leiria		1,0367
6	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra		1,0329
7	Centro Hospitalar Tondela/Viseu		1,0236
8	Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central		1,0234
9	Hospital Dr. Francisco Zagalo (Distrital de Ovar)		1,0188
10	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde		1,0173
11	Centro Hospitalar Universitário do Porto		1,0147
12	Hospital de Anadia		1,0140
13	Centro Hospitalar do Médio Ave		1,0039
14	Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa		1,0023
15	Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga		1,0017
16	Hospital Fernando Fonseca		0,9949
17	Hospital Distrital da Figueira da Foz		0,9818
18	Hospital Santa Maria Maior (Barcelos)		0,9433
19	Centro Hospitalar do Oeste		0,9431
20	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental		0,9229
21	Centro Hospitalar do Baixo Vouga		0,9122
22	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro		0,8875
23	Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte		0,8771
24	Centro Hospitalar da Cova da Beira		0,8640
25	Hospital Distrital de Santarém		0,8634
26	Centro Hospitalar Universitário do Algarve		0,8483
27	Centro Hospitalar do Médio Tejo		0,8202
28	Centro Hospitalar Barreiro/Montijo		0,8047
29	Hospital Espírito Santo (Évora)		0,7882
30	Centro Hospitalar de Setúbal		0,7259
31	Hospital Garcia de Orta		0,6999

Fonte: Elaboração própria

Quadro 47 - Resultados de supereficiência VRS dos hospitais no ano 2015

Ranking	2015		Score
	DMU		
1	Hospital de Fafe		1,0457
2	Hospital Distrital da Figueira da Foz		1,0447
3	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho		1,0451
4	Centro Hospitalar Tondela/Viseu		1,0386
5	Hospital de Serpa		1,0366
6	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde		1,0299
7	Centro Hospitalar Universitário do Porto		1,0227
8	Hospital de Anadia		1,0222
9	Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa		1,0185
10	Centro Hospitalar do Médio Ave		1,0162
11	Centro Hospitalar Universitário do Algarve		1,0122
12	Hospital Dr. Francisco Zagalo (Distrital de Ovar)		1,0079
13	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra		1,0071
14	Centro Hospitalar de São João		1,0020
15	Centro Hospitalar de Leiria		0,9953
16	Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga		0,9709
17	Centro Hospitalar do Baixo Vouga		0,9520
18	Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central		0,9428
19	Centro Hospitalar da Cova da Beira		0,9405
20	Hospital Santa Maria Maior (Barcelos)		0,9393
21	Centro Hospitalar do Oeste		0,9226
22	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental		0,9076
23	Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte		0,8963
24	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro		0,8951
25	Hospital Fernando Fonseca		0,8400
26	Hospital Espírito Santo (Évora)		0,7840
27	Centro Hospitalar Barreiro/Montijo		0,7831
28	Hospital Distrital de Santarém		0,7721
29	Centro Hospitalar do Médio Tejo		0,7601
30	Centro Hospitalar de Setúbal		0,7242
31	Hospital Garcia de Orta		0,6877

Fonte: Elaboração própria

Quadro 48 - Resultados de supereficiência VRS dos hospitais no ano 2016

Ranking	2016		Score
	DMU		
1	Centro Hospitalar do Médio Ave	1,0451	
2	Hospital Distrital da Figueira da Foz	1,0412	
3	Hospital de Anadia	1,0409	
4	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho	1,0406	
5	Centro Hospitalar de Leiria	1,0362	
6	Centro Hospitalar Universitário do Algarve	1,0344	
7	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra	1,0250	
8	Hospital de Fafe	1,0235	
9	Hospital de Serpa	1,0216	
10	Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa	1,0191	
11	Centro Hospitalar de São João	1,0178	
12	Hospital Dr. Francisco Zagalo (Distrital de Ovar)	1,0133	
13	Centro Hospitalar Universitário do Porto	1,0090	
14	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde	0,9976	
15	Centro Hospitalar do Oeste	0,9717	
16	Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga	0,9591	
17	Centro Hospitalar do Baixo Vouga	0,9410	
18	Hospital Fernando Fonseca	0,9198	
19	Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte	0,9160	
20	Hospital Santa Maria Maior (Barcelos)	0,9157	
21	Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central	0,9020	
22	Centro Hospitalar Tondela/Viseu	0,8960	
23	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro	0,8819	
24	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental	0,8179	
25	Centro Hospitalar Barreiro/Montijo	0,7940	
26	Centro Hospitalar da Cova da Beira	0,7478	
27	Centro Hospitalar do Médio Tejo	0,7386	
28	Hospital Distrital de Santarém	0,7331	
29	Hospital Espírito Santo (Évora)	0,7304	
30	Centro Hospitalar de Setúbal	0,6812	
31	Hospital Garcia de Orta	0,6441	

Fonte: Elaboração própria

Quadro 49 - Resultados de supereficiência VRS dos hospitais no ano 2017

Ranking	2017		Score
	DMU		
1	Hospital de Fafe		1,0478
2	Hospital de Serpa		1,0262
3	Centro Hospitalar de São João		1,0242
4	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho		1,0195
5	Centro Hospitalar do Médio Ave		1,0194
6	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra		1,0193
7	Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa		1,0184
8	Centro Hospitalar Universitário do Algarve		1,0160
9	Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga		1,0155
10	Hospital Dr. Francisco Zagalo (Distrital de Ovar)		1,0130
11	Hospital Distrital da Figueira da Foz		1,0101
12	Centro Hospitalar Universitário do Porto		1,0052
13	Centro Hospitalar de Leiria		0,9783
14	Centro Hospitalar do Oeste		0,9717
15	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde		0,9610
16	Hospital de Anadia		0,9362
17	Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte		0,9176
18	Hospital Santa Maria Maior (Barcelos)		0,8860
19	Hospital Fernando Fonseca		0,8853
20	Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central		0,8810
21	Centro Hospitalar do Baixo Vouga		0,8407
22	Centro Hospitalar Tondela/Viseu		0,8374
23	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental		0,8167
24	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro		0,8030
25	Centro Hospitalar Barreiro/Montijo		0,7554
26	Centro Hospitalar do Médio Tejo		0,7440
27	Centro Hospitalar da Cova da Beira		0,7182
28	Hospital Espírito Santo (Évora)		0,6910
29	Centro Hospitalar de Setúbal		0,6859
30	Hospital Garcia de Orta		0,6469
31	Hospital Distrital de Santarém		0,6181

Fonte: Elaboração própria

Quadro 50 - Resultados de supereficiência VRS dos hospitais no ano 2018

Ranking	2018		Score
	DMU		
1	Centro Hospitalar do Médio Ave		1,0462
2	Centro Hospitalar Universitário do Porto		1,0454
3	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho		1,0428
4	Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa		1,0413
5	Centro Hospitalar de São João		1,0406
6	Hospital de Serpa		1,0314
7	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra		1,0263
8	Hospital Dr. Francisco Zagalo (Distrital de Ovar)		1,0147
9	Hospital de Fafe		1,0045
10	Hospital Distrital da Figueira da Foz		0,9948
11	Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga		0,9761
12	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde		0,9674
13	Centro Hospitalar de Leiria		0,9201
14	Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte		0,9101
15	Centro Hospitalar Universitário do Algarve		0,9097
16	Hospital de Anadia		0,9061
17	Centro Hospitalar do Oeste		0,9052
18	Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central		0,8928
19	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro		0,8872
20	Hospital Santa Maria Maior (Barcelos)		0,8777
21	Hospital Fernando Fonseca		0,8517
22	Centro Hospitalar da Cova da Beira		0,8057
23	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental		0,8044
24	Centro Hospitalar do Baixo Vouga		0,7995
25	Centro Hospitalar Barreiro/Montijo		0,7576
26	Centro Hospitalar do Médio Tejo		0,7116
27	Hospital Espírito Santo (Évora)		0,7077
28	Centro Hospitalar Tondela/Viseu		0,6531
29	Hospital Distrital de Santarém		0,6032
30	Hospital Garcia de Orta		0,5877

Fonte: Elaboração própria

Quadro 51 - Resultados de supereficiência VRS dos hospitais no ano 2019

Ranking	2019		Score
	DMU		
1	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra		1,0444
2	Hospital Dr. Francisco Zagalo (Distrital de Ovar)		1,0439
3	Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa		1,0426
4	Hospital de Serpa		1,0384
5	Centro Hospitalar Universitário do Porto		1,0308
6	Centro Hospitalar de São João		1,0278
7	Centro Hospitalar Universitário do Algarve		1,0261
8	Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga		1,0193
9	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho		1,0106
10	Hospital de Fafe		1,0045
11	Hospital Distrital da Figueira da Foz		1,0044
12	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde		0,9788
13	Centro Hospitalar do Médio Ave		0,9774
14	Hospital de Anadia		0,9477
15	Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte		0,9469
16	Centro Hospitalar do Oeste		0,9104
17	Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central		0,8662
18	Hospital Santa Maria Maior (Barcelos)		0,8569
19	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro		0,8436
20	Centro Hospitalar de Leiria		0,8192
21	Hospital Fernando Fonseca		0,7561
22	Centro Hospitalar do Baixo Vouga		0,7507
23	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental		0,7475
24	Centro Hospitalar Barreiro/Montijo		0,7314
25	Hospital Espírito Santo (Évora)		0,7098
26	Centro Hospitalar Tondela/Viseu		0,6443
27	Centro Hospitalar de Setúbal		0,6398
28	Centro Hospitalar do Médio Tejo		0,6050
29	Centro Hospitalar da Cova da Beira		0,6018
30	Hospital Garcia de Orta		0,5728
31	Hospital Distrital de Santarém		0,5688

Fonte: Elaboração própria

Quadro 52 - Resultados de supereficiência VRS dos hospitais no ano 2020

Ranking	2020		Score
	DMU		
1	Hospital de Serpa		1,0322
2	Hospital de Fafe		1,0013
3	Centro Hospitalar Universitário do Porto		0,9512
4	Centro Hospitalar de São João		0,9332
5	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho		0,8852
6	Hospital Distrital da Figueira da Foz		0,8710
7	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde		0,8632
8	Hospital Dr. Francisco Zagalo (Distrital de Ovar)		0,8588
9	Centro Hospitalar de Leiria		0,8259
10	Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central		0,7853
11	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra		0,7773
12	Hospital de Anadia		0,7690
13	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro		0,7687
14	Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga		0,7526
15	Centro Hospitalar do Médio Ave		0,7298
16	Hospital Santa Maria Maior (Barcelos)		0,6836
17	Centro Hospitalar do Baixo Vouga		0,6817
18	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental		0,6776
19	Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa		0,6652
20	Hospital Espírito Santo (Évora)		0,5770
21	Centro Hospitalar do Oeste		0,5695
22	Centro Hospitalar Universitário do Algarve		0,5459
23	Centro Hospitalar Barreiro/Montijo		0,5405
24	Hospital Garcia de Orta		0,5396
25	Hospital Distrital de Santarém		0,5181
26	Centro Hospitalar da Cova da Beira		0,5171
27	Hospital Fernando Fonseca		0,5085
28	Centro Hospitalar Tondela/Viseu		0,4871

Fonte: Elaboração própria

Foi ainda elaborado um ranking global de unidades hospitalares, em função da média de supereficiência VRS registada no período global em análise, apresentado no quadro seguinte.

Quadro 53 - Ranking de unidades hospitalares em função dos resultados de supereficiência VRS, no período 2010-2020

Ranking	Unidade Hospitalar	Média de supereficiência VRS 2010-2020
1	Hospital de Serpa	1,033
2	Hospital de Fafe	1,018
3	Centro Hospitalar Universitário do Porto	1,015
4	Centro Hospitalar de São João	1,012
5	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho	1,012
6	Hospital Dr. Francisco Zagalo (Distrital de Ovar)	1,004
7	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra	1,001
8	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde	0,992
9	Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa	0,990
10	Centro Hospitalar do Médio Ave	0,988
11	Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga	0,980
12	Hospital de Anadia	0,974
13	Hospital Distrital da Figueira da Foz	0,969
14	Centro Hospitalar de Leiria	0,968
15	Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte	0,952
16	Hospital Santa Maria Maior (Barcelos)	0,921
17	Centro Hospitalar do Oeste	0,903
18	Hospital Fernando Fonseca	0,897
19	Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central	0,895
20	Centro Hospitalar Universitário do Algarve	0,889
21	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental	0,865
22	Centro Hospitalar do Baixo Vouga	0,854
23	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro	0,853
24	Centro Hospitalar Tondela/Viseu	0,846
25	Centro Hospitalar do Médio Tejo	0,809
26	Centro Hospitalar Barreiro/Montijo	0,797
27	Centro Hospitalar da Cova da Beira	0,796
28	Hospital Distrital de Santarém	0,752
29	Hospital Espírito Santo (Évora)	0,712
30	Centro Hospitalar de Setúbal	0,705
31	Hospital Garcia de Orta	0,652

Fonte: Elaboração própria

Apresenta-se ainda, no quadro infra, a comparação dos resultados e tendência de supereficiência VRS por grupo de unidades.

Quadro 54 - Tendência de supereficiência VRS por cluster, no período 2010-2020

Ano	Cluster 28		Cluster desnacionalizados	
	Média	Evolução	Média	Evolução
2010	0,9080		1,0266	
2011	0,9470	+4,30%	1,0259	-0,07%
2012	0,9370	-1,06%	1,0215	-0,43%
2013	0,9482	+1,20%	1,0027	-1,84%
2014	0,9336	-1,54%	1,0310	+2,82%
2015	0,9269	-0,72%	1,0348	+0,37%
2016	0,9098	-1,84%	1,0287	-0,59%
2017	0,8815	-3,11%	1,0034	-2,46%
2018	0,8808	-0,08%	0,9807	-2,26%
2019	0,8492	-3,59%	1,0020	+2,17%
2020	0,7005	-17,5%	0,9342	-6,77%

Fonte: Elaboração própria

Pela observação dos quadros anteriores, designadamente do Quadro 42, pode verificar-se que algumas unidades hospitalares se destacam entre as melhores classificadas no período em análise: Hospital de São Paulo (Serpa); Hospital São José (Fafe); Centro Hospitalar Universitário do Porto; Centro Hospitalar de São João; Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho; Hospital Dr. Francisco Zagalo (Distrital de Ovar); Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde; Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa; Centro Hospitalar do Médio Ave.

As unidades com os mais baixos scores de supereficiência ao longo do período 2010-2020 foram: Hospital Garcia de Orta; Centro Hospitalar de Setúbal; Hospital Espírito Santo (Évora); Hospital Distrital de Santarém; Centro Hospitalar da Cova da Beira; Centro Hospitalar Barreiro/Montijo; Centro Hospitalar do Médio Tejo; Centro Hospitalar Tondela-Viseu; Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro; Centro Hospitalar do Baixo Vouga.

Da observação dos quadros anteriores, verifica-se ainda que:

-
- 5) No cômputo global do período em análise, 2010-2020, as três unidades hospitalares desnacionalizadas registaram bons scores de supereficiência, ocupando duas delas (HSJ-SCM Fafe e HSP-SCM Serpa) os primeiros dois lugares em termos de *ranking* com critérios de supereficiência e a restante (HJLC - SCM Anadia) ficando na 12^a posição em termos globais;
 - 6) Tendo em conta os resultados obtidos, dois dos hospitais desnacionalizados apresentam melhores scores de eficiência no período pós-devolução (2015-2020) e o restante apresenta um score mais elevado no período pré-devolução (2010-2014). De facto, com exceção do Hospital José Luciano de Castro (SCM Anadia) que em termos comparativos globais de supereficiência, no período pós-devolução, apenas no ano 2016 teve um posicionamento melhor do que o período pré-devolução, quer o Hospital São José (SCM Fafe) quer o Hospital de São Paulo (SCM Serpa) apresentam melhores posições no ranking no período pós-devolução à gestão da respetiva Misericórdia.
 - 7) Apesar de, em termos absolutos, o score dos hospitais desnacionalizados não ser melhor do que no período pré-devolução, em termos relativos, por comparação com os restantes hospitais, a tendência (-2,4 pontos percentuais em média de scores de supereficiência, face ao período 2010-2014) é melhor que a dos restantes hospitais (-8,2 pontos percentuais, face ao período 2010-2014).

Tendo em conta os resultados obtidos, relativamente à proposição P2, propriamente dita, as evidências estatísticas parecem confirmar que “os hospitais desnacionalizados, no período pós-devolução, demonstram uma tendência de eficiência melhor que a dos restantes hospitais do SNS em estudo”.

8.1.3. Proposição 3

P3: Na comparação de eficiência entre unidades desnacionalizadas e hospitais do respetivo grupo e/ou região há uma evolução positiva no período pós-devolução versus período pré-devolução.

A ACSS separa as diferentes unidades hospitalares integrantes do Serviço Nacional de Saúde em diferentes classes (grupo B, grupo C, grupo D, grupo E, grupo F) consoante a sua

dimensão e grau de especialização, sendo os integrantes do Grupo F os mais especializados, congregando os três IPO, e os integrantes do Grupo B os de menor especialização.

Na análise desta proposição P3, deparamo-nos com uma limitação que é a dificuldade de encontrar unidades que sejam termos de comparação naturais com as unidades desnacionalizadas, particularmente no caso do Hospital de São Paulo (Serpa).

Considerando critérios como a dimensão do hospital, o perfil funcional, a população servida, a região em que está inserido, relativamente ao Hospital São José (Fafe) selecionaram-se, de entre as unidades hospitalares integrantes do cluster de 28 hospitais que serviram de base comparativa ao estudo de eficiência com recurso ao modelo de DEA, bem como ao estudo com critérios de supereficiência, os seguintes hospitais do chamado Grupo B (designação ACSS) e da mesma ARS (Norte), para efeitos de comparação de tendência: Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde; Hospital Santa Maria Maior (Barcelos).

Quadro 55 - Evolução de eficiência no período pré e pós-desnacionalização, entre unidade desnacionalizada (Hospital São José - Fafe) e unidades da região

	Período temporal				Comparativo de eficiência no período 2010-2014 Vs 2015-2020	
	2010-2014		2015-2020			
Unidade Hospitalar	Média de eficiência VRS	Média com critérios de supereficiência	Média de eficiência VRS	Média com critérios de supereficiência	VRS	supereficiência
Hospital São José (Fafe)	1	1,01	1	1,02	0%	+1%
C. H. Póvoa de Varzim/Vila do Conde	0,993	1,02	0,951	0,97	-4,2%	-4,9%
Hospital S.M. Maior (Barcelos)	0,98	0,99	0,85	0,86	-12,2%	-13,1%

Fonte: Elaboração própria

Seguindo os mesmos critérios de dimensão relativa, perfil funcional, população servida, região em que está inserido, relativamente ao Hospital José Luciano de Castro (SCM Anadia), identificaram-se como possível termo comparativo, em termos de tendência de evolução, duas unidades da área de influência da mesma ARS (Centro), sendo uma pertencente ao Grupo C (ACSS) e uma unidade ainda pertencente ao chamado Setor Público Administrativo (SPA), respetivamente: Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira; Hospital Dr. Francisco Zagalo (Ovar).

Quadro 56 - Evolução de eficiência no período pré e pós-desnacionalização, entre unidade desnacionalizada (Hospital José Luciano de Castro - Anadia) e unidades da região

	Período temporal				Comparativo de eficiência no período 2010-2014 Vs 2015-2020	
	2010-2014		2015-2020			
Unidade Hospitalar	Média de eficiência VRS	Média com critérios de supereficiência	Média de eficiência VRS	Média com critérios de supereficiência	VRS	supereficiência
Hospital J.L. de Castro (Anadia)	0,990	1,018	0,923	0,937	-6,77%	-7,96%
Hospital Dr. Francisco Zagalo (Ovar)	1	1,027	0,74	0,992	-26%	-3,41%
C.H. Universitário da Cova da Beira	0,872	0,88	0,718	0,72	-17,7%	-12,53%

Fonte: Elaboração própria

Relativamente ao Hospital de São Paulo (Serpa), levando em conta as limitações acima referidas, escolheu-se a unidade mais pequena da amostra da área de influência da ARS Lisboa e Vale do Tejo (Hospital Distrital de Santarém) e, também não havendo unidades no Alentejo com um perfil funcional semelhante ao Hospital de São Paulo (Serpa), selecionou-se para efeitos de avaliação comparativa no tempo uma unidade da mesma ARS (Alentejo) mas pertencente ao Grupo D (Hospital Espírito Santo - Évora).

Quadro 57 - Evolução de eficiência no período pré e pós-desnacionalização, entre unidade desnacionalizada (Hospital de São Paulo - Serpa) e unidades da região

	Período temporal				Comparativo de eficiência no período 2010-2014 Vs 2015-2020	
	2010-2014		2015-2020			
Unidade Hospitalar	Média de eficiência VRS	Média com critérios de supereficiência	Média de eficiência VRS	Média com critérios de supereficiência	VRS	supereficiência
Hospital de São Paulo (Serpa)	1	1,03	1	1,02	=	-0,97%
Hospital Distrital de Santarém	0,891	0,89	0,630	0,64	-29,3%	-28,1%
Hospital Espírito Santo (Évora)	0,724	0,73	0,688	0,7	-4,97%	-4,11%

Fonte: Elaboração própria

Quando comparando os resultados de eficiência, no período pré e pós-devolução, das unidades desnacionalizadas e de outras unidades da mesma região ou região próxima, não há uma evolução positiva (com exceção do Hospital São José - SCM Fafe, e apenas no que se refere ao score apurado com critérios de supereficiência).

No entanto, mesmo os resultados do Hospital José Luciano de Castro (SCM Anadia) e do Hospital de São Paulo (SCM Serpa) evidenciam que as unidades desnacionalizadas parecem resistir melhor a uma tendência de degradação dos scores de eficiência, quando comparadas com outras unidades da mesma região ou região próxima.

Nessa medida, as evidências não permitem rejeitar totalmente a proposição P3.

8.1.4. Proposição 4

P4: Os hospitais desnacionalizados demonstram maior produtividade do que os restantes.

Conforme desenvolvido no subcapítulo 7.4, em que se aborda a avaliação da produtividade, o índice de Hicks-Moorsteen apresenta vantagens que fazem dele uma escolha a considerar para a avaliação da produtividade dos hospitais desnacionalizados ao longo do tempo e do cluster de 28 hospitais que é usado neste estudo como termo de comparação. Uma vez que o que se pretende na análise a esta proposição P4 é a medição e comparações da produtividade total dos fatores, com retornos variáveis à escala, o índice de Hicks-Moorsteen afigura-se como o mais adequado para este estudo.

Os resultados da aplicação do índice de Hicks-Moorsteen aos inputs e outputs selecionados para esta investigação podem ser sumarizados nos quadros seguintes.

Quadro 58 - Análise global de produtividade (all-in-all, duas fronteiras, uma para cada grupo, com dados ajustados à inflação)

HMI (índice de Hicks-Moorsteen)	Hospitais desnacionalizados	Cluster 28 (Hospitais SNS)
Hospitais desnacionalizados	1	1,0451 (EC=1,022; FC=1,0224)
Cluster 28 (Hospitais SNS)	0,9568	1

Fonte: elaboração a partir dos resultados coligidos

Legenda:

EC = efficiency change; FC = frontier change (HMI = EC x FC)

O índice HMI resulta do produto da mudança de eficiência (EC) pela fronteira de eficiência (FC). O valor apurado 1,0451 indica que os hospitais desnacionalizados (HD) são, em média e no período considerado, 4,51% mais produtivos do que a média dos hospitais do SNS, resultando aquele valor não só de ganhos de 2,20% de eficiência, mas também que os

benchmarks do grupo HD são 2,24% mais eficientes do que os *benchmarks* do grupo SNS. A célula em posição simétrica apresenta o valor inverso do anteriormente discutido.

Quadro 59 - Análise de produtividade ao período pré-devolução (2010-2014)

HMI (índice de Hicks-Moorsteen)	Hospitais desnacionalizados	Cluster 28 (Hospitais SNS)
Hospitais desnacionalizados	1	1,0097 (EC=1,0040; FC=1,0057)
Cluster 28 (Hospitais SNS)	0,9904	1

Fonte: elaboração própria a partir dos resultados coligidos

Legenda:

EC = efficiency change; FC = frontier change (HMI = EC x FC)

As diferenças não parecem muito significativas neste período, embora os hospitais desnacionalizados apresentem um ligeiro ganho de eficiência (0.4%) face aos hospitais do SNS neste período. Não existem grandes diferenças (gaps) entre fronteiras.

Quadro 60 - Análise de produtividade ao período pós-devolução (2015-2020)

HMI (índice de Hicks-Moorsteen)	Hospitais desnacionalizados	Cluster 28 (Hospitais SNS)
Hospitais desnacionalizados	1	1,0817 (EC=1,0407; FC=1,0394)
Cluster 28 (Hospitais SNS)	0,9245	1

Fonte: elaboração própria a partir dos resultados coligidos

Legenda:

EC = efficiency change; FC = frontier change (HMI = EC x FC)

No período pós-devolução verifica-se que os hospitais desnacionalizados apresentam significativos ganhos de eficiência de 4,07%, e de produtividade de 8,17%, face aos hospitais do SNS. Os *benchmarks* dos hospitais desnacionalizados são mais eficientes do que os hospitais do SNS em 3,94%.

Considerando os resultados apurados, a proposição P4 não pode ser rejeitada, uma vez que, em média, os hospitais desnacionalizados apresentam maior produtividade do que a média dos hospitais do SNS, diferença essa mais acentuada no período pós-devolução.

8.1.5. Proposição 5

P5: Na comparação de resultados de avaliação da qualidade em saúde, há uma evolução positiva no período pós-devolução versus período pré-devolução por parte das unidades desnacionalizadas.

Tal como desenvolvido no subcapítulo 4.3.2, sobre “A gestão de desempenho e as dimensões para a boa governação em saúde”, o Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS), criado e desenvolvido pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), veio permitir a obtenção de mais e melhor informação sobre a qualidade do sistema de saúde.

Através do SINAS muitos estabelecimentos prestadores de cuidados passaram a ser alvo de uma avaliação em diferentes dimensões da qualidade. Em cada dimensão é analisado um conjunto restrito de parâmetros, seleccionados por se terem considerado relevantes e diferenciadores: quando observados, potenciam ou refletem um elevado nível de qualidade na prestação de cuidados de saúde. Os resultados obtidos foram calculados com base em informação maioritariamente submetida à Entidade Reguladora da Saúde pelos prestadores de cuidados de saúde intervenientes.

No módulo do SINAS dedicado aos Hospitais, dimensões como a excelência clínica; a segurança do doente; a adequação e conforto das instalações; a focalização no utente; são avaliadas. As mesmas subdividem-se em níveis de avaliação. Por exemplo, no caso da segurança do doente há dois níveis de avaliação, sendo que no segundo, eventos adversos e procedimentos de segurança são também avaliados. As unidades hospitalares são, então, classificadas, consoante a sua prestação em termos de nível de qualidade apresentado, em três categorias, de qualidade crescente: + ; ++ ; +++.

Embora nesta proposição P5 o foco volte a estar na comparação de resultados pré e pós-desnacionalização das três unidades devolvidas à gestão das respetivas Santas Casas da Misericórdia, nos quadros-resumo seguintes colocar-se-ão também, apenas para efeitos de perspetiva, as unidades que foram seleccionadas para termo comparativo na análise à proposição P3. De referir, ainda, que na dimensão excelência clínica se centrará a atenção na

área de cirurgia de ambatório, para efeitos de maior comparabilidade, por ser uma área cuja existência é comum às diferentes unidades em análise cujos dados constam do SINAS.

Quadro 61 - Histórico da classificação SINAS da unidade desnacionalizada Hospital São José (SCM Fafe) versus unidades tipo do grupo B e mesma ARS

SINAS	Unidade	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Excelência clínica - área cirurgia de ambatório	Hospital Fafe	Parâmetro SINAS a partir de 2011	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	+++	+++	+++	+++	+++
	CH Póvoa de Varzim/Vila do Conde	Parâmetro SINAS a partir de 2011	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
	H. Santa Maria Maior (Barcelos)	Parâmetro SINAS a partir de 2011	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	++	++	++	++	+++
Segurança do doente – protocolos de segurança	Hospital Fafe	Parâmetro SINAS a partir de 2012	Parâmetro SINAS a partir de 2012	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	+++	+++
	CH Póvoa de Varzim/Vila do Conde	Parâmetro SINAS a partir de 2012	Parâmetro SINAS a partir de 2012	N.A.	+++	+++	+++	N.A.	++	++	++	++
	H. Santa Maria Maior (Barcelos)	Parâmetro SINAS a partir de 2012	Parâmetro SINAS a partir de 2012	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	++	+++	+++	+	+
Adequação e conforto das instalações	Hospital Fafe	Parâmetro SINAS a partir de 2012	Parâmetro SINAS a partir de 2012	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	++	+	++	++
	CH Póvoa de Varzim/Vila do Conde	Parâmetro SINAS a partir de 2012	Parâmetro SINAS a partir de 2012	++	++	++	++	++	++	+	++	++
	H. Santa Maria Maior (Barcelos)	Parâmetro SINAS a partir de 2012	Parâmetro SINAS a partir de 2012	+	+	N.A.	N.A.	++	+++	++	N.A.	N.A.
Focalização no utente	Hospital Fafe	Parâmetro SINAS a partir de 2012	Parâmetro SINAS a partir de 2012	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	+	++	++	++	++
	CH Póvoa de Varzim/Vila do Conde	Parâmetro SINAS a partir de 2012	Parâmetro SINAS a partir de 2012	N.A.	++	++	++	N.A.	N.A.	+++	+++	+++
	H. Santa Maria Maior (Barcelos)	Parâmetro SINAS a partir de 2012	Parâmetro SINAS a partir de 2012	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	++	+++	++	-	-

Fonte: Elaboração própria (a partir do website da ERS dedicado ao SINAS - <https://apch2.ers.pt/pages/119> ,
acedido em 11 de março de 2023)
N.A. - não avaliado

Quadro 62 - Histórico da classificação SINAS da unidade desnacionalizada Hospital José Luciano Castro (SCM Anadia) versus unidades da mesma ARS (uma Grupo C, outra SPA)

SINAS	Unidade	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Excelência clínica – área cirurgia de ambulatório	HJLC Anadia	Parâmetro SINAS a partir de 2011	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	+++	+++	+++	+++	+++
	HFZ - Distrital de Ovar	Parâmetro SINAS a partir de 2011	+	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
	CHU Cova da Beira	Parâmetro SINAS a partir de 2011	N.A.	N.A.	N.A.	dados não entregues	dados não entregues	dados não entregues	dados não entregues	dados não entregues	dados não entregues	dados não entregues
Segurança do doente – protocolos de segurança	HJLC Anadia	Parâmetro SINAS a partir de 2012	Parâmetro SINAS a partir de 2012	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	+++	+++	N.A.	+++	+++
	HFZ - Distrital de Ovar	Parâmetro SINAS a partir de 2012	Parâmetro SINAS a partir de 2012	++	+++	+++	+++	+++	+++	N.A.	N.A.	N.A.
	CHU Cova da Beira	Parâmetro SINAS a partir de 2012	Parâmetro SINAS a partir de 2012	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
Adequação e conforto das instalações	HJLC Anadia	Parâmetro SINAS a partir de 2012	Parâmetro SINAS a partir de 2012	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	++	++	N.A.	++	++
	HFZ - Distrital de Ovar	Parâmetro SINAS a partir de 2012	Parâmetro SINAS a partir de 2012	++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	e.a.	e.a.
	CHU Cova da Beira	Parâmetro SINAS a partir de 2012	Parâmetro SINAS a partir de 2012	+++	+++	+++	+++	++	+++	++	e.a.	e.a.
Focalização no utente	HJLC Anadia	Parâmetro SINAS a partir de 2012	Parâmetro SINAS a partir de 2012	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	+++	+++	++	++	++
	HFZ - Distrital de Ovar	Parâmetro SINAS a partir de 2012	Parâmetro SINAS a partir de 2012	+++	+++	+++	+++	+++	+++	N.A.	+++	+++
	CHU Cova da Beira	Parâmetro SINAS a partir de 2012	Parâmetro SINAS a partir de 2012	+++	+++	N.A.	N.A.	+++	+++	+++	+++	+++

Fonte: Elaboração própria (a partir do website da ERS dedicado ao SINAS - <https://apch2.ers.pt/pages/119> ,
acedido em 11 de março de 2023)
N.A. - não avaliado | e.a. - em averiguação

O facto de o SINAS ser um projeto relativamente recente e de nem todas as unidades hospitalares terem participado e sido avaliadas pelo mesmo desde o início - o piloto foi lançado em 2009 -, e até de algumas, no presente, ainda continuarem sem o ser, cria uma limitação em termos de análise comparativa. Neste caso, em concreto, o Hospital de São Paulo (Serpa) não participou ainda em nenhuma das avaliações pelo que não há dados para se poder comparar resultados desta unidade no período pré e pós-desnacionalização.

Quanto às outras duas unidades, Fafe e Anadia, de referir que de 2016 a 2020 conseguiram sempre classificação de qualidade máxima (+++) na dimensão excelência clínica relacionada com a área de cirurgia de ambulatório.

No que se refere a protocolos de segurança, na dimensão segurança do utente, nos anos em que foram avaliados, quer o Hospital de Fafe quer o Hospital de Anadia obtiveram classificação máxima +++.

Quanto à adequação e conforto das instalações, o Hospital de Fafe obteve classificação ++ em 2017, 2019 e 2020, e classificação + em 2018, ao passo que o Hospital de Anadia, nos anos em que foi avaliado, obteve classificação ++.

Quanto à focalização no utente, o Hospital de Fafe registou qualidade + no ano 2016 e ++ em 2017, 2018, 2019 e 2020. Já Anadia obteve classificação máxima em 2016 e 2017 e classificação ++ nos anos de 2018, 2019 e 2020.

Conforme se pode verificar nos quadros-resumo, ambas as unidades não comparam mal com as unidades que, a nível da proposição P3, já se tinha sinalizado para efeitos de comparabilidade com unidades SNS de dimensão aproximada e da mesma administração regional ou próxima.

Em face dos dados coligidos e dos resultados de avaliação de qualidade em saúde às diferentes unidades em presença não há evidências que permitam rejeitar ou não a proposição P5, em apreço.

8.2. Resultados da análise qualitativa

De forma a complementar a informação do estudo quantitativo, realizado com recurso à DEA, à análise de supereficiência e ao índice de Hicks-Moorsteen, mas também com o objetivo de complementar respostas aos objetivos de investigação melhor identificados no modelo de análise, como o objetivo “geral” e os objetivos “específicos” n.ºs 1, 3 e 4, procedeu-se à realização de 23 entrevistas, cujos resultados são apresentados em seguida.

8.2.1. Questão 1

“No seu entendimento como evoluiu a relação entre o Estado e as Misericórdias no setor da saúde em Portugal, ao longo do período democrático?”

Na resposta a esta questão obtiveram-se os dados que constam do quadro seguinte.

Quadro 63 - Resultados obtidos da análise de conteúdo à Questão 1

Unidade de registo	n	%	Entrevistas
Evolução com altos e baixos	9	29,03	(E1) (E2) (E3) (E5) (E9) (E14) (E17) (E21) (E22)
Evolução por ondas	8	25,81	(E5) (E6) (E7) (E8) (E10) (E11) (E18) (E19)
Evolução positiva	6	19,35	(E1) (E4) (E11) (E13) (E17) (E23)
Relação de parceria imprescindível	5	16,13	(E10) (E16) (E17) (E18) (E21)
Análise temporal circunscrita, positiva	1	3,23	(E12)
Análise temporal circunscrita, negativa	1	3,23	(E15)
Relação de alguma incompreensão, por motivos ideológicos, mas que se revelou necessária	1	3,23	(E20)

Fonte: Elaboração própria

De acordo com os resultados obtidos, uma percentagem significativa dos entrevistados identifica as relações de parceria entre Estado e Misericórdias para prestação de cuidados de saúde, a partir de 1974, como tendo evoluído:

- com altos e baixos (n=9 | 29,03%), (exs. “com altos e baixos, não evoluiu de uma maneira constante nem crescente” (E1, p.1); “relação foi um bocadinho de altos e baixos” (E9, p.1); “uma relação com altos e baixos” (E14, p.1);

- por ondas (n=8 | 25,81%), (exs. “por ondas” (E5, p.1); “períodos em que o Estado se tentou ver livre das Misericórdias” (E10, p.1); “uma certa altura, começou-se a verificar necessidade de colaboração” (E18, p.1);

- de forma positiva (n=6 | 19,35%), (exs. “evoluiu de uma forma muito positiva” (E4, p.1); “Entendo que o relacionamento com o Estado melhorou” (E11, p.1); “evolução altamente positiva” (E13, p.1);

- evoluiu para relação de confiança/parceria imprescindível (n=5 | 16,13%), (exs. “relação de confiança e que tem margem para ser aprofundada” (E17, p.1); “funções de complementaridade altamente necessária e que o Estado não pode dispensar de forma nenhuma” (E18, p.1); “reequilíbrio e de recuperação de uma relação que era uma relação historicamente muito sólida” (E21, p.1).

8.2.2. Questão 2

“No seu entendimento, quais os principais pontos fortes/fracos associados aos acordos de gestão estabelecidos entre o Estado e as Misericórdias no que se refere ao cumprimento dos objetivos das políticas de saúde na área hospitalar, desde 1974?”

Na resposta a esta questão foram identificados 13 aspetos referidos pelos 23 entrevistados que podem ser considerados pontos fortes, bem como 7 aspetos que podem ser considerados pontos fracos.

Quadro 64 - Resultados obtidos da análise de conteúdo à Questão 2

Unidade de registo	n	%	Entrevistas
Pontos Fortes			
Proximidade às populações	9	20	(E7) (E9) (E10) (E11) (E14) (E18) (E21) (E22) (E23)
Aumentar capacidade de oferta do SNS	5	11,11	(E7) (E8) (E9) (E10) (E18)
Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	5	11,11	(E1) (E17) (E18) (E19) (E20)
Poupanças para o Estado e maior previsibilidade orçamental/ Maior produtividade / Maior eficiência na gestão	4	8,89	(E11) (E12) (E14) (E18)

Qualidade na prestação & complementaridade ao público	4	8,89	(E13) (E14) (E16) (E22)
Agilidade de gestão & fins não lucrativos	3	6,67	(E4) (E17) (E23)
Efeitos diretos e indiretos na redução de listas de espera	3	6,67	(E5) (E7) (E18)
Enquadramento histórico pré-25 de abril	3	6,67	(E4) (E9) (E17)
Ampla gama de serviços prestados pelas Misericórdias, até para lá da prestação de cuidados de saúde	2	4,44	(E4) (E9)
Mais-valia em haver modelos de gestão diferentes / mecanismos de gestão diferentes dos tradicionais da administração pública	2	4,44	(E5) (E8)
Evolução para maior contratualização formal / ultrapassagem de limitações da gestão no setor público e transferência de risco	2	4,44	(E6) (E17)
Cuidados agudos prestados pelas Misericórdias (Vila Verde, Riba D'Ave, Póvoa de Lanhoso & outras unidades)	2	4,44	(E1) (E7)
Experiências-piloto nos Cuidados de Saúde Primários	1	2,22	(E1)
Pontos Fracos			
Acordos para gestão dos hospitais "desnacionalizados" não revistos com maior periodicidade / acordos de hospitais "desnacionalizados" com erros de base / case-mix desajustados	5	26,32	(E2) (E3) (E14) (E19) (E22)
Opção pela prestação através de contratualização acarreta alguma perda de controlo face à prestação direta de cuidados / mecanismos de controlo quando existem são burocráticos	4	21,05	(E4) (E14) (E20) (E21)
Processo de nacionalização dos hospitais das Misericórdias em 1974-1975 / Inexistência ou insuficiência de compensação	4	21,05	(E1) (E8) (E19) (E22)
Desajuste entre o preço pago por atos médicos, tratamentos, MCDT, às Misericórdias e o praticado em unidades sob gestão direta / preços abaixo do custo / lentidão na atualização	3	15,79	(E6) (E14) (E20)
Incumprimentos (prazos de pagamento, etc.) da parte do Estado	1	5,26	(E10)
Insuficiente previsibilidade dos acordos, por alterações nas políticas públicas	1	5,26	(E13)
Promiscuidade de médicos / pouca diferenciação de enfermeiros	1	5,26	(E18)

Fonte: Elaboração própria

De acordo com os resultados obtidos, uma percentagem significativa dos entrevistados identifica como principais pontos fortes dos acordos de gestão estabelecidos entre o Estado e as Misericórdias para cumprimento das políticas de saúde:

- a proximidade das Misericórdias às populações (n=9 | 20%), (exs. “*Misericórdias têm por natureza e até por afetividade, uma grande proximidade com as populações*” (E7, p.1); “*há zonas do país em que os cuidados de saúde são maioritariamente assegurados pelas Misericórdias*” (E10, p.2); “*valor maior das Misericórdias que é a proximidade e a*

continuidade territorial. É o conhecimento da realidade local, das pessoas em concreto, do seu modo de vida, das suas necessidades” (E21, p.1);

- o aumento da capacidade de oferta do SNS (n=5 | 11,11%), (exs. *“alargar uma rede que nós sabemos ter de ser mais diversificada por muitos outros operadores que não fosse o Estado” (E8, p.2); “Reconhece-se a necessidade de nas redes nacionais ter mais unidades das Misericórdias” (E9, p.2); “incapacidade de o SNS, naquelas áreas, responder adequadamente às necessidades da população” (E18, p.2);*

- a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (n=5 | 11,11%), (exs. *“as Misericórdias têm mais ferramentas para conseguir, e muitas vezes implementar, alguns projetos, por exemplo, na área dos Cuidados Continuados” (E17, p.2); “constituição da rede de cuidados continuados integrados. É um momento determinante na relação com os Misericórdias, aliás, a própria razão de ser de parte do desenvolvimento desse processo deu-se porque o Estado percebeu que as Misericórdias poderiam dar aí uma resposta que o Estado não tinha na sua rede hospitalar e na segurança social” (E19, p.1); “a vertente em que houve maior sucesso foi nos cuidados continuados” (E20, p.1);*

- uma maior poupança para o Estado, maior previsibilidade orçamental, maior produtividade e maior eficiência na gestão (n=4 | 8,89%), (exs. *“Com a nossa administração, o Estado poupa, desde logo não tem que investir nada” (E11, p.2); “Estão muito focadas na satisfação do utilizador, na satisfação da sua família, na satisfação da Comunidade. Para uma Misericórdia isso é essencial e o Estado tem boas razões para confiar nas Misericórdias como alguém que trabalha com qualidade, com foco no utente. Por outro lado, uma segunda vantagem é, evidentemente, o controle dos custos, porque todos esses contratos se baseiam em contratos “fechados” e há uma perspetiva de estabilidade orçamental, que é positiva do ponto de vista do interesse das contas públicas” (E14, p.2); “vantagens fundamentais que eu vi nesses protocolos. Eram as especialidades e eram os ganhos em termos de custos da prestação pelo Público” (E18, p.2).*

- qualidade na prestação e complementaridade ao público (n=4 | 8,89%), (exs. *“uma complementaridade, em termos de resposta. Julgo que esse ponto é bastante importante. Aliado a isso, evidentemente, também assegurar que se mantêm os níveis de qualidade” (E13,*

p.1); *“as Misericórdias fazem um trabalho com grande qualidade, com grande empenho e com grande dedicação”* (E14, p.2).

Por outro lado, no que se refere aos aspetos identificados como principais pontos fracos dos acordos de gestão para cumprimento das políticas de saúde os resultados mais significativos foram:

- acordos com desajustes financeiros ou erros de base (n=5 | 26,32%), (exs. *“Estado fez um bom negócio. E a Misericórdia sujeitou-se”* (E2; p.1); *“fomos penalizados porque esse acordo contemplou um índice de case-mix das atividades que foram contratualizadas muito inferior àquilo que outros Hospitais tinham”* (E3; p.1); *“há um risco que não se pode negar, e que os últimos anos têm acentuado, que é um risco financeiro porventura desequilibrado para as Misericórdias”* (E14, p.2); *“há disparidades”* (E19, p.1);

- os mecanismos de controlo (n=4 | 21,05%), (exs. *“se não se gere diretamente esbate-se também um pouco daquele poder de controlo-comando”* (E4, p.2); *“a certa altura, estas operações serem pequenas operações e poderem sair do foco da atenção da política pública”* (E14, p.2); *“SNS muito centralizador... dificuldade do distanciamento, do planeamento, da centralização, as ARS tentam minimizar essas dificuldades, mas também acabam por enfermar do mesmo centralismo”* (E20, p.2); *“fragilidade do Estado em ser um bom árbitro, por um lado, mas também um bom avaliador”* (E21, p.1);

- o processo de nacionalização dos hospitais das Misericórdias em 1974-1975 (n=4 | 21,05%), (exs. *“por razões ideológicas de quem queria reduzir o Serviço Nacional de Saúde ao serviço Público de saúde, este percurso marcou aqui primeiro uma fase de grande intensidade no sentido do tal esbulho dos Hospitais aprovado em 1974”* (E1, p.1); *“facto de o Estado nunca ter tido uma ação reparadora adequada daquilo que era a intervenção das Misericórdias no tempo em que o Estado não tinha essas preocupações”* (E8, p.2); *“Estado honrou os seus compromissos através de contratos de arrendamento que eram marcadamente exploradores, relativamente às próprias Misericórdias”* (E19, p.1);

- um desajuste entre o preço pago por atos médicos, tratamentos, MCDTS, e o praticado em unidades sob gestão direta (n=3 | 15,79%), (exs. *“esse papel social, elas têm cumprido, sabendo, desde logo, que quando estabelecem determinado tipo de acordos com o Estado vão*

ter prejuízo. Porque na maior parte dos casos, de facto, não é estimulante aquilo que é participado pelo Estado para a atividade que é solicitada ou contratualizada com as próprias Misericórdias” (E6, p.2); “Quando os riscos inflacionários se tornam mais significativos, o Estado normalmente demora muito tempo para reconhecer o impacto que isso tem na atividade daqueles com quem contratou os serviços” (E14, p.2); “o Estado tem sempre aquela lentidão na atualização dos preços” (E20, p.1).

8.2.3. Questão 3

“No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974/1975, como qualifica os resultados alcançados, na perspetiva das poupanças esperadas pelo Estado? E na perspetiva das Misericórdias?”

Na resposta a esta questão obtiveram-se os dados que constam do quadro seguinte.

Quadro 65 - Resultados obtidos da análise de conteúdo à Questão 3

Unidade de registo	n	%	Entrevistas
Muito positivo para o Estado / preços e GDHs definidos os mais baixos da rede	10	27,78	(E1) (E2) (E3) (E7) (E10) (E11) (E12) (E14) (E15) (E22)
Acordos defenderam interesse público ao exigir à cabeça poupanças de pelo menos 25% face ao período anterior	5	13,89	(E4) (E8) (E18) (E20) (E22)
Positivo para satisfação das necessidades de proximidade por parte da população	5	13,89	(E6) (E16) (E18) (E20) (E23)
Não tem elementos suficientes para emitir opinião cabal	4	11,11	(E9) (E13) (E17) (E19)
Positivo para a Misericórdia que conhece mais de perto	3	8,33	(E7) (E11) (E12)
Positivo para as Misericórdias com exceção de uma (Serpa)	3	8,33	(E1) (E5) (E14)
Permitiu efeito "asa de borboleta" em unidade sob gestão pública direta	1	2,78	(E7)
Poupanças para o Estado e alguma justiça na devolução ao proprietário	1	2,78	(E8)
Acordos de gestão deviam ser revistos todos os anos / acordos renegociados	1	2,78	(E2)
Sob o ponto de vista das Misericórdias resultados heterogéneos face ao expectável	1	2,78	(E14)

Muito negativo para a Misericórdia que conhece mais de perto	1	2,78	(E15)
Expectativas foram cumpridas	1	2,78	(E21)

Fonte: Elaboração própria

De acordo com os respostas obtidas, os resultados alcançados em termos de poupanças por via da devolução de hospitais à gestão das Misericórdias foram:

- muito positivos para o Estado (n=10 | 27,78%), (exs. *“houve uma clara evolução positiva da eficiência económica, ou seja, conseguiu-se fazer mais, melhor, gastando menos”* (E10, p.2); *“o preço de cada ato para o Estado era significativamente menor do que se fosse praticado pelo setor Público”* (E12, p.2); *“necessidades que visava satisfazer eram mesmo necessidades que careciam de resposta e que eram imprescindíveis... a Misericórdia sempre cumpriu os protocolos que tinha connosco”* (E15, p.2);

- acordos de devolução defenderam interesse público ao exigir à cabeça poupanças de pelo menos 25% face ao período anterior (n=5 | 13,89%), (exs. *“desnacionalização envolvia em si uma redução de despesa muito significativa, na ordem dos 25%. Portanto, só por aí já seria bom do lado do Estado”* (E4, p.3); *“Sei o que é que se pretendia: que devia ser uma poupança de cerca de 20% por parte do Ministério. Isso era importante para conseguir, por um lado, sossegar espíritos mais inquietos que podiam achar que a devolução às misericórdias, no fundo, podia servir de uma espécie de disfarce para transferir recursos financeiros que não seriam adequados para instituições não públicas, embora prossigam uma finalidade pública, um serviço público. Por outro lado, também porque havia uma convicção estabelecida de que o nível de ineficiência na prestação por parte dos serviços públicos era razoável, apontado como entre os 20 e os 30%.”* (E8, p.2); *“na perspetiva das Misericórdias, não sei. Mas, relativamente ao Estado... sei que a negociação permitia ganhos financeiros para o Estado na ordem dos 25%”* (E18, p.2); *“Quando os contratos foram desenhados, estabeleceu-se logo uma percentagem de poupança que, nalguns casos, até era considerado um bocadinho violenta. Os contratos tinham que passar pelo Tribunal de Contas e também era uma forma ultrapassar eventuais desconfianças que pudessem existir. Portanto, quanto a poupanças, sei que de início para o Estado havia. Os acordos foram muito restritos, digamos assim, e procuravam ir de encontro a necessidades que havia. Sei que houve poupanças para o Estado, para as Misericórdias não faço ideia se foi benéfico. Agora, a perceção que havia é que a devolução seria benéfica para as populações e as unidades devolvidas estavam na*

órbita de unidades maiores e estavam, de alguma forma, secundarizadas ou bastante abandonadas.” (E20, p.2);

- positivo para satisfação das necessidades de proximidade por parte das populações (n=5 | 13,89%), (exs. *“um aspeto que é relevante, desde logo, que é a satisfação das necessidades da população. Como os hospitais das Misericórdias funcionam muito nessa componente social, mas também de resposta àquilo que são as necessidades de proximidade dos doentes”* (E6, p.3); *“as necessidades que visava satisfazer eram mesmo necessidades que careciam de resposta e que eram imprescindíveis. Desde que eu aqui estou, desde o Natal de 2017, a Misericórdia sempre cumpriu os protocolos que tinha connosco”* (E16, p.2); *“Entendo que a capacidade de resposta que seria conseguida com aqueles protocolos seria superior àquela que, na altura, o hospital de Fafe tinha quando integrado no Centro Hospitalar com Guimarães. Essas foram as vantagens fundamentais que eu vi nesses protocolos. Eram as especialidades e eram os ganhos em termos de custos da prestação pelo Público.”* (E18, p.2);

- não tem elementos para opinião cabal (n=4 | 11,11%), (exs. *“a perceção inicial foi positiva, mas precisava-se de mais tempo para se ter uma conclusão clara, com números”* (E9, p.3); *“Não tenho esses números presentes”* (E13, p.2); *“para responder em concreto à pergunta, quais foram as eficiências ou os ganhos, eu não consigo estimar essas poupanças, porque não tenho dados”* (E17, p.3.); *“Sobre essa matéria tenho dificuldade... porque eu não me voltei a debruçar sobre os valores”* (E19, p.2);

- positivo para as Misericórdias com exceção de uma (n=3 | 8,33%), (exs. *“Esses hospitais começaram bem. Sobretudo Anadia e Fafe hoje estão implantados na comunidade com sucesso. Serpa foi mais complexo por causa de um conjunto de situações”* (E1, p.2); *“resultados foram positivos em dois. Serpa não funcionou”* (E5, p.2); *“operações absolutamente tranquilas para o Estado. Há um cabal cumprimento da ideia de contenção da despesa pública nesta matéria. Em relação àquilo que era a resposta expectável da situação das Misericórdias, eu acho que a situação não é exatamente igual”* (E14, p.2);

- positivo para a Misericórdia que conhece mais de perto (n=3 | 8,33%), (exs. *“E tanto quanto sei o hospital de Fafe, posteriormente a ser gerido pela respetiva Misericórdia, começou também a ter resultados operacionais positivos”* (E7, p.3); *“Temos tido resultados muito positivos, também temos investido algum dinheiro no hospital, na unidade de cuidados de*

convalescença, na fisioterapia, e noutras coisas do dia a dia, ainda agora andamos a remodelar para colocar o Hospital em melhores parâmetros, por exemplo nas consultas externas, na cardiologia, na radiologia” (E11, p.1); “Para a Misericórdia, nós temos várias atividades, além do acordo de cooperação, mas claro que o acordo de cooperação é uma segurança financeira grande. Podemos contar com isso se tudo correr mal, o que não tem sido o caso” (E12, p.2).

8.2.4. Questão 4

“No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos assistenciais?”

Na resposta a esta questão obtiveram-se os dados que constam do quadro seguinte.

Quadro 66 - Resultados obtidos da análise de conteúdo à Questão 4

Unidade de registo	n	%	Entrevistas
Resultados muito positivos	7	23,33	(E1) (E2) (E7) (E9) (E10) (E13) (E16)
Resultados muito positivos em Fafe e Anadia / em Serpa, não	4	13,33	(E5) (E14) (E20) (E22)
Positivos no caso da Misericórdia que conhece mais de perto / <i>feedback</i> da população muito positivo	4	13,33	(E7) (E11) (E12) (E23)
Resultados além do acordo inicial, sem que produção adicional seja retribuída	3	10	(E2) (E11) (E16)
Qualidade de serviço e boa articulação com os hospitais centrais / efeito "asa de borboleta" em unidade sob gestão pública	3	10	(E6) (E7) (E14)
Não tem elementos suficientes para emitir opinião cabal	3	10	(E8) (E17) (E19)
Atividade assistencial semelhante ao período pré-devolução	2	6,67	(E3) (E4)
Resultados não foram negativos / Misericórdias fazem mais coisas com menos recursos e têm qualidade	2	6,67	(E18) (E21)
Demonstram as mesmas vantagens e as mesmas desvantagens que o modelo de gestão pública direta	1	3,33	(E4)
Resultados aquém das expectativas da Misericórdia em concreto	1	3,33	(E15)

Fonte: Elaboração própria

De acordo com os resultados obtidos, os resultados alcançados em termos de perceção dos entrevistados sobre os resultados assistenciais alcançados pelas unidades desnacionalizadas foram:

- muito positivos (n=7 | 23,33%), (exs. *“de uma maneira geral, esses hospitais aumentaram as respostas que essas comunidades tinham antes (...) Recordo-me de um Presidente da Câmara que nem sequer era dali, era de um Concelho ali perto, me ter dito que, finalmente, tinha um serviço de urologia ali ao lado”* (E1, p.2); *“aumentaram consideravelmente os seus resultados assistenciais, nomeadamente Fafe”* (E7, p.3); *“houve aqui um efeito ganhador, win-win como agora se diz, tanto para o setor público como para o setor social e, particularmente, para a população envolvida, digamos, para todos estes concelhos”* (E7, p.4); *“acordos de devolução que foram concretizados, foram-no de uma forma harmoniosa e sem reclamação por parte dos utentes. E foi alargada a prestação de serviços que era feita”* (E.9, p.3); *“resultados foram significativamente bons, geraram evidência para nós podermos acreditar neste modelo de funcionamento. Geraram evidência, deram números, resultados que mostram que esta foi uma boa decisão e, sobretudo, que reverteu em favor dos cidadãos”* (E10, p.2); *“Daquilo que conheço os resultados são muito bons”* (E13, p.2); *“Os tempos máximos de resposta são inferiores aos TMRG que estão em vigor no SNS. Racionalizamos a resposta de forma a ir cobrindo sempre as necessidades mais emergentes. A Misericórdia cumpre sempre o contrato”* (E16, p.2);

- resultados positivos em Fafe e Anadia, em Serpa não (n=4 | 13,33%), (exs. *“Onde já havia uma tradição de referência para Misericórdias e, portanto, não havia uma rejeição dessa possibilidade, o processo funcionou bem, como em Fafe e Anadia. Funcionou bem com resultados positivos em termos de aumento da oferta e, portanto, em termos de aumento da acessibilidade. Em Serpa funcionou mal, primeiro porque o modelo das ULS não é um modelo que seja favorável à concorrência, à liberdade de escolha, à diversidade, que são tudo vantagens que este modelo trouxe. E, portanto, só por ser ULS já não ajudava. E depois penso também que havia um certo preconceito por parte da Administração Regional e talvez até mesmo das pessoas que, no terreno, não quiseram colaborar e referenciar para a unidade em questão o que fez com que essa devolução não funcionasse.”* (E5, p.2); *“Não há dúvida nenhuma que nos casos da Anadia e de Fafe os resultados são muito positivos. Do ponto de vista de um decisor político, a ausência de notícias significativas significa sempre muito boa notícia! Significa que estão a correr como devem correr... o caso de Serpa é mais difícil de*

avaliar, porque há dificuldades objetivas no funcionamento da resposta em matéria de saúde em Serpa que espero que sejam superadas a curto prazo.” (E14, p.3); “Os resultados são positivos. Na passagem de um modelo de gestão para outro, para ser bem feita, tem que haver vontade de todos. No caso de Serpa, desde o início se criou um ambiente de aversão, designadamente por parte do Hospital de Évora. Havia uma aversão incrível, mesmo uma “guerra” em relação ao Ministério, e a passagem foi muito a contragosto.” (E20, p.2);

- positivos no caso da Misericórdia que conhece mais de perto / *feedback* da população muito positivo (n=4 | 13,33%), (exs. *“a população ganhou e as pessoas também falam disso”* (E11, p.2); *“é esse o feedback que temos, que são mesmo muito bons”* (E12, p.2); *“No caso que conheço particularmente os resultados são globalmente positivos e satisfatórios para a população e para a ARS”* (E23, p. 3);

- resultados vão mais além do acordo inicial, sem que essa produção adicional seja retribuída (n=3 | 10%), (exs. *“temos cerca de 30.000 urgências por ano e só nos são pagas 17.000. As outras são prejuízo porque nós não podemos fechar a urgência e temos que ter 2 médicos, 2 enfermeiros, pessoal auxiliar, pessoal administrativo”* (E2, p.2); *“temos um contrato para determinadas consultas e cirurgias. Quando elas acabam, podemos fazer mais e ninguém nos paga adicionalmente”* (E11, p.2); *“Misericórdia não faz só a atividade que nos “vende”, faz muito mais atividade, tem os seus próprios meios e os seus recursos e tem-nos estruturados. Não temos tido grande dificuldade, gerimos o acordo existente de acordo com a própria Misericórdia e com as nossas necessidades”* (E16, p.2);

- qualidade de serviço, boa articulação e efeitos colaterais positivos (n=3 | 10%), (exs. *“qualidade de serviços extraordinária não só para as populações, mas, inclusivamente, em termos de colaboração com os hospitais centrais. Isso verificou-se na fase da pandemia, mas também é um tema atual, agora, quando muitas das cirurgias que são feitas não só em termos de recurso direto à própria instituição, mas também ocupando espaços, instalações e equipamentos que esses hospitais têm, deram um contributo muito significativo para melhorar a resposta dos hospitais centrais públicos”* (E6, p.3); *“A partir do momento em que “adjudicámos” a população de Fafe e de Cabeceiras ao Hospital de Fafe, a nossa oferta tornou-se mais “fluida”* (E7, p.4); *“não há dúvida nenhuma que mesmo os hospitais públicos dessas áreas, tipicamente hospitais mais diferenciados, reputam como positiva a relação que têm com esses hospitais e não há nenhuma referência a fenómenos, como tantas vezes*

falamos de ligação dos diferentes setores, de desnatação, seleção adversa, não há nenhuma referência desse comportamento por parte das Misericórdias” (E14, p.3);

- não tem elementos suficientes para opinião cabal (n=3 | 10%), (exs. “*Não tenho dados*” (E8, p.3); “*não tenho dados sobre isso*” (E17, p.4); “*não me voltei a debruçar sobre os valores*” (E19, p.2).

8.2.5. Questão 5

“No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos de sistema de avaliação da qualidade (SINAS, da Entidade Reguladora da Saúde), se aplicável?”

Na resposta a esta questão obtiveram-se os dados que constam do quadro seguinte.

Quadro 67 - Resultados obtidos da análise de conteúdo à Questão 5

Unidade de registo	n	%	Entrevistas
Positivo / Muito positivo / excelência clínica na unidade que conhece	4	17,39	(E3) (E6) (E11) (E12)
Não sabe / não tem elementos para opinião cabal / não se pronuncia	4	17,39	(E2) (E9) (E17) (E18)
Muito positivos nos dois hospitais desnacionalizados que têm sido avaliados	3	13,04	(E1) (E13) (E14)
Não conhece resultados em concreto, mas percebe não ter havido perda de qualidade e admite possíveis melhorias	3	13,04	(E4) (E5) (E16)
SINAS merece-lhe reservas	3	13,04	(E19) (E21) (E23)
Avaliação clínica promoveu qualidade dos hospitais e concorrência saudável	3	13,04	(E7) (E13) (E20)
Positivos no global dos hospitais das Misericórdias (incluindo os criados de raíz ou que não chegaram a ser nacionalizados)	2	8,70	(E1) (E22)
Avaliação clínica deve ser complementada com inquéritos de satisfação à população	1	4,35	(E8)

Fonte: Elaboração própria

De acordo com as respostas dadas, a percepção dos entrevistados sobre os resultados alcançados em termos de avaliação da qualidade pelas unidades desnacionalizadas foram:

- positivos na unidade que conhece (n=4 | 17,39%), (exs. *“Temos tido sempre o grau de excelência clínica, na cirurgia de ambulatório, na focalização no utente”* (E3, p.2); *“Fafe, de facto, tem condições extraordinárias, tem respondido a esse nível ao ponto de, paradoxalmente, até servir doentes de Braga. Estes hospitais de continuidade e de proximidade têm uma relevância muito grande”* (E6, p.4); *“Temos ali um problema com as instalações que, pelos vistos, não são fantásticas. Mas sim, no global têm sido bons.”* (E12, p.2);

- não sabe/não tem elementos para opinião cabal/não se pronuncia (n=4 | 17,39%), (exs. *“Não tenho presente a classificação destes hospitais no SINAS.”* (E17, p.4); *“Não tenho dados que me permitam afirmar o que quer que seja sobre essa matéria em termos de qualidade dos cuidados”* (E18, p.2);

- muito positivos nos que têm sido avaliados (n=3 | 13,04%), (exs. *“Acho que os resultados são bastante positivos. Desde o princípio que têm tido três estrelas. E têm-se mantido aí. Serpa não há ainda essa avaliação, como sabe.”* (E1, p.3); *“a qualidade da prestação é essencial e ela tende a estar dentro dos parâmetros adequados, nessa avaliação que é idónea, feita pela Entidade Reguladora da Saúde, e que deve ser a base de qualquer modelo contratual”* (E13, p.2); *“É inquestionável que, no caso das duas Misericórdias que foram avaliadas, Fafe e Anadia, os resultados são muito positivos.”* (E14, p.3);

- não conhece em concreto, perceciona não ter havido perda de qualidade e pode até ter havido melhoria (n=3 | 13,04%), (exs. *“não me lembro de ver problemas muito diferentes daqueles que enfrentávamos nos outros hospitais. Umas questões sindicais, umas reclamações de utentes, mas tal como havia nos outros equipamentos, centros de saúde e hospitais. Não quero deixar a ideia de um oásis, mas o mais franco que posso ser é que não notei grande diferença.”* (E4, p.4); *“Estes hospitais são sujeitos aos mesmos indicadores a que, teoricamente, são sujeitos os hospitais públicos de qualidade e com a agravante, neste caso, de esses indicadores serem monitorizados, de forma muito próxima e com implicações financeiras e, portanto, efetivas. Sem ter consultado uma avaliação de qualidade a estas unidades, a impressão que tenho é que não há perda de qualidade nenhuma, pelo contrário,*

até deve haver algum ganho. Porque do ponto de vista dos contratos, da forma como estão feitos, exige-se muito mais aos hospitais das Misericórdias do que se exige aos hospitais públicos, enquanto hospitais públicos e, portanto, certamente que não piorou” (E5, p.3); “Não tenho presente os resultados do SINAS. O que sei é que não tenho queixas.” (E16, p.2);

- não concorda com o SINAS (n=3 | 13,04%), (exs. *“Há uma discrepância entre aquilo que é, provavelmente, a percepção real e a opinião pública e aquilo que são os resultados. E acho que isso deve ser entendido como, porventura, a necessidade de o SINAS melhorar muito a sua forma de avaliação de resultados” (E19, p.2); “sou crítico do SINAS, portanto, devo fazer aqui este disclosure. Creio que o SINAS não é o melhor sistema de avaliação, não é discriminativo o suficiente e não faz uma distinção clara entre a tipologia das instituições e as atividades que elas prestam” (E21, p.2);*

- avaliação clínica promoveu qualidade dos hospitais e concorrência saudável (n=3 | 13,04%), (exs. *“o sistema de avaliação SINAS, que foi interrompido tanto quanto tenho conhecimento, mas está a ser reformulado e vai voltar de novo ao terreno tem sido, um ótimo instrumento de avaliação, mas também de benchmarking, de comparação para os hospitais, porque, cada vez mais, para fazermos melhor temos que nos comparar com as melhores práticas. Se o hospital vizinho tem melhores resultados do que o meu, qual é a minha primeira reação? Vou ver o que o hospital vizinho está a fazer, o que é que eu posso aprender, para importar e aplicar as mesmas boas práticas” (E7, p.4); “qualidade da prestação é essencial e ela tende a estar dentro dos parâmetros adequados, nessa avaliação que é idónea, feita pela Entidade Reguladora da Saúde, e que deve ser a base de qualquer modelo contratual” (E13, p.2); “Se não eram avaliados até à devolução e passaram a ter esse olhar externo, esse foco, isso é positivo, é muito importante” (E20, p.2);*

- positivos no global dos hospitais das Misericórdias (incluindo os criados de raiz ou que não chegaram a ser nacionalizados) (n=2 | 8,70%) (ex. *“do ranking oficial, se quiser, no cômputo geral a posição das Misericórdias é coletivamente a mais forte do mercado. Sei até da estranheza inicial de alguns avaliadores quando compararam o hospital de Vila Verde com hospitais privados de grande renome na praça” (E1, p.3);*

- avaliação clínica deve ser complementada com inquéritos de satisfação à população (n=1 | 4,35%) (ex. *“o regulador faz uma avaliação e essa avaliação tem também uma componente,*

uma dimensão, que incide sobre a qualidade, mas depois é preciso fazer um inquérito junto das populações para tentar avaliar se o seu nível de satisfação é ou não o adequado. Que pode depois ser cruzado com as reclamações que são feitas, que são formais” (E8, p.4).

8.2.6. Questão 6

“Comparando as unidades hospitalares de Fafe, Anadia e Serpa (que já integravam o SNS e foram, entretanto, devolvidas à gestão do sector social) com outras unidades de dimensão semelhante, na mesma área geográfica e ainda sob gestão pública, no seu entendimento, que tipo de vantagens identifica para o Estado entre uma opção e outra?”

Na resposta a esta questão obtiveram-se os dados que constam do quadro seguinte.

Quadro 68 - Resultados obtidos da análise de conteúdo à Questão 6

Unidade de registo	n	%	Entrevistas
maior eficiência económica e maior flexibilidade de gestão das Misericórdias	5	19,23	(E1) (E10) (E11) (E14) (E19)
maior proximidade à comunidade, que resulta em maior nível de satisfação / dimensão permite maior foco na qualidade	5	19,23	(E1) (E2) (E9) (E19) (E23)
controlo orçamental / responsabilidade financeira limitada / menos custos e incentivo à melhor eficiência	5	19,23	(E1) (E5) (E8) (E20) (E22)
Misericórdias permitem reduzir pressão sobre hospitais em gestão direta do SNS, gerar concorrência e transferir risco	3	11,54	(E4) (E16) (E20)
vantagens dependem da visão que se tem: se se quer continuar a ser primariamente pagador e prestador ou se admite que o Estado, não se demitindo da obrigação de assegurar acesso, permita prestação social	2	7,69	(E3) (E7)
não identifica /prefere não responder	2	7,69	(E17) (E21)
em unidades locais de pequena dimensão, com uma atividade estandardizada, não há inconvenientes no modelo de gestão dos hospitais por parte das Misericórdias	1	3,85	(E5)
afirmação dos hospitais desnacionalizados, e mudanças no SNS com a constituição das ULS, num cenário de degradação de resultados, é sinal das mais-valias da contratualização ao social	1	3,85	(E6)

sinergias que resultam do modelo de gestão pelas Misericórdias, sobretudo quando estas já têm alguma dimensão e diversidade de respostas sociais e de saúde	1	3,85	(E9)
vantagens dependem do contexto regional	1	3,85	(E18)

Fonte: Elaboração própria

De acordo com os resultados obtidos, no que se refere à perceção dos entrevistados sobre as vantagens da contratualização com as Misericórdias da gestão de hospitais de proximidade *versus* gestão pública direta dessas unidades:

- maior eficiência económica e maior flexibilidade de gestão por parte das Misericórdias: (n=5 | 19,23%), (exs. *“temos registado um grande equilibrio nos nossos recursos humanos e todos nós sabemos que hoje um dos grandes dramas do SNS são os recursos humanos. Eu recordo que no Verão do ano passado, por exemplo, não havia dia nenhum que eu não recebesse um telefonema de um administrador hospitalar no nosso país a pedir-nos ajuda ou porque não tinha anestesista... ou porque não tinha esta ou aquela especialidade e quando eu punha esses problemas aqui aos nossos hospitais, eles até me manifestavam alguma incredulidade, porque esse não era um problema que tivessem. E penso que isso depois a jusante se traduz numa satisfação do cidadão, porque não tem as dificuldades de ter que estar à espera.”* (E1, p.3); *“o modus operandi, as regras de funcionamento do setor público, em que há pouco respeito pela hierarquia, em que toda a gente manda, em que há pouco controlo, em que há mais desperdício, há mais fraude... Tudo isto contribui para uma perda muito grande da eficiência económica. Acho que o setor público, em bom rigor, vai ter sempre muita dificuldade em controlar estes pontos”* (E10, p.3); *“Os hospitais geridos diretamente pelas Misericórdias têm uma evidente vantagem de flexibilidade de gestão. Aliás, o drama maior do setor público na área da saúde é que os hospitais, mesmo os hospitais de dimensão relativamente pequena, são estruturas empresariais muito complexas que envolvem operações muito diversas (...) e as Misericórdias têm uma agilidade de gestão que nas pequenas unidades, aumenta muito a capacidade de responder às necessidades de cada momento.”* (E14, p.3); *“principais vantagens têm que ver, em primeiro lugar, com uma maior capacidade de contratualização relativamente à prestação de serviços por pessoas. Ou seja, a vantagem do setor privado e do social, neste caso, é de poder contratar quem precisa, exatamente na dimensão exata para a tarefa que tem de ser desempenhada e por um preço*

que é considerado aceitável por todas as partes. Isto faz uma grande diferença do ponto de vista da eficiência” (E19, p.3);

- proximidade de gestão e dimensão mais pequena permitem maior foco na qualidade (n=5 | 19,23%), (exs. “o hospital das Misericórdias estar junto destas comunidades. Talvez a proximidade da gestão, de serem coisas mais pequenas o que não quer dizer menos complexas em relação a hospitais da mesma região, o haver uma certa ligação à comunidade. Isso foi muito evidente durante o período Covid e explica muito dos resultados que Portugal teve em termos de óbitos comparados com outros países.” (E1, p.4); “Os hospitais públicos são grandes máquinas muito pesadas. Os hospitais das Misericórdias são mais pequenos, também prestam menos tratamentos, têm menos valências. Ter mais e melhor nem sempre é fácil, mas o que nós pretendemos é servir a população que nos rodeia bem. E entre estar duas ou três horas numa urgência do Hospital da Misericórdia e estar doze horas na urgência de um Hospital Público...” (E2, p.3); “o Serviço Nacional de Saúde relativamente a unidades mais pequenas dificilmente lhes prestará a mesma atenção que uma Misericórdia que só esteja focada naquela região, naquelas instalações, etc. Portanto, há aqui uma questão que as pessoas menosprezam todas, mas que eu, como gestor, não tenho qualquer dúvida que é muitíssimo relevante, que é, digamos, a “atenção do acionista”. Não tenho nenhuma dúvida sobre o que é a questão de estar lá próximo, ou o que é gerir 80 coisas ou 104 e ser mais uma e ser da dimensão que é.” (E9, p.4); “possibilidade de resposta de proximidade, uma vez que o desenho da sua área de atuação é obviamente muito melhor ponderado do que aquele que corresponde às áreas de atuação do SNS, que são demasiado grandes para o para o efeito. Portanto, desse ponto de vista, proximidade e capacidade, bem como a maior flexibilidade na contratualização de serviços ao nível de recursos humanos, são duas vantagens gigantescas” (E19, p.3);

- melhor controlo orçamental e menos custos para o Estado: (n=5 | 19,23%), (exs. “o défice ali é o que é. Isto é, não há défice: o Estado contrata X milhares de cirurgias, consultas e elas estão feitas. Sabe quanto é que vai pagar e é isso que paga. Isso não acontece com nenhum dos outros hospitais.” (E1, p.3); “o facto de, no caso destes acordos de cooperação com as Misericórdias, a responsabilidade financeira do Estado limita-se ao pagamento da produção contratada e mais nada. Hoje não há mais nenhum pagamento a não ser esse, o que significa que, desde que a qualidade e o acesso sejam iguais - já falamos há pouco que no caso do acesso sabemos que melhorou, e no caso da qualidade também há indicações que terá

melhorado -, só o facto de o Estado não ter mais nenhuma despesa para além da produção contratada, coisa que não acontece nos outros hospitais, já é uma grande vantagem. E é uma grande vantagem primeiro pela razão óbvia de implicar menos custos para o Estado, mas depois, também, porque obriga a instituição a ser muito mais eficiente, porque as instituições públicas não têm esse incentivo.” (E5, p.3); “visão mais alargada de que o Estado deve, com transparência, não gastando mais, não estando a procurar endossar aos contribuintes uma fatura maior do que aquela que existiria se os serviços fossem prestados diretamente pelo Estado, deve procurar uma cooperação, uma rede de colaboração com o terceiro setor e com os privados que satisfaça melhor os objetivos de não só prestar um bom serviço, mas ser o mais eficiente possível” (E8, p.5); “Estes anos todos já deram para perceber que o Estado ganha em contratualizar mais e em regular do que em prestar diretamente os serviços. Portanto, este modelo tem essa vantagem. O Estado faz um contrato, exige, contratualiza níveis de prestação de serviço, financia a prestação, se a prestação não for de qualidade, pode haver penalizações. Acho que isso significa uma vantagem incrível.” (E20, p.3);

- reduz pressão sobre os hospitais geridos diretamente pelo Estado, gera concorrência saudável e transfere risco: (n=3 | 11,54%) (exs. *“Quando estava na região de Saúde, era totalmente diferente um problema cujo risco está transferido, de um problema em que em muitos casos, em algum momento do processo, eu também sentia alguma responsabilidade, nem que fosse moral, mesmo que isso não assacasasse para mim qualquer outro tipo de responsabilidade. E, portanto, há sempre essa vantagem, na minha ótica” (E4, p.4); “que é mais tranquilo, é. Numa perspetiva do Ministério da Saúde é evidente que é mais tranquilo. Não tem problemas. Os problemas quando surgem vêm normalmente do nosso lado. No sentido, por exemplo, de não se estar a pagar atempadamente. (...) Por outro lado, gera uma concorrência saudável com hospitais vizinhos.” (E16, p.3); “nos hospitais da mesma dimensão, mas que continuam no Serviço Nacional de Saúde, porventura o Estado está a ter resultados negativos de forma sistemática e vai tendo que cobrir os défices e sem ter a certeza de que está a ter qualidade.” (E20, p.3).*

8.2.7. Questão 7

“Apesar de seguirem o mesmo modelo de acordo de gestão, estabelecido entre as respetivas Misericórdias e Administrações Regionais de Saúde, os resultados alcançados

apresentam alguma discrepância de unidade para unidade. No seu entendimento, as diferenças podem ser explicadas por:

- a) incumprimento da respetiva Misericórdia relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- b) incumprimento do Estado relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- c) Incumprimento de ambas as partes. E se sim, em quê?
- d) Outras razões. Quais?”

Na resposta a esta questão obtiveram-se os dados que constam do quadro seguinte.

Quadro 69 - Resultados obtidos da análise de conteúdo à Questão 7

Unidade de registo	n	%	Entrevistas
outras razões: serem unidades diferentes entre si e com contextos regionais distintos	7	24,14	(E4) (E5) (E7) (E8) (E10) (E16) (E18)
no caso do hospital da Misericórdia que conhece mais de perto não houve incumprimentos	5	17,24	(E2) (E3) (E11) (E12) (E23)
incumprimento do Estado, no caso da desnacionalização do Hospital de Serpa ao entregá-lo sem bloco e não permitindo ativação no mesmo edifício / incumprimento do Estado, no caso de Serpa, unidade que nem deveria ter sido escolhida	4	13,79	(E1) (E5) (E12) (E19)
incumprimento de ambas as partes no caso de Serpa: unidades geridas pelo público não referenciaram como acordado, Misericórdia aceitou responsabilidades cirúrgicas sem que bloco estivesse a funcionar e tardou a resolver	4	13,79	(E13) (E15) (E19) (E22)
sem informação completa para resposta cabal	4	13,79	(E8) (E10) (E20) (E21)
incumprimentos do Estado nos prazos de pagamento	2	6,9	(E6) (E16)
outras razões: diferente grau de envolvimento da União das Misericórdias na gestão dos processos / necessidade de maior participação do Grupo Misericórdias Saúde na transição	1	3,45	(E14)
incumprimento do Estado, na publicação atempada das listas de espera para cirurgia, o que dificulta acesso a opções alternativas por parte dos cidadãos no âmbito do SIGIC	1	3,45	(E1)
no caso que não correu bem, Serpa, considera que a responsabilidade é da Misericórdia respetiva	1	3,45	(E17)

Fonte: Elaboração própria

De acordo com as respostas obtidas, na perceção dos entrevistados sobre as discrepâncias no grau de sucesso e razões para as diferenças de resultados dos hospitais desnacionalizados:

- outras razões: serem unidades diferentes e com contextos regionais distintos: (n=7 | 24,14%) (exs. “são três unidades completamente diferentes e isso é determinante. (...) Acho que o princípio de conversa foi demasiado espartano em termos de valores, mas também correspondia às parangonas do discurso político que empurravam o Governo para a solução. E isto será sido incumprimento do Estado? O social espera sempre que a determinada altura se consiga uma revisão extraordinária do contrato que, aos dias de hoje, é cada vez menos possível porque outras partes estão atentas e é preciso justificar tudo. Existe até um conjunto de deveres cada vez mais rigorosos na execução desses contratos.” (E4, p.5); “há uma questão institucional que é o facto de estar em cima de uma ULS, e numa ULS os Centros de Saúde estão articulados com os hospitais da ULS. Com a saída de Serpa, o hospital de Serpa deixou de ser um hospital da ULS e, portanto, deixou de estar nessa rede articulada. O que também levou a dificuldades de referenciação e depois também há algum incumprimento da parte do Estado, precisamente por causa disso, porque aquilo que estava contratualizado pressupunha que o Estado, neste caso os centros de saúde referenciassem os doentes o que não estava a acontecer, com a agravante de que no caso, ao contrário de Fafe e Anadia que eram zonas onde já havia alguma tradição de atividade privada hospitalar, o que faz com que não seja muito complicado encontrar médicos a trabalhar fora do SNS nos hospitais das misericórdias, em Serpa não, porque a atividade hospitalar naquela zona era de hospital público do SNS.” (E5, p.5); “Inclinar-me-ia mais para outras razões, até porque não tenho informação rigorosa, objetiva, específica sobre o que é que foi cumprido, o que é que não foi cumprido. (...) São 3 hospitais. Ainda que a missão esperada pudesse ser relativamente a mesma, em Portugal somos felizmente um país com grande diversidade: cultural, geográfica, climática, etc. E os meios onde estão inseridos esses 3 hospitais, Fafe, Anadia e Serpa, são totalmente distintos.” (E7, p.6); “É natural que as unidades possam não ter todas o mesmo desempenho. Nem todas têm exatamente a mesma cultura, nem os mesmos antecedentes, e isso é tão válido para unidades públicas como para unidades não públicas.” (E8, p.5); “há uma coisa muito importante, que é o ajustamento do risco em função do universo dos atendimentos que o hospital faz, da dificuldade dos doentes tratados. Não sei qual o universo que cada uma dessas instituições tem, às vezes uma pode ter o azar de ter tido doentes com mais complexidade, com mais comorbilidades, o que é mais exigente sob o ponto de vista médico, político, etc., e também consome mais recursos. Temos que ver que universo de utentes é que cada um deles teve, que equipas de gestão é que cada um teve. Quem é que tem pagamentos mais atempados e menos atempados e outras dificuldades imponderáveis que também surgem no dia a dia de uma instituição. Portanto, tudo isto tem que ser ponderado,

mas para ser uma resposta mais profunda, era preciso conhecer profundamente todas estas vertentes das instituições.” (E10, p.4); “diria que também tem a ver com os territórios onde estão inseridas. E eu acredito que a unidade do Alentejo possa ter algumas dificuldades em recrutar pessoas, profissionais” (E16, p.3); “Não tem a ver com incumprimentos. Tem a ver com uma atitude, com uma cultura civilizacional que é diferente do resto das Regiões” (E18, p.4);

- no caso que conhece de perto não houve incumprimentos: (n=5 | 17,24%) (exs. “Não houve, no caso de Fafe, nem incumprimento de uma nem da outra parte.” (E2, p.3); “Em nenhuma dessas alíneas houve incumprimento por parte da nossa Misericórdia. Antes pelo contrário, queríamos cumprir mais do que aquilo que nos é permitido. Queremos produzir mais do que aquilo que nos é contratado produzir. Da parte do Estado, pontualmente, houve atrasos nos pagamentos, mas, de uma forma genérica, quer a avaliação que nos fazem anualmente, quer aquilo que nos “oferecem” à luz do acordo, tem sido cumprido. Só não cumprem ou não dão resposta aos nossos pedidos de querer produzir em mais quantidade.” (E3, p.3); “Não tenho ideia de ter havido nada na administração que possa ser apontado à Misericórdia. Temos cumprido, até para mais do que era suposto. O Estado só teve a ganhar com o acordo que fez.” (E11, p.3); “Aqui em Anadia correu tudo bem, de parte a parte.” (E12, p.3);

- incumprimento do Estado no caso da desnacionalização do Hospital de Serpa: (n=4 | 13,79%) (exs. “No caso de Serpa, há um incumprimento óbvio, porque nos foi entregue um hospital que tinha um bloco desativado. E quando tentamos ativar o bloco, foi o Estado que nos disse, não pode fazer o bloco onde ele está há 500 anos, que é uma coisa extraordinária. Tem que o fazer ali ao lado!” (E1, p.4); “O caso de Serpa é um problema de incumprimento do Estado, suspeito também que com alguma componente de dificuldades de gestão do acordo por parte da Misericórdia. Mas, nesse caso, eu acho que o pecado original foi na escolha de Serpa porque aquele hospital, por várias razões, não tinha condições ou não tinha as mesmas condições que os outros dois têm para funcionar de forma autónoma.” (E5, p.5); “Serpa, e sei que houve incumprimento por parte do Estado, nomeadamente na referência dos centros de saúde para lá. Portanto, a falta foi por parte do Estado e não por parte da Misericórdia.” (E12, p.3); “a Administração Regional de Saúde, nomeadamente naquilo que corresponderia ao setor público instalado hospitalar, nunca contou muito com Serpa, ao contrário de Anadia e Fafe, que foram uma boa ajuda, e já se imaginava que fossem desde o primeiro momento, para os hospitais da zona.” (E19, p.3);

- incumprimento de ambas as partes no caso de Serpa: (n=4 | 13,79%) (exs. *“admito que possa haver responsabilidades de ambas as partes na situação de Serpa. Tem que haver capacidade nalguma resposta contratada, tem que haver uma boa articulação com a região de saúde e tanto quanto percebi houve essa dificuldade em Serpa. Tem que haver essa potencial área de abrangência que não ficou articulada. Mas não creio que possamos pensar que as causas estão apenas num dos lados.”* (E13, p.3); *“Primeiro, de facto, nunca foram criadas as condições necessárias que o Estado obrigatoriamente teria que ter criado no início deste acordo. Depois, sim, houve incumprimento por parte da Misericórdia de Serpa e esse incumprimento refere-se a quê? Um acordo que refere um bloco cirúrgico desde 2015 foi construído agora e ainda não está a produzir. Logo, há um acordo que refere o bloco cirúrgico que não existia e que se deixou à responsabilidade da Misericórdia a sua construção. Nunca podia ter acontecido desta maneira”* (E15, p.3); *“O Estado não foi capaz de cumprir aquilo que, de alguma forma, considerava como essencial, porque a ARS-Alentejo não tinha interesse nenhum naquilo e, portanto, não cumpriu. Claramente o hospital teve “mais olhos que barriga” e acabou por aceitar uma contratualização que depois estendeu para outros serviços, nomeadamente para o setor da urgência, que não tinha condições, de todo, para cumprir.”* (E19, p.4);

- incumprimento do Estado nos prazos de pagamento (n=2 | 6,9%) (exs. *“mais do que os valores já baixos, é o procedimento do Estado no incumprimento, por exemplo, nos prazos de pagamento. O dinheiro tem custos, nomeadamente a questão de cumprir os prazos previamente estabelecidos, e, infelizmente, o Estado, nesse caso, também não é propriamente um cumpridor relativamente àquilo que é um requisito que pode levar uma entidade de boa fé a assinar uma contratualização e que, depois, é confrontada com um prazo de pagamento alargadíssimo, de forma incompreensível (...) Não tenho dúvidas que o incumprimento é predominante por parte do Estado e não pelas Misericórdias.”* (E6, p.5); *“Os problemas quando surgem vêm normalmente do nosso lado. No sentido, por exemplo, de não se estar a pagar atempadamente.”* (E16, p.3);

- outras razões: grau de envolvimento da União das Misericórdias/Grupo Misericórdias Saúde (n=1 | 3,45%) (exs. *“Quando nós transitamos esse hospital do setor público para o setor social, porventura, a diferença do que acontece de forma muito positiva na Anadia com o que acontece de forma menos positiva em Serpa, também tem a ver com uma maior ou menor participação da União das Misericórdias, do Grupo Misericórdias Saúde, que talvez*

seja indispensável como estrutura de transição, pelo menos de uma gestão pública para uma gestão puramente da Misericórdia local, porque não é obrigatório que a Misericórdia local esteja dotada dos recursos necessários para resolver os problemas, que são muito complexos. Porque muitos dos problemas não são apenas do quotidiano, precisam de uma visão estratégica, de uma certa capacidade, de uma certa experiência.” (E14, p.4);

- incumprimento da Misericórdia no caso de Serpa: (n=1 | 3,45%) (exs. *“No caso de Serpa eu acho que é muito mais culpa da equipa de gestão da Misericórdia, do que propriamente do Estado. O Estado faz um contrato, tem uma produção prevista, tem uma duração de 10 anos, aquilo baliza a relação entre as partes. Se o contrato não está a ser cumprido, compete à Misericórdia acionar, eventualmente, até os meios legais, alertar o Estado. Se em Serpa porventura aconteceu de a ULSBA deixar de referenciar eu não sei se isso ficou acautelado no contrato, mas se não ficou devia ter ficado porque quando se cria uma ULS há uma forte indução de referenciação interna. A equipa de gestão do hospital de Serpa não percebeu isso? E não alertou para isso? Se não alertou, devia ter alertado.” (E17, p.5);*

- incumprimento do Estado ao não publicar atempadamente listas de espera (n=1 | 3,45%) (exs. *“Estado é sempre muito severo com os atrasos dos outros e sempre muito complacente com ele próprio. Dou-lhe um exemplo que é a circunstância do Estado não pôr nas plataformas ao fim de 90 dias, como lhe cabe, os doentes que não consegue operar. Você hoje tem muita gente que está à espera de uma cirurgia, que podia ser feita ou noutra hospital do Estado, ou no setor social, ou no setor privado através do SIGIC, e que não é porque o Estado não cumpre” (E1, p.4).*

8.2.8. Questão 8

“Na sua perspetiva, e partindo da experiência recolhida nas unidades hospitalares do SNS cuja gestão foi devolvida às Misericórdias (nos primeiros cinco anos, 2015-2020) que medidas futuras podem ser adotadas para que este tipo de parcerias possa ser mais efetivo, assente em relações de cooperação e com benefícios de boa governança para todos os parceiros envolvidos?”

Na resposta a esta questão obtiveram-se os dados que constam do quadro seguinte.

Quadro 70 - Resultados obtidos da análise de conteúdo à Questão 8

Unidade de registo	n	%	Entrevistas
acordos contemplarem mais especialidades / produção	5	16,13	(E2) (E3) (E11) (E12) (E22)
avaliar resultados e, se positivos, ponderar alargamento da desnacionalização de mais hospitais de proximidade	4	12,90	(E7) (E8) (E14) (E21)
estes hospitais podem ser melhor aproveitados pelas Misericórdias, desnacionalização deve ser retomada	3	9,68	(E6) (E9) (E12)
modelo contratual reformulado	3	9,68	(E17) (E20) (E21)
diálogo permanente entre unidades geridas diretamente pelo público e unidades geridas pelas Misericórdias	3	9,68	(E2) (E4) (E23)
formas alternativas/complementares de aproveitar estes hospitais, agora que o modelo ULS será generalizado	2	6,45	(E5) (E19)
maior profissionalização na gestão das Misericórdias	2	6,45	(E9) (E18)
maior transparência por parte do Estado	2	6,45	(E18) (E21)
hospitais de proximidade podem ajudar a suprir lacunas dos CSP, entre outras	2	6,45	(E19) (E21)
peça-chave do sistema é uma regulação eficiente e um sistema de avaliação que diga ao Estado que o prestador está a cumprir e a usar bem o financiamento	1	3,23	(E10)
incentivo por cumprimento anual de objetivos, p.e. contemplando produção adicional para ano seguinte	1	3,23	(E1)
Estado tem que estar presente, mas há níveis em que pode ser mais eficiente pela via da contratualização	1	3,23	(E13)
transferência de valências e alargamento de processos de desnacionalização, implicam melhores condições	1	3,23	(E15)
sem prejuízo dos acordos terem longa duração, possibilidade de renegociar produção com regularidade em função de necessidades e disponibilidade das partes	1	3,23	(E16)

Fonte: Elaboração própria

De acordo com as respostas obtidas, para os entrevistados as medidas futuras a adotar tendo em vista um maior sucesso de novas parcerias entre o Estado e as Misericórdias são:

- acordos devem contemplar mais especialidades e/ou maior produção: (n=5 | 16,13%), (exs. *“hospitais das Misericórdias terem novas valências, em que não haja necessidade de um indivíduo de Cabeceiras de Basto, Celorico de Basto ou de Mondim de Basto, e outra população aqui à volta, tenha que fazer tantos quilómetros para Guimarães, quando tem aqui um hospital à mão. Mais perto, menos tempo na urgência. Já falei das doze horas de espera na urgência do Hospital de Guimarães, que serve uma população muito grande. Tem que haver um acordo, que sirva ambas as partes, e em que os hospitais das Misericórdias sejam um complemento do hospital público. Na prática, há vários exemplos em que as pessoas não teriam que ir de propósito a Guimarães para ser tratadas.”* (E2, p.3); *“negociar com a direção executiva do Serviço Nacional de Saúde, no sentido de avaliar as reais necessidades*

de tratamento dos doentes de uma determinada área populacional, como por exemplo aqui na nossa região, no sentido de nós podermos, porque temos know-how e temos capacidade física, estrutural e de profissionais, para poder produzir mais quantidade, já não digo pelo preço que está a ser praticado neste momento em relação à nossa instituição, mas por um preço relativamente inferior àquele que o Serviço Nacional de Saúde gasta nos hospitais do setor público.” (E3, p.4); “contrato podia e devia ser melhorado. Designadamente, no número de atos a fazer no hospital.” (E11, p.3); “os nossos acordos de cooperação podem duplicar o valor financeiro. Nós temos capacidade instalada para isso. E podemos alargar esse acordo a outras áreas. Nomeadamente, este hospital já teve urgência, portanto, poderia voltar a ter. Foi encerrada pouco antes da devolução(...) Acho que se podia fazer isso aqui e nas outras unidades, uma vez que há todas as condições para que isso aconteça, pelo menos aqui.” (E12, p.4);

- avaliar os resultados alcançados e, se positivos, ponderar alargamento da desnacionalização a mais unidades: (n=4 | 12,90%), (exs. “*ver o que é que funcionou bem, o que é que funcionou mal e tirar conclusões a partir daí. E se for o caso, continuar com o programa de devolução dos hospitais às Misericórdias.*” (E7, p.7); “*resultados que se alcançaram, não se desviam significativamente dos propósitos que foram enunciados, que a satisfação não piorou, que a produção foi aquela que era adequada à procura e que, do ponto de vista financeiro, o Estado não foi defraudado no sentido em que em resultado da execução dos contratos tenha ficado muito aquém dos objetivos que estabeleceu de eficiência, de redução da despesa para o nível de serviço que estava apontado, teríamos de concluir que a experiência foi positiva e devia ser seguida e alargada.*” (E8, p.6); “*saber que problemas existiram, que vantagens existiram e como é que nós devemos prosseguir nesta experiência, com que dimensão. Devo dizer que já não há tantos casos quanto isso de hospitais que sejam suscetíveis de uma operação deste tipo, progressivamente o país foi-se dotando da sua própria rede pública de hospitais, mas ainda há um punhado de casos e acho que essa equação deve ser colocada, e deve ser colocada em vários domínios de transmissão global do hospital ou de transferência do hospital com operação depois contratualizada noutros termos.*” (E14, p.5); “*Isso até serviria para quebrar alguns mitos e algumas ideias erradas e, provavelmente, até dar um suplemento de maior motivação para que o Estado possa alargar este perímetro de acordos não apenas às unidades atuais, mas a outras que possam preencher critérios e requisitos e entrar dentro dos acordos*” (E21, p.4);

- processo de desnacionalização deve ser retomado: (n=3 | 9,68%), (exs. *“Sob o ponto de vista de resultados concretos e objetivos, não tenho dúvidas que se houvesse a coragem de assumir a obtenção de indicadores que identificassem concretamente aquilo que era a capacidade de resposta, quer de umas instituições quer de outras, a opção teria que ser por esse caminho.”* (E6, p.6); *“Para mim, o essencial é que o Estado tenha uma rede nacional e, sobretudo, uma rede de hospitais diferenciados e centrar-se em hospitais universitários. Isto deve continuar no Estado, o Estado deve desenvolvê-los, deve investir bastante, porque são hospitais de ponta (...) Outra coisa são pequenas unidades que tem que se aprender com os dados do que aconteceu, mas que me parece que podem ter grandes vantagens em serem administradas pelas Misericórdias.”* (E9, p.5); *“Estado poupa muito dinheiro com os serviços que nós prestamos. Acho que havia vantagens em que, de facto, isso se fizesse também com os hospitais que já estiveram para ser devolvidos e acabaram por não o ser. Seria uma boa aposta”* (E12, p.4);

- partes devem ter disponibilidade para acordar a melhor forma de agir em complementaridade (n=3 | 9,68%), (exs. *“Tem que haver um diálogo permanente entre os hospitais públicos e os hospitais das misericórdias(...) Tem que haver um acordo que sirva ambas as partes e em que os hospitais das Misericórdias sejam um complemento do hospital público. Na prática, há vários exemplos em que as pessoas não teriam que ir de propósito a Guimarães para ser tratadas.”* (E2, p.3); *“As partes devem pôr tudo em cima da mesa, tudo o que de bom e de mau trazem, estarem disponíveis para discutir as fragilidades do modelo público e assumir qual é a visão que temos para o sistema. Não me passa pela cabeça que não tenhamos um modelo de prestação que não seja sempre de um forte pendor público. Também não me passa pela cabeça, até porque foi assim que a gente aqui chegou, que não haja uma componente de complementaridade e de participação forte do setor social, mas também do próprio privado, em sentido estrito.”* (E4, p.6);

- modelo contratual reformulado: (n=3 | 9,68%), (exs. *“o modelo contratual tinha que ser melhorado e tem que responder a insuficiências do SNS. Podíamos agora ter uma discussão ideológica sobre se o Estado deve abandonar a prestação direta, entregar isto a outro tipo de entidades, nomeadamente às Misericórdias, mas essa é uma outra discussão. Portanto, a minha discussão é mais de uma perspetiva da gestão e, na perspetiva da gestão, o modelo contratual tem que evoluir para um modelo mais exigente”* (E17, p.5); *“Estas pequenas unidades entregues às Misericórdias poderiam ser sementes do tipo de controlo de gestão*

que as unidades do setor público deviam ter e não têm. Muitas vezes a auditoria nos hospitais públicos é quase nenhuma. Não deve existir apenas preocupação com o controlo clínico, mas também com o controlo de gestão. E este controlo é muitas vezes demasiado napoleónico, por via de entidades como o Tribunal de Contas. Estas pequenas unidades podiam servir de exemplo ao que é preciso fazer no setor público, que é ter um controlo mais permanente, diário, com mecanismos de proximidade, de boa governação.” (E20, p.4); “repensar os termos da contratualização de uma forma mais aberta e mais abrangente e transformar esses hospitais verdadeiramente como agentes públicos, de serviço público.” (E21, p.4);

- procurar formas alternativas/complementares de aproveitar estes hospitais, agora que modelo ULS será generalizado: (n=2 | 6,45%), (exs. *“A haver ULS não vejo como é que isso vai funcionar, o único acordo de cooperação possível, e mesmo esse, com limitações, é apenas no âmbito dos SIGIC, ou seja para responder à lista de espera de cirurgia. E veria também a mesma possibilidade se houvesse, que não há mas que foi proposto por muita gente, incluindo por alguns partidos políticos, a possibilidade de alargar o modelo SIGIC, ou seja, quem está mais de X tempo à espera, pode ir ao setor privado, alargar também à fase das consultas. E se houvesse essa possibilidade nas consultas, mesmo com ULS esses acordos de cooperação poderiam funcionar, porque havendo em muitas áreas listas de espera muito para lá dos tempos máximos de resposta garantidos isso significaria que os acordos de cooperação podiam ser a base para que automaticamente os utentes pudessem ver o seu problema resolvido” (E5, p.6); “Um dos caminhos mais importantes é o “hospital”, enquanto hospital, transformar-se (...) está-se a cometer um erro ao querer proliferar grandes estruturas, do género das ULS sem se perceber que há diferenças regionais territoriais que condicionam que o facto de uma ULS ter sido um êxito num sítio, não necessariamente garantem que tenha que ser êxito noutro sítio. Aliás, as poucas avaliações que existem de eficiência das ULS são muito pouco favoráveis ao modelo e, portanto, eu teria feito o trabalho de casa, ao contrário. Teria tentado perceber, através de simulação, quais são os sítios onde, eventualmente, há hipótese de as ULS poderem funcionar. Olhar para as ULS que, entretanto, foram estabelecidas e falharam e perceber porque é que falharam, antes de estar a fazer ULS “a pontapé”, porque, no conceito, a ideia é muito interessante, mas, na prática, provavelmente não vai dar o resultado que se espera.” (E19, p.4);*

- maior profissionalização na gestão das Misericórdias (n=2 | 6,45%), (exs. *“pequenas unidades que tem que se aprender com os dados do que aconteceu, mas que me parece que*

podem ter grandes vantagens em serem administradas pelas Misericórdias, sendo que tem que haver aqui, diria eu, uma melhor pré-qualificação das Misericórdias em termos de gestão, em termos de contabilidade analítica, em termos de captação de sinergias” (E9, p.5) ; “entendo que a profissionalização da administração das Misericórdias poderia ser boa, sendo certo que, enquanto administrador hospitalar que sou, devo dizer que a qualidade da formação dos cursos de administrador hospitalar mais recentes tem vindo a decair. Mas que deveria haver alguma profissionalização adicional em termos de gestão, acho que sim” (E18, p.4);

- maior transparência por parte do Estado (n=2 | 6,45%), (exs. *“Uma transparência adicional dos acordos que existem, por parte do Estado, não estou a falar por parte das Misericórdias. Aquando da devolução de hospitais, criou-se um grupo conjunto entre o Estado e a União das Misericórdias, no sentido de uniformizar esses protocolos e era um trabalho que podia ser ainda mais aprofundado no futuro.” (E18, p.4); “em terceiro lugar, e aqui volto a repetir-me, em relação ao que disse anteriormente, insistir muito em modelos de governação transparente, ou seja, que sejam auditáveis, verificáveis e que o utilizador, o cidadão, possa em qualquer momento saber. Ok, estabeleci um acordo com dinheiro público, com uma entidade social. Isto está a significar valorização do meu esforço fiscal, porque pago naturalmente os impostos?” (E21, p.4);*

- hospitais de proximidade podem ajudar a suprir lacunas dos CSP, entre outras (n=2 | 6,45%), (exs. *“desempenhar funções ao nível daquilo que poderiam ser os centros de saúde de última geração, porque esses hospitais têm capacidade instalada de produção, de meios complementares de diagnóstico, e têm especialidades complementares e de apoio aos cuidados primários e deveriam prestar também cuidados primários, ou seja, terem zonas de captação específicas que depois podem ou não ser complementadas por médicos de especialidade. E, obviamente, depois dar resposta em alguns aspetos que me parecem importantes, sempre que a procura se justifique, nomeadamente na área do acompanhamento obstétrico ou ginecológico e obstétrico, na área da pequena cirurgia ou da cirurgia de ambulatório, e até, eventualmente, em internamentos específicos e de curta duração para a patologia corrente, dentro daquilo que é a área de captação” (E19, p.4); “há zonas do país em que o SNS vai ter dificuldade em se afirmar porque a mobilização de recursos não é fácil. Então, essas estruturas de proximidade, com outro tipo de lógicas de funcionamento, podem*

ser a salvação ou a chave para responder às necessidades das pessoas que estão por ser satisfeitas” (E21, p.4).

8.3. Discussão dos resultados

Começando pela análise quantitativa, de acordo com os resultados apresentados, os hospitais das Santas Casas de Misericórdia parecem apresentar melhores níveis de eficiência do que os restantes 28 hospitais do SNS em análise, embora a diferença não seja significativa. Já no período pré-devolução estas unidades registavam melhores níveis de eficiência, comparativamente com os restantes hospitais, o que também poderá estar relacionado com a melhor adequação da dimensão e grau de diferenciação.

- No que se refere à comparação direta dos resultados de eficiência dos hospitais das Misericórdias no período pré-devolução *versus* pós-devolução, tendo em conta os resultados obtidos, não existem evidências estatísticas de que os hospitais desnacionalizados são mais eficientes do que o foram no período pré-devolução. Pode considerar-se que estas três unidades, cuja gestão foi devolvida à respetiva Misericórdia com um corte prévio de financiamento de 25% na transferência estatal, já demonstravam um resultado de eficiência VRS satisfatório antes da devolução, com uma média superior à do “cluster 28”, e que a mantiveram, embora com oscilações no caso do Hospital de Anadia.

- Relativamente à supereficiência, no cômputo global do período em análise, 2010-2020, as três unidades hospitalares desnacionalizadas registaram bons *scores*, ocupando duas delas os primeiros dois lugares em termos de ranking global com estes critérios, e a restante ficando na 12.^a posição em 31 unidades analisadas. Tendo em conta os resultados obtidos, dois dos hospitais desnacionalizados apresentam melhores scores de supereficiência no período pós-devolução (2015-2020) e o restante apresenta um score mais elevado no período pré-devolução (2010-2014). Assim, com exceção do Hospital de Anadia (José Luciano de Castro) que, em termos comparativos globais de supereficiência, no período pós-devolução, apenas em 2016 teve um posicionamento melhor ao do período pré-devolução, quer o Hospital de Fafe (São José) quer o Hospital de Serpa (São Paulo) apresentam melhores posições no *ranking* de supereficiência no período pós-devolução à gestão da respetiva Misericórdia.

- Apesar de, em termos absolutos, o *score* dos hospitais desnacionalizados não ser melhor do que no período pré-devolução, em termos relativos, por comparação com os restantes hospitais, a tendência (-2,4 pontos percentuais em média de *scores* de supereficiência, face ao período 2010-2014) é melhor que a dos restantes hospitais (-8,2 pontos percentuais, face ao período 2010-2014). Considerando os resultados obtidos, as evidências estatísticas parecem confirmar que os hospitais desnacionalizados, no período pós-devolução, demonstram uma tendência de eficiência superior à dos restantes hospitais do SNS em estudo.

- Quando comparando os resultados de eficiência das unidades desnacionalizadas com outras unidades da mesma região ou região próxima, no período pré e pós-devolução, não há uma evolução positiva (com exceção do Hospital São José - SCM Fafe, e apenas no que se refere ao *score* apurado com critérios de supereficiência).

No entanto, mesmo os resultados do Hospital José Luciano de Castro (SCM Anadia) e do Hospital de São Paulo (SCM Serpa) evidenciam que as unidades desnacionalizadas parecem resistir melhor a uma tendência de degradação dos *scores* de eficiência, quando comparadas com outras unidades da mesma região ou região próxima.

- À tendência global, nos 31 hospitais em análise, de piores resultados de eficiência no período 2015-2020, comparativamente com o período 2010-2014, poderá não ser alheio o facto de 2011, 2012, 2013 e 2014 coincidirem com um período em que Portugal esteve sob assistência económica e financeira internacional. As medidas implementadas segundo o Memorando de Entendimento sobre Condicionalidades de Política Económica (MoU), que, com uma tónica na contenção orçamental, preocupações adicionais com o controlo de gestão, entre outras, têm uma marca característica da NPM, poderão ter contribuído para uma melhoria global dos resultados de eficiência das unidades hospitalares nos exercícios de 2011, 2012, 2013 e 2014, podendo ajudar a explicar as diferenças globais no comparativo do período pré-devolução (2010-2014) com o período pós-devolução (2015-2020).

- No período pós-devolução, e designadamente de 2016 até 2019, inclusive, já se assinala uma tendência de piores resultados globais em termos de eficiência. Há ainda um exercício, o de 2020, que coincide com o início da pandemia de Covid-19, o qual teve reconhecidos impactos na atividade hospitalar (Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS], 2022).

- Relativamente à produtividade, avaliada pelo índice de Hicks-Moorsteen, no período pós-devolução verifica-se que os hospitais desnacionalizados apresentam ganhos de eficiência de 4.07%, e de produtividade de 8.17%, face aos hospitais do SNS. Os *benchmarks* dos hospitais desnacionalizados são mais eficientes do que os hospitais do SNS em 3.94%.

Ponderando os resultados apurados, os hospitais desnacionalizados apresentam uma maior produtividade do que a média dos hospitais do SNS, diferença essa mais acentuada no período pós-devolução. Se o corte de 25% na transferência financeira do Estado para as unidades que foram devolvidas à gestão do setor social, em janeiro de 2015, para uma determinada produção contratada, representaria, à partida, um estímulo a que tivessem que procurar ganhos de eficiência, pode ter significado um incentivo a que a nível da restante produção, destinada a particulares, outras convenções e acordos com seguradoras, fossem mais além.

- Quanto à dimensão qualidade, partindo das avaliações efetuadas às unidades através do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) não é possível confirmar nem rejeitar uma evolução positiva da qualidade no período pós-devolução, porquanto, no período pré-devolução estas unidades desnacionalizadas nunca haviam sido avaliadas. Por outro lado, mediante comparativos com unidades de dimensão semelhante ou aproximada, da mesma área geográfica ou próxima, é possível, com base nos resultados coligidos, constatar os bons resultados das unidades desnacionalizadas que passaram a ser avaliados a partir de 2016, inclusive.

Passando agora à análise qualitativa, os resultados mais significativos obtidos a partir das entrevistas foram:

- No que se refere à evolução histórica da relação entre o Estado e as Misericórdias no setor da saúde em Portugal, a mesma evoluiu com altos e baixos (29,03% das unidades de codificação); por ondas (25,81%); de forma positiva (19,35%); e para uma relação de parceria imprescindível (16,13%).

- Quanto aos principais pontos fortes associados aos acordos de gestão estabelecidos entre o Estado e as Misericórdias, para cumprimento dos objetivos das políticas de saúde, foi realçado: a proximidade das Misericórdias às populações (20% das unidades de codificação);

o aumento da capacidade de oferta do SNS conseguido com esses acordos (11,11%); a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (11,11%); poupanças para o Estado, previsibilidade orçamental, maior produtividade e eficiência na gestão (8,89%); qualidade na prestação e complementaridade ao público (8,89%).

- Já quanto a pontos fracos, os desajustes financeiros ou erros de base (26,32% das unidades de codificação), os mecanismos de controlo (21,05%); o processo de nacionalização dos hospitais das Misericórdias em 1974-1975 (21,05%); o desajuste entre o preço pago por atos médicos, tratamentos, MCDT, e o praticado em unidades sob gestão direta (15,79%); foram os principais elencados.

- Quanto aos resultados alcançados pelas unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974/1975, foram apontados como muito positivos para o Estado (27,78% das unidades de codificação); acordos de devolução defenderam interesse público ao exigir à cabeça poupanças de pelo menos 25% face ao período anterior (13,89%); positivos para satisfação das necessidades de proximidade por parte das populações (13,89%); sem elementos para opinião cabal (11,11%); positivo para as Misericórdias, com exceção de uma (8,33%); e positivos para a Misericórdia que conhece mais de perto (8,33%), foram os mais significativos.

- No que se refere aos resultados assistenciais alcançados pelas unidades desnacionalizadas, foram muito positivos (23,33% das unidades de codificação); positivos em Fafe e Anadia, mas em Serpa não (13,33%); positivos para a Misericórdia que conhece mais de perto (13,33%); resultados vão mais além do acordo inicial, sem que essa produção adicional seja retribuída (10%); qualidade de serviço, boa articulação e efeitos colaterais positivos (10%).

- Quanto aos resultados alcançados pelas unidades devolvidas à gestão do setor social, em termos de qualidade em saúde, foram considerados positivos na unidade que conhece (17,39% das unidades de codificação); sem elementos para opinião cabal (17,39%), muito positivos nos que têm sido avaliados (13,04%); não conhece em concreto, mas percebe não ter havido perda de qualidade e pode até ter havido melhoria (13,04%); não concorda com o SINAS (13,04%); avaliação clínica promoveu qualidade dos hospitais e concorrência saudável (13,04%).

- Relativamente às vantagens identificadas na opção por devolver à respetiva Misericórdia a gestão da unidade de que é proprietária *versus* unidades de proximidade sob gestão direta do Estado, uma maior eficiência económica e maior flexibilidade de gestão por parte das Misericórdias (19,23% das unidades de codificação); proximidade de gestão e dimensão mais pequena permitem maior foco na qualidade (19,23%); melhor controlo orçamental e menos custos para o Estado (19,23%); redução da pressão sobre os hospitais geridos diretamente pelo Estado, promoção de concorrência saudável e transferência de risco (11,54%), foram as mais salientadas.

- No que se refere à perceção dos entrevistados sobre razões, fatores, responsabilidades, que possam ter influenciado ou ajudado a explicar discrepâncias de sucesso na gestão das unidades que foram desnacionalizadas, o facto de serem unidades com dimensão diferente e contextos regionais distintos (24,14% das unidades de codificação); no caso que conhece mais de perto não houve incumprimentos (17,24%); incumprimento do Estado no caso da desnacionalização do Hospital de Serpa (13,79%); incumprimento de ambas as partes no caso de Serpa (13,79%); incumprimento do Estado nos prazos de pagamento (6,90%), diferente grau de envolvimento da União das Misericórdias/Grupo Misericórdias Saúde (3,45%); incumprimento da Misericórdia no caso de Serpa (3,45%), foram os resultados a destacar.

- quanto às medidas futuras a adotar para que estas parcerias possam ser mais efetivas, assentes em relações de cooperação e com benefícios de boa governança para ambas as partes: os acordos deverem contemplar mais especialidades e/ou produção (16,13% das unidades de codificação); uma avaliação dos resultados alcançados e, se positivos, a ponderação do alargamento da desnacionalização de hospitais das Misericórdias ou até mesmo de outras unidades de proximidade (12,90%); uma retoma do processo de desnacionalização de mais unidades (9,68%); uma reformulação do modelo contratual (9,68%); procura de formas alternativas/complementares de aproveitar estes hospitais, agora que modelo ULS será generalizado (6,45%); e a utilização dos hospitais de proximidade para ajudar a suprir lacunas dos Cuidados de Saúde Primários, entre outras (6,45%), foram os resultados mais importantes.

Seguindo esta investigação características de estudo longitudinal - na medida em que se procedeu a uma compilação de dados quantitativos relativos às unidades de análise, ao longo

de um período de 11 exercícios, cobrindo a década 2010-2020, e também relativos a um painel comparativo de 28 outras unidades do Serviço Nacional de Saúde que se mantiveram sob gestão pública, além de, sob o ponto de vista qualitativo, a uma análise, ao longo do tempo, das relações entre o Estado e as Misericórdias -, foi possível encontrar marcas da influência de distintos modelos de administração pública. Embora, sob o ponto de vista dos papéis na condução da sociedade, os governos assumam um diferente posicionamento ao longo do tempo, não deixam de ser marcados por critérios legais e políticos - centrais ao modelo de administração pública tradicional -, critérios económicos e de mercado - centrais num paradigma de NPM -, e critérios sociais e democráticos - centrais num modelo de NPG (Denhardt & Denhardt, 2015).

Na perspetiva da administração pública, o crescimento do setor público no período pós-Segunda Guerra Mundial começou por ser marcado por um modelo tradicional de burocracia de Weber, com separação vincada entre política e administração, uma hierarquia com controlo centralizado, uma especialização horizontal dos departamentos, conjugado com uma perspetiva de recrutamento dos administradores públicos baseada no mérito. Os funcionários públicos profissionais tinham algum grau de autonomia e podiam organizar-se de acordo com parâmetros definidos centralmente, com o objetivo de assegurar serviços sociais de elevada qualidade (Torfing et al., 2020). As crises económicas e orçamentais das décadas de 1970 e 1980, conjugadas com reservas críticas à burocracia da administração pública tradicional, em termos de ineficiências, custos, rigidez, abriram caminho ao managerialismo, com a gestão por objetivos, avaliação de desempenho, incentivos económicos, preocupação com a eficiência na obtenção de resultados, e em que a concorrência é vista como chave para a melhoria da qualidade de serviço e redução de custos (Pollit & Bouckaert, 2017). Sem embargo, a lógica de contratualização externa de serviços públicos teve como consequências: uma certa fragmentação organizacional na administração pública; uma avaliação de desempenho demasiado focada nas preocupações com custos levou a alguma desmotivação dos seus profissionais; uma certa tentativa de transformar cidadãos em clientes, tornando as pessoas por vezes meros agentes passivos na prestação de serviços públicos. Por outro lado, a ideia de transformar o setor público com uma filosofia de empresa privada teve reflexos negativos em termos de transparência e equidade (Christensen & Laegreid, 2017). Se os países anglo-saxónicos foram pioneiros em reformas típicas da NPM, ao passo que países escandinavos se revelaram mais céticos quanto às vantagens deste modelo, também é certo que os resultados de três décadas de NPM no Reino Unido revelaram alguma diminuição na

qualidade e, nalguns casos, até um custo unitário mais elevado na prestação de serviço público (Hood & Dixon, 2015). Os problemas e as expectativas por cumprir da NPM conduziram a uma procura de novas soluções para a governança pública, o que, aliado à necessidade de envolver de uma maneira mais efetiva e coordenada um conjunto alargado de agentes do setor público e dos setores privado e social para a abordagem aos desafios complexos de uma sociedade em mudança, conduziu à emergência de uma governança de redes, de uma governança interativa, de uma governança colaborativa, de uma governança mais virada para a inovação (Klijn & Koppenjan, 2015; Morgan & Cook, 2015).

A crise económica de 2008-2010 levou inúmeros países à escala global a efetuar cortes na despesa pública e a implementar medidas de austeridade. Pode até afirmar-se que a pressão fiscal, e as medidas austeritárias, passaram a ser um fator influenciador em muitas reformas efetuadas a partir desse período. Houve casos em que as crises financeiras e o que se lhe seguiu foram geridas apenas na base de cortes na despesa, mas sem que reformas significativas tenham sido levadas a cabo (Hood et al., 2014).

Aliás, a Europa do período 2010-2015 apresenta vários exemplos de países em que os programas de corte não foram estratégicos nem atenderam a prioridades específicas limitando-se a ser transversais a toda a administração, com um determinado objetivo percentual em termos de corte orçamental, e orientados por uma lógica mais política do que de racionalidade económica, e que teve cambiantes de país para país (Kickert & Randma-Liiv, 2015).

A austeridade fiscal passou a ser um princípio orientador para reformas. E isto tem impactos potenciais em outras abordagens à reforma da administração pública, independentemente dos Governos serem mais influenciados pelas ideias da burocracia da administração pública tradicional, pelas da NPM ou pelas da NPG.

À luz dos diferentes modelos de gestão pública, verificou-se com este trabalho, e particularmente com a análise qualitativa, que o modelo de gestão das Misericórdias, tradicionalmente mais burocrático, também foi evoluindo e, na relação com o Estado, assumiu muito da NPM e da NPG. Constatando-se, em termos internacionais, que o crescimento da NPM não substituiu as formas burocráticas de governo, também a NPG coexiste com outros

paradigmas de administração pública, como o modelo weberiano e a NPM, acrescentando novas camadas à prática institucional e contribuindo para formas híbridas de governança (Sorensen & Torfing, 2015). Se na relação entre o Estado e as Misericórdias, designadamente na opção política de devolver à respetiva Misericórdia unidades hospitalares que foram nacionalizadas em 1974, é possível encontrar traços de diferentes modelos de administração pública, tal realidade é consentânea com a tese de que os diferentes paradigmas de administração, simultaneamente, concorrem e coexistem entre si (Peters et al., 2022).

A ideia de que uma lógica de empreendedorismo por parte do setor público combinada com liderança estratégica, gestão de desempenho e maior preocupação com a satisfação do utente, patente em marcas da NPM, podem ter indiretamente beneficiado o crescimento do setor não público, através de opções políticas como a subcontratação, não invalida que a premissa base na reforma da administração pública era melhorar o setor público, em dimensões como a eficiência e satisfação do utente, e não o privado ou o social (Hood, 1991). Também, em Portugal, no caso das relações de parceria entre Estado e setor social para prestação de serviço público é possível constatar que a evolução foi sendo condicionada por razões de natureza político-ideológica e pela menor ou maior vontade, ou mesmo pela necessidade, de conseguir resultados. Seja de natureza económico-financeira, como os fatores que mais recentemente, em contexto de austeridade, influenciaram o desenho e a implementação do MoU, seja de concretização de objetivos políticos, como o de futura criação do Serviço Nacional de Saúde que, através do Decreto-Lei n.º 704/74, de 7 de dezembro, levou à nacionalização de hospitais, a maior parte dos quais pertencentes a Misericórdias.

Em termos de trajetórias de reforma por parte dos governos há quem proponha uma ideia dos 4M: manter; modernizar; orientar para o mercado; minimizar. Estes 4M significam na prática atitudes diferentes face à máquina do Estado. No que se refere à opção política da desnacionalização podem identificar-se, em maior ou menor grau, traços dessas diferentes trajetórias. Designadamente, no que se refere ao enquadramento austeritário do MoU, que é na prática a envolvente circunstancial externa em que a opção política da desnacionalização foi assumida, podem identificar-se marcas de cada um desses M, mas sobretudo dos que se referem à tentativa de modernizar e orientar para o mercado. De resto, o último dos M, o mais radical em termos de peso do Estado (mínimo), configura uma distância entre, por um lado, a visão subjacente e a teoria que lhe está associada, e, por outro lado, a prática. Veja-se, por

exemplo, que na Administração Reagan, nos Estados Unidos, apesar da retórica, se verifica um aumento do emprego ao nível da administração federal (Kettl, 2016). De referir também, a propósito, que no período 2007-2014, o investimento público caiu em inúmeros países, que nem sequer estiveram sob programas de assistência financeira (Anheier & Alter, 2016).

A vulnerabilidade financeira, os previsíveis impactos da crise demográfica e as consequências das alterações climáticas colocam países como Portugal entre o grupo dos países mais vulneráveis (juntamente com Japão, Grécia, Irlanda e Polónia). Nesse contexto difícil, modernizar ou minimizar poderiam ser opções a considerar pelos governos, mas há uma outra que se prende com as respostas comunitárias, orientadas para uma abordagem mais local aos problemas, uma espécie de versão mais descentralizada da NPG (Lodge & Hood, 2012). Nessa linha, seriam enfatizadas as parcerias, além do setor privado com associações da sociedade civil, organizações sem fins lucrativos ou caritativas, seria defendida uma descentralização, e as capacidades de gerir redes de múltiplos agentes, no que poderia ser considerado uma espécie de nova trajetória para a reforma, um 5º M, do tipo Mobilização.

A perceção de que a relação Estado-Misericórdias se moveu por ciclos ou ondas encontra um paralelo interessante com a ideia de que as reformas organizacionais e mesmo as reformas da administração se moveram como um pêndulo, igualmente por ciclos ou ondas, como fica evidenciado pelas modas da centralização ou descentralização que ciclicamente os governos levam a cabo (Talbot & Johnson, 2007).

Atendo-nos à pergunta de partida, de se as relações de parceria entre o Estado e as Misericórdias, designadamente na área da gestão hospitalar, têm dado os resultados expectáveis na opção política, focando-nos naquilo que era um objetivo explícito constante do Decreto-Lei n.º138/2013, de 9 de outubro, designadamente o de que *“a celebração do acordo diminui os respetivos encargos globais do SNS em, pelo menos, 25% relativamente à alternativa de prestação de serviços pelo setor público, sendo a valorização da produção a realizar de acordo com o modelo de financiamento aplicável aos hospitais E.P.E.”*, pode considerar-se que o objetivo financeiro foi alcançado, nas três unidades devolvidas. Em dois desses casos, Fafe e Anadia, os resultados assistenciais ficaram ao nível ou mesmo acima do expectável por parte do Estado, à luz dos resultados anteriores à devolução. No caso de Serpa, aos bons *scores* em termos de análise de eficiência não corresponderam os resultados

assistenciais, se se levar em conta as expectativas da população. Por outro lado, conforme foi afirmado numa das entrevistas, por um dos principais agentes da opção política que esteve ligado a essa decisão, e assumido implicitamente em outras das entrevistas realizadas, a devolução dessa unidade hospitalar à Misericórdia de origem tinha como possível alternativa, por parte do Estado, proceder-se ao encerramento da unidade em questão a médio prazo.

Sob o ponto de vista do acesso, da qualidade na prestação de cuidados, e da sustentabilidade, três dimensões fundamentais para o Estado na prestação de cuidados de saúde, e à luz das quais a opção política da desnacionalização foi analisada, pode dizer-se que as parcerias estabelecidas no âmbito da devolução de unidades hospitalares às respectivas Misericórdias de origem, defenderam o interesse público. O caso dos hospitais desnacionalizados vai, pois, ao encontro da ideia de que, globalmente, as organizações do setor social têm encontrado formas de responder às novas exigências, mobilizando recursos e reorganizando-se, num caminho que demonstra capacidade de adaptação à mudança, mas que não é isento de riscos em termos da sua própria sustentabilidade e de se tornarem estruturas mais complexas e com características de organizações do próprio Estado (Petrella et al., 2022).

Num contexto de austeridade orçamental, como aquele em que se processou o processo de negociação da devolução da gestão de hospitais de proximidade às respectivas Misericórdias de origem, pode existir a tentação dos agentes políticos de olhar para a coprodução de serviços públicos como solução milagrosa para prestar tais serviços (Osborne & Strokosch, 2013). O próprio corte “à cabeça” de 25% no financiamento, como condição para a devolução e contratualização com as unidades a desnacionalizar, poderia acentuar os riscos subjacentes. No entanto, considerando os resultados assistenciais dessas unidades no período pós-devolução, sobretudo os de Fafe e Anadia, considera-se que tal não sucedeu com prejuízo para o interesse dos utentes.

A colaboração entre múltiplos agentes em rede, em parcerias, em equipas de diferentes organizações - realidade que se verificou neste processo, em diferentes momentos, entre organismos do Ministério da Saúde, como as Administrações Regionais de Saúde, as administrações hospitalares das unidades a devolver no período prévio e posterior à devolução, a União das Misericórdias Portuguesas e cada uma das Santas Casas da Misericórdia envolvidas -, pode contribuir para a inovação social (Nicholls et al., 2015). O

facto de os resultados assistenciais de unidades como Fafe e Anadia terem ido ao encontro das expectativas também pode ser encarado como evidência de que é possível promover essa inovação social através da colaboração em rede, da liderança de múltiplos atores, características da NPG, na medida em que esse tipo de envolvimento pode propiciar uma compreensão mais global dos desafios de gestão, contribuindo para o desenho e implementação de novas medidas e levando em conta as necessidades dos utentes dos serviços públicos, das organizações da sociedade civil e da administração direta do Estado (Ansell & Torfing, 2014).

Na análise de conteúdo às entrevistas realizadas, particularmente naquelas que foram feitas a agentes ligados às administrações regionais de saúde e a administradores hospitalares do setor público, foi dada ênfase à boa articulação entre as unidades de saúde sob gestão social e os diferentes patamares da administração pública, algo que vai ao encontro de uma marca da NPG, a qual coloca grande enfoque na forma de interação das diferentes organizações, mais até do que a NPM que privilegia a avaliação de resultados em termos de outputs (Bovaird & Loeffler, 2012). A promoção de uma cultura de maior colaboração entre organizações que se afaste de uma lógica de competição e fomenta a inovação social inclina-se mais para uma evolução do sistema de governança pública que dê um menor peso relativo à NPM e um maior foco à NPG (Ansell et al., 2017).

Os resultados reforçam a ideia de que a opção pelo setor social na prestação de serviço público traz consigo vantagens, como a capacidade de uma melhor customização do serviço, a atração de mecenato e voluntariado poderem levar a prestações de serviço mais eficientes quanto aos custos associados, e da perceção que se tem das organizações sociais como tendo facilidade de compreender as necessidades dos cidadãos (Bode & Brandsen, 2014).

O destaque dado a características como a proximidade destas instituições às respetivas comunidades, a sua vontade e disponibilidade para servir, a dimensão mais pequena permitir um maior foco na qualidade, entre outros pontos salientados, tem enquadramento na ideia de que, numa realidade de prestação de serviços num contexto mais plural e fragmentado como é o da NPG, as organizações com maior foco no serviço podem ir mais além dos objetivos, por vezes redutores, de eficiência interna tão característicos da NPM (Osborne et al., 2015).

Sendo a flexibilidade na gestão de recursos humanos um dos pontos considerados fortes do modelo de gestão das unidades hospitalares de proximidade pelas respetivas Santas Casas da Misericórdia de origem, seria interessante perceber o perfil profissional tipo das unidades desnacionalizadas. A análise documental efetuada a Relatórios de Atividades e Contas e à informação partilhada publicamente pela Administração Central do Sistema de Saúde, conjugada com as questões levantadas junto de Administrações Regionais de Saúde e das Santas Casas da Misericórdia, permitiu uma caracterização em termos de número de profissionais e categoria profissional com um padrão comum às três unidades desnacionalizadas. Verificou-se um reforço do número de médicos, uma diminuição do número de enfermeiros e outros profissionais, uma diminuição dos gastos com pessoal, um aumento da rubrica de fornecimentos e serviços externos. Conjugando essa informação com a da atividade assistencial, particularmente a realizada ao nível das unidades de Fafe e Anadia, poder-se-ia considerar que houve uma adaptação dos corpos profissionais à atividade necessária contratualizada com o Ministério da Saúde, através das Administrações Regionais, mas também uma orientação estratégica consentânea com o objetivo de um maior número de cirurgias realizadas, quando comparando com o período pré-desnacionalização.

Por outro lado, isto pode levar a uma interessante questão. O desenho e concretização de planos de gestão de recursos humanos a médio e longo prazo por parte do setor público têm vindo a ser sinalizados como chave para uma passagem adequada para serviços públicos mais pequenos em dimensão e mais jovens em idade dos profissionais, e com um mínimo de perdas em termos de experiência e competência profissional (Pollitt, 2016b). Uma questão que a este nível se pode levantar é se, em termos futuros, as parcerias público-social para gestão de unidades hospitalares de proximidade, ao representarem um contributo efetivo para uma prestação de serviços mais eficiente sem perder enfoque na capacidade assistencial e qualidade de cuidados, não podem permitir ao setor público uma maior atenção à gestão de outras unidades e à concretização de planos de gestão de pessoas que contribuam para os tais serviços públicos melhor dimensionados, rejuvenescidos e com um mix virtuoso de experiência e competência técnica.

Numa outra perspetiva, o perigo de determinadas medidas de gestão irem contra a cultura das organizações, como o exemplo do impacto que sistemas de gestão de desempenho mais orientados para o indivíduo do que para a equipa tiveram em entidades onde, precisamente, a filosofia de resposta está mais baseada no grupo e não na pessoa, alerta para a importância e

leva à necessidade de se acautelar e/ou não se subvalorizar a importância do contexto no sucesso da decisão política (Pollitt & Bouckaert, 2017). A este nível, quando relativamente ao caso de Serpa se aponta, de forma mais genérica, um contexto regional de saúde muito particular, ou até, especificamente, a organização da Unidade Local de Saúde (ULSBA) como os principais fatores que levaram a um menor sucesso desta parceria face às expectativas iniciais, temos também exemplos de que para o futuro deste tipo de acordos pode ser decisivo conjugar e alinhar diversas vontades, aliás algo que visto à luz de um modelo de administração pública do tipo da NPG é uma condição importante.

Ainda pela análise de conteúdo, constata-se unidades de registo com algum peso que apontam para a necessidade de os acordos efetuados entre o setor público e o setor social, para a gestão de unidades hospitalares de proximidade, deverem, no futuro, ter uma maior flexibilidade adaptativa na contratualização em função das necessidades do Estado, poderem contemplar mais produção e especialidades, mas, também, corrigirem erros de base ou distorções em termos de pagamento que têm prejudicado os parceiros sociais. Tal vai ao encontro da ideia de que se devem valorizar respostas adaptativas à complexidade dos desafios de uma administração em concreto e que privilegiem os cidadãos no centro do sistema ultrapassando, assim, limitações tradicionais dos diferentes modelos de administração pública (UNDP, 2015).

As diversas unidades de registo que relevam as poupanças alcançadas, além das que apontam para erros de base nos acordos de devolução ou distorções em prejuízo das Misericórdias, permitem inferir que o interesse público terá sido, no mínimo, bem defendido na opção política de devolver essas unidades à gestão da respetiva Misericórdia e que não se materializou, nestes casos, uma das críticas apontadas ao modelo da NPG e que passa pela tendência da mesma em conferir peso desproporcional a instituições não estatais (Frederickson et al., 2016).

Embora não tenha sido das unidades de registo com maior peso relativo, faz-se aqui referência aos mecanismos de controlo destes acordos de parceria por parte do Estado. Se houve entrevistados que mencionaram um grau de exigência em termos de indicadores de acompanhamento que é superior ao existente relativamente a unidades hospitalares sob gestão pública direta, o que é mais consentâneo com a NPM, mas também não deixa de estar em

linha com a NPG, outros houve que consideraram os mecanismos de controlo insuficientes ou que podem ser melhorados. Houve também entrevistados que consideraram os mecanismos de controlo ainda demasiado “napoleónicos”, no que ainda pode ser interpretado como uma marca mais típica da administração pública tradicional. De referir que a tendência internacional se vem orientando para o estabelecimento de relações mais cooperativas entre governo e entidades do setor social, corporizadas em parcerias com acordos-quadro mais formais e uma melhor regulação por parte do Estado (Casey, 2016).

Por outro lado, a possibilidade da transferência de poderes levar a uma mais complexa responsabilização e prestação de contas tem sido uma crítica apontada à NPG (Bilhim, 2017). No cômputo global, tendo em atenção o nível de contratualização inerente a estes acordos de devolução, considera-se que essa questão não se materializou na implementação prática da opção política de devolver unidades hospitalares à gestão da respetiva Misericórdia.

Se os acordos estabelecidos entre Estado e as Santas Casas no que respeita à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados têm características da NPM e também da NPG, no caso dos acordos para devolução de unidades hospitalares à gestão das respetivas Misericórdias de origem são as marcas da NPM que se afiguram mais presentes nos modelos de acordo. Essa diversidade de abordagens à prestação do serviço público e a diversidade na própria natureza das parcerias, algumas ainda muito marcadas pelos princípios da NPM e outras mais enquadradas numa filosofia de Governança, seja assente mais em controlo ou mais em colaboração, é uma tendência que está em linha com a evolução das parcerias Estado-Terceiro Setor (Ansell & Gash, 2018a; Bode & Brandsen, 2014).

O contexto em que foi ponderada e tomada a opção política pioneira de devolver à gestão da respetiva Misericórdia unidades hospitalares de proximidade, mantendo-se estas integradas no Serviço Nacional de Saúde, corresponde a um período em que o país está sob assistência financeira internacional, com todas as pressões e condicionalismos externos inerentes. As condições para a existência de reformas na administração pública são, por vezes, reforçadas na sequência de eventos disruptivos. Mais recentemente, a pandemia de COVID-19 constituiu também um exemplo ilustrativo disso mesmo, pela inovação governativa que gerou (Mascio et al., 2020; Roberts, 2020; Steen & Brandsen, 2020).

Quer na componente do estudo quantitativo, quer na componente do estudo qualitativo, os resultados apontam que a gestão de unidades hospitalares de proximidade pode ter nas Misericórdias, e na opção política de devolução da sua gestão à Misericórdia local, uma boa alternativa. Encará-la como mais ou menos complementar, depende do prisma e até da convicção política. Uma coisa é certa: os desafios e dilemas que se colocam à administração pública num contexto particularmente exigente de um setor da saúde que se confronta com os impactos da demografia, os custos crescentes da inovação, ou a mudança tecnológica, beneficiam com modelos de gestão alternativos e que possibilitem ao Estado, caso a caso, contexto a contexto, continuar a assumir na íntegra as componentes de financiamento, prestação e regulação, ou então aceitar que também ao nível da prestação, com *benchmarks* claros e avaliação das políticas e resultados, se incremente a prestação de serviço público com qualidade através de novas parcerias ou, pelo menos, do prolongamento das atualmente existentes para lá de 31 de dezembro de 2024.

Até mesmo num contexto pós-crise económica, a forma como os governos pretendem alcançar poupanças, partindo de uma necessidade identificada como transversal, varia na implementação prática havendo mais do que uma via para o concretizar (Pollitt & Bouckaert, 2017). Há, assim sendo, margem para diferentes interpretações, estratégias, escolhas - ou opções políticas, para recorrer a uma expressão utilizada neste trabalho na pergunta de partida. Por outro lado, a margem para adaptação pode possibilitar que o futuro deste tipo de parcerias beneficie dessa capacidade na implementação. Medidas particulares em contextos particulares podem resultar de forma distinta.

Tem sido apontada como um dos inconvenientes de uma subcontratação ou do estabelecimento de parcerias para a prestação de serviços públicos a possibilidade de perda de capacidade de execução por parte do setor público. O facto de em Portugal o SNS continuar a ser assente maioritariamente numa estrutura de prestação diretamente operada pelo setor público leva a concluir que essa possibilidade não se materializou no caso dos acordos com o setor social para a prestação de serviços de saúde. Mais ainda, no caso específico dos hospitais que já estavam sob a esfera do SNS, apesar de propriedade de Misericórdias, e cuja gestão foi devolvida à entidade de origem, porque manifestamente se trata de um número até agora muito reduzido mas também porque uma retoma do plano inicial de desnacionalização envolvendo potencialmente 27 unidades hospitalares, mesmo que concretizado na plenitude,

não significaria uma alteração relativa significativa da capacidade global de prestação direta por parte do setor público.

9. CONCLUSÕES

9.1. Principais conclusões

A presente investigação propôs-se avaliar em que medida as relações de parceria Estado-Misericórdias têm contribuído para os objetivos das opções políticas de saúde, particularmente ao longo do período democrático.

As relações entre as Santas Casas da Misericórdia e o Estado são já seculares. Por isso mesmo, analisar o passado recente, compreender o presente e perspetivar o futuro, não deveria ser realizado sem um enquadramento teórico que procurasse fazer a história desde que, pela mão da Rainha D. Leonor, o Estado procurou dar melhor resposta a necessidades sociais e de saúde, funções então muito marcadas pelos princípios da caridade cristã e fraternidade, criando-se a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa em 1498. Também por iniciativa real, mas igualmente pela dinâmica das comunidades, numa primeira fase, e, sobretudo, por organização e iniciativa local, posteriormente, outras Misericórdias foram criadas em todo o país, com 388 Santas Casas hoje ativas. Este movimento expandiu-se a outros países com as viagens marítimas e descobrimentos portugueses e, até mesmo em 2023, por iniciativa do Papa Francisco, levou à criação de uma entidade congénere na Mongólia.

Quando em Portugal se instaura a democracia, o modelo burocrático da administração pública tradicional ainda era o dominante nos regimes europeus, em que o Estado se assumia como principal ator e agente do sistema. A nacionalização dos hospitais das Misericórdias, por via de diplomas legais de 1974-1975, viria a dar sustentáculo à futura criação de um Serviço Nacional de Saúde e enquadra-se numa interpretação mais estrita da definição das funções do Estado consubstanciadas na primeira Constituição da República Portuguesa pós-25 de abril.

É já quando a administração pública começava a viver um novo tempo, com a emergência da NPM, que a algumas tentativas, na década de 80 do século passado, no sentido de compensar as Misericórdias pela nacionalização compulsiva de hospitais, se segue a Lei de Bases da Saúde de 1990 e se começa a estabelecer uma nova fase de relações de parceria na área da saúde, assentes num princípio de complementaridade. Acordos, convenções, parcerias com o setor social, designadamente relativos a Meios Complementares de Diagnóstico e

Terapêutica, inserem-se nessa lógica de o Estado deixar o papel exclusivo de financiador/prestador de cuidados, mas também de assumir um papel mais ativo de regulador, promovendo alguma contratualização.

A criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, em 2006, constitui-se como um importante marco nas relações de parceria entre o setor público e as Misericórdias, num tempo em que a evolução na prestação de serviço público, na área da saúde e também na área social, entre outras, se orientava num sentido mais colaborativo e numa governança de redes com participação de agentes do setor público, do setor privado e também do setor social.

Em 2011, com o pedido de assistência económica e financeira à União Europeia, Banco Central Europeu e Fundo Monetário Internacional, e o correspondente Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica a que Portugal se comprometeu, o país teve que assumir um conjunto de medidas restritivas em termos financeiros e cortes orçamentais nas múltiplas áreas de governação pública.

É também nesse enquadramento de exigência orçamental e restrição que o Ministério da Saúde contempla, através do Decreto-Lei n.º 138/2013, um conjunto de medidas, entre as quais o relacionamento com entidades do setor social e o regime de devolução de hospitais. Fica aberta a porta a uma nova contratualização com o setor social, que poderia passar pela devolução às respetivas Santas Casas da Misericórdia de unidades hospitalares que haviam sido nacionalizadas. Num trabalho em rede, com linhas da NPG, mas também com marcas características da NPM que perpassavam o referido Memorando, é constituído um grupo de trabalho conjunto com representantes do Ministério da Saúde e da União das Misericórdias Portuguesas e que viria a estabelecer um plano de devolução de 27 hospitais de proximidade à gestão das respetivas Santas Casas da Misericórdia. A primeira de três fases previstas arrancou em janeiro de 2015, com a desnacionalização das unidades de Fafe, Anadia e Serpa. Mais tarde, por pressão de grupos políticos que garantiam maioria parlamentar ao XXI Governo Constitucional, a devolução das unidades de Santo Tirso e São João da Madeira não avançou quando os acordos estavam já negociados entre as respetivas Administrações Regionais de Saúde e as Misericórdias locais, ficando o processo de desnacionalização suspenso para novas unidades.

Para além do objetivo geral enunciado e do objetivo de caracterizar as diferentes fases de evolução das parcerias entre o setor público e o setor social, outros objetivos específicos foram definidos para esta investigação:

- comparar os resultados das unidades hospitalares devolvidas à gestão do setor social, no período prévio (2010-2014) e posterior à devolução (2015-2020);
- avaliar em que medida optar por manter gestão direta dos hospitais nacionalizados em 1974 ou devolver estabelecendo parcerias ou contratualizando objetivos tem vantagens para o Estado;
- definir que medidas futuras devem ser adotadas para que as parcerias público-social possam ser mais efetivas, assentes em relações de cooperação e com benefícios de boa governança para todos os envolvidos.

Tendo em vista os objetivos elencados e perspetivando-se o recurso à metodologia da DEA e ao conceito de supereficiência, bem como ao índice de Hicks-Moorsteen, para diversas análises de eficiência e produtividade, procedeu-se à constituição de uma base de dados de 31 unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, de entre as quais 3 cuja gestão foi devolvida à respetiva Santa Casa da Misericórdia em 2015, contemplando 11 exercícios, de 2010 a 2020, inclusive. As categorias de *inputs* a considerar para o estudo foram: gastos com pessoal; fornecimentos e serviços externos; custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas. Em termos de *outputs*, considerou-se: número global de consultas externas; número global de internamentos; número global de cirurgias; número de atendimentos em urgência. Procedeu-se, igualmente, a uma compilação dos resultados das diferentes unidades hospitalares em termos de avaliação da qualidade em saúde com recurso ao Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) da responsabilidade da ERS.

O estudo quantitativo desenvolveu-se em torno de cinco questões de investigação apresentadas sob a forma de proposições. Mediante a análise efetuada, as principais conclusões a retirar são:

- os hospitais das Santas Casas de Misericórdia apresentam melhores níveis de eficiência do que os restantes 28 Hospitais do SNS em análise, embora a diferença não seja significativa. Já

no período pré-devolução estas unidades registavam melhores níveis de eficiência, comparativamente aos restantes hospitais, o que também poderá estar relacionado com a melhor adequação da dimensão e grau de diferenciação.

- no que se refere à comparação direta dos resultados de eficiência dos hospitais das Misericórdias no período pré-devolução *versus* pós-devolução, tendo em conta os resultados obtidos não existem evidências estatísticas de que os hospitais desnacionalizados são mais eficientes do que o foram no período pré-devolução. Pode considerar-se que as três unidades cuja gestão foi devolvida à respetiva Misericórdia com um corte prévio de financiamento de 25% na transferência estatal, já demonstravam um resultado de eficiência VRS assinalável antes da devolução, com uma média superior à do “cluster 28”, e que a mantiveram, embora com oscilações no caso do Hospital de Anadia.

- relativamente à supereficiência, no cômputo global do período em análise, 2010-2020, as três unidades hospitalares desnacionalizadas registaram bons *scores*, ocupando duas delas os primeiros dois lugares em termos de *ranking* global com estes critérios, e a restante ficando na 12^a posição em 31 unidades analisadas. Tendo em conta os resultados obtidos, dois dos hospitais desnacionalizados apresentam melhores *scores* de supereficiência no período pós-devolução (2015-2020) e o restante apresenta um *score* mais elevado no período pré-devolução (2010-2014). Assim, com exceção do Hospital José Luciano de Castro (SCM Anadia) que em termos comparativos globais de supereficiência, no período pós-devolução, apenas em 2016 teve um posicionamento melhor ao do período pré-devolução, quer o Hospital São José (SCM Fafe) quer o Hospital de São Paulo (SCM Serpa) apresentam melhores posições no *ranking* no período pós-devolução à gestão da respetiva Misericórdia.

- apesar de, em termos absolutos, o *score* dos hospitais desnacionalizados não ser melhor do que no período pré-devolução, em termos relativos, por comparação com os restantes hospitais, a tendência (-2,4 pontos percentuais em média de *scores* de supereficiência, face ao período 2010-2014) é melhor que a dos restantes hospitais (-8,2 pontos percentuais, face ao período 2010-2014). Considerando os resultados obtidos, as evidências estatísticas parecem confirmar que os hospitais desnacionalizados, no período pós-devolução, demonstram uma tendência de eficiência melhor que a dos restantes hospitais do SNS em estudo.

- quando comparando os resultados de eficiência, no período pré e pós-devolução, das unidades desnacionalizadas com outras unidades da mesma região ou região próxima, há uma evolução positiva do Hospital São José (SCM Fafe) no que se refere ao *score* apurado com critérios de supereficiência.

Mesmo os resultados do Hospital José Luciano de Castro (SCM Anadia) e do Hospital de São Paulo (SCM Serpa) evidenciam que as unidades desnacionalizadas parecem resistir melhor a uma tendência de degradação dos *scores* de eficiência, quando comparadas com outras unidades da mesma região ou região próxima.

- à tendência global, nos 31 hospitais em análise, de piores resultados de eficiência no período 2015-2020, comparativamente ao período 2010-2014, poderá não ser alheio o facto de em 2011, 2012, 2013 e 2014, os exercícios coincidirem com um período em que Portugal esteve sob assistência económica e financeira internacional. No período pós-devolução, e designadamente de 2016 até 2019, inclusive, assinala-se uma tendência de piores resultados globais em termos de eficiência. Há ainda um exercício, o de 2020, que coincide com o início da pandemia de COVID-19, a qual teve reconhecidos impactos na atividade hospitalar, entre outros, e que acentua ainda mais a tendência dos resultados.

- relativamente à produtividade, avaliada pelo índice de Hicks-Moorsteen, no período pós-devolução verifica-se que os hospitais desnacionalizados apresentam ganhos de eficiência de 4,07%, e de produtividade de 8,17%, face aos hospitais do SNS. Os *benchmarks* dos hospitais desnacionalizados são mais eficientes do que os hospitais do SNS em 3,94%.

Ponderando os resultados apurados, os hospitais desnacionalizados apresentam uma maior produtividade do que a média dos hospitais do SNS, diferença essa mais acentuada no período pós-devolução. Se o corte de 25% na transferência financeira do Estado para as unidades que foram devolvidas à gestão do setor social, em janeiro de 2015, para uma determinada produção contratada, representaria, à partida, um estímulo a que tivessem que ser procurados ganhos de eficiência, pode ter significado um incentivo a que a nível da restante produção, destinada a particulares, outras convenções e acordos com seguradoras, fossem mais além.

- quanto à dimensão qualidade, partindo das avaliações efetuadas às unidades através do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) não é possível confirmar nem rejeitar uma

evolução positiva da qualidade no período pós-devolução, porquanto, no período pré-devolução, estas unidades desnacionalizadas nunca haviam sido avaliadas. No entanto, mediante comparativos com unidades de dimensão semelhante ou aproximada, da mesma área geográfica ou próxima, é possível, com base nos resultados coligidos, constatar os bons resultados das unidades desnacionalizadas que passaram a ser avaliados a partir de 2016, inclusive.

Pela realização de entrevistas a agentes que desempenharam ou desempenham relevante papel na condução das políticas de saúde, antigos e atuais administradores hospitalares, responsáveis de Santas Casas da Misericórdia, entre outros, é possível concluir que dois dos três hospitais devolvidos à gestão do setor social apresentaram resultados assistenciais em linha ou até acima do que era expectável.

Apesar de, sob o ponto de vista de análise de eficiência com recurso à DEA e posicionamento relativo nos rankings de supereficiência, o Hospital de São Paulo (SCM Serpa) não ter classificado mal, a perceção recolhida é de que o processo de desnacionalização não correu bem. Falta de referenciação para esta unidade por parte da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, dificuldades na operacionalização do bloco operatório previsto, fosse por responsabilidades do Estado ou falta de capacidade da respetiva Misericórdia, menor grau de envolvimento do Grupo Misericórdias Saúde/UMP na gestão desta unidade relativamente às outras que foram desnacionalizadas, foram algumas das razões apontadas para as expectativas criadas pelos diversos agentes não terem sido alcançadas.

A análise qualitativa permitiu ainda complementar resultados do estudo de caso quantitativo, além de ajudar a dar resposta a outros objetivos específicos da investigação:

- no que se refere à evolução histórica da relação entre o Estado e as Misericórdias no setor da saúde em Portugal, ao longo do período democrático, as unidades de registo mais significativas apontam que a mesma evoluiu com altos e baixos; por ondas; de forma positiva; e até para uma relação de parceria imprescindível.

- quanto aos principais pontos fortes associados aos acordos de gestão estabelecidos entre o Estado e as Misericórdias para cumprimento dos objetivos das políticas de saúde, foi

sobretudo realçado: a proximidade das Misericórdias às populações; o aumento da capacidade de oferta do SNS conseguido com esses acordos; a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; as poupanças para o Estado, a previsibilidade orçamental, a maior produtividade e eficiência na gestão.

- quanto a pontos fracos, os desajustes financeiros ou erros de base nos acordos; os mecanismos de controlo; o processo de nacionalização dos hospitais das Misericórdias em 1974-1975; o desajuste entre o preço pago por atos médicos, tratamentos, MCDT, e o praticado em unidades sob gestão direta foram os principais pontos elencados.

- quanto aos resultados alcançados pelas unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, de acordo com as unidades de registo mais significativas, foram muito positivos para o Estado; os acordos de devolução defenderam o interesse público ao exigir à cabeça poupanças de pelo menos 25% face ao período anterior; positivos para satisfação das necessidades de proximidade por parte das populações; positivos para as Misericórdias com exceção de uma.

- no que se refere aos resultados assistenciais alcançados pelas unidades desnacionalizadas foram considerados: globalmente muito positivos; positivos em Fafe e Anadia, mas em Serpa não; resultados vão mais além do acordo inicial, sem que a produção adicional seja retribuída; com qualidade de serviço, boa articulação e efeitos colaterais positivos.

- quanto aos resultados alcançados pelas unidades devolvidas à gestão do setor social, em termos de qualidade em saúde foram: positivos na unidade que conhece; muito positivos nos que têm sido avaliados; não conhece em concreto, mas percebe não ter havido perda de qualidade e pode até ter havido melhoria; avaliação clínica promoveu qualidade dos hospitais e concorrência saudável. De referir também, em termos de unidades de codificação com maior significado, os entrevistados que referiram não ter elementos para opinião cabal e até mesmo quem afirme não concordar com o SINAS enquanto instrumento de avaliação da qualidade.

- relativamente às vantagens identificadas na opção política em devolver à respetiva Misericórdia a gestão da unidade de que é proprietária *versus* unidades de proximidade sob gestão direta do Estado foi, sobretudo, salientado: maior eficiência económica e maior flexibilidade de gestão por parte das Misericórdias; a proximidade de gestão das

Misericórdias e a dimensão mais pequena permitem um maior foco na qualidade; melhor controlo orçamental e menos custos para o Estado na opção pela contratualização; a redução da pressão sobre os hospitais geridos diretamente pelo Estado, a promoção de concorrência saudável e a transferência de risco.

- no que se refere à perceção dos entrevistados sobre razões, fatores, responsabilidades, que possam ter influenciado discrepâncias de sucesso nas unidades que foram desnacionalizadas: o facto de serem unidades com dimensão diferente e contextos regionais distintos; incumprimento do Estado no caso da desnacionalização do Hospital de Serpa; no caso que conhece de perto não houve incumprimentos; incumprimento de ambas as partes no caso de Serpa; e o diferente grau de envolvimento da União das Misericórdias/Grupo Misericórdias Saúde, foram as unidades de codificação com maior significado.

- quanto às medidas futuras a adotar para que estas parcerias possam ser mais efetivas, assentes em relações de cooperação e com benefícios de boa governança para ambas as partes, uma expansão dos acordos em termos de contemplarem mais especialidades e/ou maior produção; uma avaliação dos resultados alcançados e, se positivos, a ponderação do alargamento da desnacionalização de hospitais das Misericórdias ou mesmo de outras unidades de proximidade; uma retoma do processo de desnacionalização de mais unidades; uma reformulação do modelo contratual; a procura de formas alternativas/complementares de aproveitar estes hospitais, agora que o modelo ULS será generalizado; e a utilização dos hospitais de proximidade para ajudar a suprir lacunas dos Cuidados de Saúde Primários, entre outras, foram os resultados mais importantes.

O período temporal adequado para uma bem-sucedida política vai muitas vezes para além do tempo da atenção mediática. Uma reforma efetiva precisa de tempo e um mínimo provável de cinco anos, por vezes até o dobro (Pollitt & Bouckaert, 2017). Com efeito, a estabilidade e a continuidade das políticas são ingredientes importantes para uma reforma. Também à luz dessa ideia, e trazendo à colação o período 2010-2020 que compreende 11 exercícios e serviu de base à análise quantitativa realizada às três unidades hospitalares desnacionalizadas, e também para efeitos comparativos ao painel de 28 unidades hospitalares do SNS que se mantiveram sob gestão pública, considera-se que o horizonte temporal foi adequado para retirar algumas conclusões importantes.

Assim, partindo dos resultados obtidos e perspetivando o que pode ser o futuro destas parcerias para prestação de cuidados, através da desnacionalização de unidades hospitalares, cujo término dos primeiros acordos de devolução é, precisamente, 31 de dezembro de 2024, renováveis ou não, tendo como pano de fundo a reforma da administração pública, e numa filosofia de maximização de resultados para todos os envolvidos aponta-se o seguinte:

Tal como o modelo burocrático, a NPM e a NPG sustentam-se em diferentes premissas acerca da motivação humana e em linhas teóricas e ideologias políticas distintas. Nessa medida, a sua abordagem aos problemas é compreensivelmente diversa. A perspetiva Weberiana de administração pública foi sendo confrontada com ineficiências e limitações na capacidade de adaptação às mudanças com que os governos foram sendo desafiados. Também as lógicas de mercado no setor público, inerentes à perspetiva da NPM, têm revelado constrangimentos ao exercício de uma liderança pública eficaz na defesa do interesse público (Bryson et al., 2014).

Há uma componente política, uma componente organizacional, uma componente económica e também uma componente tecnológica que são importantes nas reformas da administração pública. Nessa medida, as reformas não têm resultados determinados à partida, no sentido de *outcomes* certos, e não têm necessariamente de ser uma consequência ou um resultado da globalização (Pollitt & Bouckaert, 2017)

A disrupção provocada pelas novas tecnologias digitais, a evolução, em avanços e recuos, que a globalização tem tido a nível social e económico, a dimensão dos desafios que se colocam à sociedade no novo milénio, a imprevisibilidade e incerteza dos tempos atuais, colocam o setor público perante a necessidade de se adaptar e transformar continuamente tendo em vista a melhor prestação de serviços públicos. Um exemplo ilustrativo da complexidade de problemas com que as sociedades se confrontam e que exigem abordagens mais holísticas é o das alterações climáticas. Nem as formas mais burocráticas de governo, nem as que dão mais prevalência às virtualidades do mercado ou da concorrência, são capazes de, isoladamente, assegurar resposta aos desafios de mobilização da sociedade, promovendo uma cultura de desenvolvimento de soluções criativas e sólidas e com a capacidade necessária para as implementar (Biesbroek et al., 2018). Também questões internas ao próprio setor público, como a fragmentação organizacional, falhas na implementação das políticas, dificuldade em acompanhar as expectativas dos cidadãos, recrudescimento de constrangimentos orçamentais,

têm levado à procura de formas alternativas ou complementares de assegurar soluções de governança democráticas, eficazes e eficientes (Torfing et al., 2019). A necessidade de assegurar uma melhor coordenação entre diferentes agências, níveis, setores, para ultrapassar falhas na prestação de serviço e uma sobreposição de múltiplos atores, promovendo sinergias e contribuindo para uma melhor ligação entre agentes políticos, implementadores e utentes finais do serviço público, tem levado à crescente procura de soluções de coprodução de serviços e cocriação de novas soluções para os problemas da sociedade (Peters et al., 2022).

Conceitos como a governança colaborativa, a governança de redes, a coprodução, ou mesmo, num sentido mais simples, a boa governança, são importantes para uma análise mais global das parcerias público-sociais e foram abordados ao longo deste estudo. Os mesmos permitem uma compreensão da maneira como a participação dos cidadãos, a título individual, e a participação de organizações não pertencentes ao setor público, podem ajudar a transformar pela positiva a prestação de serviços de natureza pública, no sentido de contribuírem para a melhoria da capacidade de resolução de problemas e da abordagem aos novos desafios da sociedade. (Ansell & Gash, 2018b).

Ao conceito de boa governança como sendo a de um Estado de Direito está por vezes subjacente a ideia de que as leis são fundamentalmente importantes para permitir o funcionamento efetivo de uma economia capitalista, reduzindo os custos de transação para os agentes que interagem entre si. Num quadro formal em que se pode interpretar que os acordos de parceria com o Estado, para prestação de cuidados hospitalares ao nível das unidades devolvidas à gestão das Misericórdias, foram globalmente respeitados, e tendo presente esse conceito de boa governança, considera-se que a mesma foi aqui alcançada, ainda que essa definição conceptual possa ser qualificada como minimalista (Mkandawire, 2007).

Também a burocracia da administração pública tradicional contribui para uma boa governança. Mesmo com estereótipos de rigidez e inflexibilidade associados ao modelo burocrático, o respeito pelas regras, ainda que por vezes consideradas rígidas ou inflexíveis, tem aspetos positivos por contraposição a formas arbitrárias de administração (Peters et al., 2022). Pese embora, para alguns dos entrevistados, os mecanismos de controlo possam ser considerados “napoleónicos”, para outros “exagerados”, para outros “insuficientes”, na análise qualitativa realizada nesta investigação foi possível constatar que, com características

e influências dos vários modelos de administração pública, a existência de contratos bem definidos e a preocupação das partes com o seu cumprimento, teve a presença de mecanismos de controlo semelhantes aos usados pelo Estado no acompanhamento dos hospitais geridos diretamente pelo setor público.

No que se refere ao conceito de parcerias para a prestação de serviços públicos, há autores que apontam algumas desvantagens à prestação por agentes que não são funcionários públicos, ou pertencentes a organizações públicas, no que se refere à responsabilização. Há, no entanto, quem também considere que não é condição exclusiva essa conexão direta com o Estado, através de vínculo de trabalho ou de organização administrativa, para se ter uma boa *accountability* nos programas públicos (Amsler, 2016). Da análise qualitativa efetuada, bem como da análise quantitativa, quer, por um lado, em termos das unidades de análise que apontam para um acompanhamento dos acordos de devolução similar ou até mais exigente em termos de indicadores, quer, por outro lado, em termos dos *scores* comparativos de eficiência, supereficiência e produtividade, considera-se que tem havido esse acompanhamento por parte do Estado bem como a responsabilização dos parceiros do setor social.

Através de uma melhor conjugação de interesses, experiências, conhecimentos, no desenho das políticas, é possível, numa lógica de governança colaborativa, conceber e implementar melhores políticas para alcançar os objetivos propostos. Nessa medida, a governança exercida através do controlo tem um menor potencial em termos de eficácia de políticas do que a governança mais colaborativa (Peters, 2018). Há uma maior observância, na aceção de *compliance*, por parte de todos os agentes envolvidos na prestação de serviço público quando a responsabilização é efetuada mais numa ótica de colaboração do que numa ótica de controlo, porque na primeira opção os agentes que asseguram a implementação prática do serviço ou da decisão política têm maior participação e alguma margem para moldar a ação, o que os pode levar a respeitar ainda mais e a cumprir os objetivos propostos. Isso pode mesmo levar esses agentes a respeitar políticas com as quais não concordam totalmente, em ordem a manterem-se num espaço de “colaboração” e tentarem influenciar, mais à frente, a governança (Peters et al., 2022). Contudo, e trazendo à colação as discrepâncias de base na formulação contratual dos acordos de desnacionalização das unidades hospitalares que foram objeto desta investigação, apontadas em várias das entrevistas realizadas, os agentes políticos

devem resistir à tentação de impor condições ou metas desajustadas sob pena de a própria sustentabilidade futura destas parcerias poder estar em causa.

As comunidades locais têm proporcionado exemplos ilustrativos de como se pode gerir e controlar recursos de natureza coletiva através de regras e procedimentos próprios numa lógica colaborativa (Ostrom, 1990). As soluções de governança colaborativa podem, no entanto, não demonstrar tanta eficácia em situações de ação coletiva à larga escala (Jagers et al., 2020). Pese embora a generalização, em Portugal, do modelo de Unidades Locais de Saúde a todo o território possa representar um desafio adicional ao futuro das parcerias para prestação de cuidados de saúde hospitalares, por via dos hospitais desnacionalizados ou que o possam vir a ser no futuro, a vantagem de proximidade destas unidades pode também ser alavancada para, caso a caso, na tal perspetiva mais local, se alcançarem entendimentos entre o Estado, seja num plano mais central ou nos planos regional e local, e as Misericórdias, de forma unitária e direta, ou com a coordenação da União das Misericórdias Portuguesas, que permitam a concretização de objetivos, a todas os *stakeholders*, sem fazer perigar a sustentabilidade.

Se “governar é escolher” (France, 1953), a tomada de decisões em política é fundamental. Assim, a governança é também orientada para a tomada de decisões. Por vezes, no entanto, essa tomada de decisão torna-se complexa quando há múltiplos agentes envolvidos, com diferentes objetivos e ideias distintas. Quer a falta de informação, quer o seu excesso, podem ser entraves a uma boa governança (Pierre & Peters, 2016). Torna-se, por isso, importante que a comunicação e a articulação entre as diferentes partes sejam eficazes. As questões subjacentes à comunicação e articulação, de resto, foram das unidades de análise salientadas a propósito das parcerias público-sociais.

A participação dos líderes políticos numa governança colaborativa em que o diálogo entre partes seja uma realidade presente, na abordagem aos problemas, no desenho das soluções e com o objetivo de congregar um maior apoio à implementação, torna as lideranças mais interativas (Sorensen, 2020). Uma postura desse tipo trará maior sustentabilidade futura a este tipo de parcerias entre o Estado e as Misericórdias e, por exemplo, daria resposta a algumas das falhas de base sinalizadas no que se refere às condições para uma bem-sucedida desnacionalização da unidade hospitalar de São Paulo (Serpa) não terem sido as mais

adequadas, ao contrário das verificadas no Hospital São José (Fafe) e no Hospital José Luciano de Castro (Anadia).

Na perspetiva de que os confinamentos pandémicos decretados por diferentes governos foram decisivos para limitar contágios e, assim, salvar vidas, há quem aponte exemplos recentes de formas de governança centradas no Estado que podem ter aspetos positivos (Toshkov et al., 2022). Com efeito, o bom exercício da governança não se limita à filosofia e prática colaborativa entre diferentes atores. Por vezes, pode ser necessária uma vertente mais de “controlo” por parte dos governos ou do setor público, conforme os exemplos da crise financeira global e da pandemia de COVID-19 ilustram. Por outro lado, a abordagem mais colaborativa à governança pode ser a mais eficaz na gestão desse tipo de crises a partir do momento em que as medidas de saúde pública iniciais já estejam no terreno (Peters et al, 2022).

9.2. Limitações ao estudo e sugestões futuras

Se em alguns países e culturas uma mentalidade orientada para resultados e desempenho é algo intrínseco, noutros não está tão presente. Mas mesmo nos países onde está mais presente as reformas são por vezes lançadas sem uma adequada atenção ou preocupação com a avaliação de resultados. Por outro lado, nos países mais adeptos de reformas há uma tendência para que as organizações públicas se foquem mais nos resultados, contem custos, meçam outputs, avaliem outcomes e usem a informação de uma forma mais sistemática no sentido de uma melhoria contínua (Hood & Dixon, 2015).

Ainda assim, por vezes dá-se o caso da não disponibilização de informação sobre medição de desempenho nas organizações públicas, apesar de a mesma existir, assentar em razões que vão desde a perceção de uma má qualidade da mesma a uma cultura organizacional e uma atitude de desconfiança na informação. Independentemente da cultura de uma organização ou da cultura de reforma de um país a avaliação é algo que pode ser usado para melhorar os outputs e/ou outcomes (Van Dooren et al., 2015).

A disponibilidade de dados e a realidade específica das unidades hospitalares levou a que um output como o número de sessões de hospital de dia não fosse considerado no estudo

quantitativo, apesar de fazer parte da compilação de dados inicial. O mesmo se verificou com o indicador relativo à percentagem de consultas realizadas dentro dos tempos máximos de resposta garantidos. De facto, para esses dois indicadores existem lacunas de informação, parciais ou até totais, em vários dos hospitais considerados na amostra. Apesar, diga-se, dos valores relativos ao Hospital São José (Fafe) e Hospital José Luciano de Castro no período pós-desnacionalização serem referidos na caracterização do objeto de estudo e dignos de nota.

A título de exemplo prático do que essa limitação significa: quando um responsável em funções por uma Administração Regional de Saúde afirma que a unidade desnacionalizada, que está dentro da área de abrangência geográfica que tutela, até tem melhores TMRG que as unidades vizinhas da mesma dimensão ou de dimensão aproximada essa é uma afirmação importante e que valeria a pena confirmar também para outras regiões, mas as análises estatísticas que se pôde fazer não contemplaram esse exercício, por falta de dados disponíveis, fosse no site de *benchmark* da ACSS ou em RAC disponíveis relativos ao período em análise.

Ainda no referente ao acesso a dados, particularmente nos exercícios mais antigos, como os de 2010 a 2012, foi significativa a demora na resposta por parte de entidades da administração pública da área da saúde, tendo uma delas, inclusive, acabado por não os enviar apesar de diversas promessas nesse sentido. O facto de 2020, 2021 e 2022 terem sido anos marcados no setor da saúde por uma pandemia foi apresentado como justificação para algumas dessas demoras no acesso e disponibilização de informação anterior. A disponibilidade de agenda por parte dos entrevistados também contribuiu para alongar no tempo a realização das entrevistas, mais do que à partida se antevia.

Sob o ponto de vista de resultados da avaliação da qualidade em saúde, constatou-se que dois dos hospitais desnacionalizados apenas passaram a ser avaliados a partir do momento em que foram devolvidos à gestão da respetiva Misericórdia, o que não permitiu estabelecer comparações com o período anterior para o mesmo cluster.

No final de 2024 cumprem-se 10 exercícios completos sobre a devolução à gestão da respetiva Santa Casa da Misericórdia de três unidades hospitalares que faziam e fazem parte do Serviço Nacional de Saúde. Tendo os acordos de gestão um horizonte temporal que termina nessa altura e pode ou não ser renovado, ao debruçar-se sobre os primeiros 6

exercícios pós-devolução e procurar compará-los com os 5 exercícios anteriores, com gestão direta do Estado, podem retirar-se algumas conclusões com relevância.

Em Portugal, no processo de constituição das políticas públicas nem sempre há adequada preocupação com o planeamento, assim como com a avaliação das políticas implementadas. Esta investigação também visou ajudar a preencher lacunas de informação, sem pretensão de se substituir a outras desejáveis avaliações, designadamente pelo setor público, mas também pelo social. Neste último aspeto, aliás, são de valorizar perceções dos entrevistados no que se refere a um excesso de otimismo na aceitação de alguns pressupostos contratuais por parte dos parceiros do Estado, que os leva, mais tarde, a terem que cumprir acordos com desajustes ou erros de base em seu próprio prejuízo.

Num momento em que o modelo de Unidades Locais de Saúde é generalizado a todo o país, o facto de o único caso de devolução que não correu bem sob o ponto de vista de expectativa de resultados assistenciais ter ocorrido, precisamente, numa área geográfica em que o hospital de proximidade (Hospital de São Paulo - SCM Serpa) se relacionou diretamente com uma Unidade Local de Saúde (ULSBA) traz interrogações quanto ao futuro destas parcerias entre o Estado e as Misericórdias para gestão de unidades hospitalares, sobretudo se, como foi o caso, não houver uma normal referenciação de utentes. Ou, até, se vertentes como a da cirurgia de ambulatório não forem aproveitadas.

Por outro lado, considera-se que as análises de eficiência que, com este estudo, foram realizadas a 31 unidades hospitalares, entre Centros Hospitalares, Hospitais EPE e um hospital do SPA, constituem um repositório de informação útil para análise de uma década, 2010-2020, de cuidados hospitalares no Serviço Nacional de Saúde. Naturalmente, com a generalização do modelo ULS a todo o país e sendo o último estudo sobre eficiência de unidades nesse modelo datado de fevereiro de 2015, e da responsabilidade da ERS, será com certeza oportuno, se tal ainda não foi feito, analisar futuramente o desempenho em termos de eficiência, de produtividade, de avaliação da qualidade, das unidades no referido modelo, sejam as diretamente geridas pelo Estado ou as que, eventualmente, com ele se venham a articular.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acheson, N. (2014). Change and the practices of actors in civil society: towards an interpretivist exploration of agency in third sector scholarship. *Voluntary Sector Review*, 5(3), 293-312. <https://doi.org/10.1332/204080514X14150181037122>
- Achten, V., Bouckaert, G., & Schokkaert, E. (Eds.). (2016). *A Truly Golden Handbook: The Scholarly Quest for Utopia*. Leuven University Press.
- ACSS. (2014a). *Metodologia para definição de preços e fixação de objectivos - Contrato-Programa 2015*. Administração Central do Sistema de Saúde.
- ACSS. (2014b). *Nota Estudo Prévio à Devolução de Hospitais à União das Misericórdias Portuguesas - Hospital de Serpa*. Administração Central do Sistema de Saúde.
- ACSS. (2018). *Website do Serviço Nacional de Saúde e Administração Central do Sistema de Saúde*. <https://benchmarking-acss.min-saude.pt>
- ACSS. (2022). *Website do Serviço Nacional de Saúde e Administração Central do Sistema de Saúde*. <https://benchmarking-acss.min-saude.pt>
- Adenda ao Compromisso de Cooperação para o Sector Social e Solidário 2017-2018. (2018). <https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=%3d%3dBAAAAB%2bLCAAAAAAABAAzNbE0AADVJ47tBAAAAA%3d%3d>
- Adenda ao Compromisso de Cooperação para o Sector Social e Solidário para o biénio 2021-2022. (2021). https://www.seg-social.pt/documents/10152/18937451/AdendaCompromissoCope.SectorSocialSolidario_1524-2022+%28003%29.pdf/7ba0b5aa-bf8f-4c53-9041-611876c6d019
- Adenda ao Compromisso de Cooperação para o Sector Social e Solidário para o biénio 2021-2022. (2022). http://cnis.pt/wp-content/uploads/2022/12/Adenda_De22.pdf
- Adenda ao Compromisso de Cooperação para o Sector Social e Solidário para o biénio 2023-2024. (2024). http://rotass.cnis.pt/wp-content/uploads/2024/10/Adenda_Compromisso_de_Cooperacao_Setor_Social_2023-2024.pdf
- Addink, G.H. (2019). *Good governance: concept and context*. Oxford University Press.

- Administração Regional de Saúde do Alentejo. (2024). *Hospital de Serpa com resposta cirúrgica*. <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/Noticias/Paginas/Hospital-de-Serpa-com-resposta-cirúrgica.aspx?PageID=4162>
- Alexander, J., & Nank, R. (2009). Public-Nonprofit Partnership: Realizing the New Public Service. *Administration & Society*, 41(3), 364-386. <https://doi.org/10.1177/0095399709332296>
- Alford, J., & O'Flynn, J. (2012). *Rethinking Public Service Delivery*. Palgrave Macmillan.
- Almog-Bar, M. (2016). Policy Initiatives towards the Nonprofit Sector: Insights from the Israeli Case. *Nonprofit Policy Forum*, 7, 237-256. <https://doi.org/10.1515/npf-2016-0005>
- Almog-Bar, M. (2018). Civil Society and Nonprofits in the Age of New Public Governance: Current Trends and Their Implications for Theory and Practice. *Nonprofit Policy Forum*, 8 (4), 343-349. <https://doi.org/10.1515/npf-2018-0004>
- Alves, J. F. (2015). Os brasileiros de Felgueiras. In P. Tavares & C. Cunha (Eds.), *Felgueiras: 500 anos de Concelho* (pp. 124-139). Câmara Municipal de Felgueiras.
- Alves, J. F. (2017, 5 de maio). “Brasileiros”, hospitais e filantropia nos séculos XIX e XX. Intervenção proferida no âmbito do Seminário Internacional As Misericórdias e a Saúde: Passado, Presente e Futuro. Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Lanhoso.
- Amsler, L. (2016). Collaborative Governance: Integrating Management, Politics and Law. *Public Administration Review*, 76, 700-711. <https://doi.org/10.1111/puar.12605>
- Andersen, P., & Petersen, N. (1993). A procedure for ranking efficient units in data envelopment analysis. *Management Science*, 39, 1261-1264. <https://doi.org/10.1287/mnsc.39.10.1261>
- Anguera, M. T. (1985). Posibilidades de la metodologia cualitativa vs cuantitativa. *Investigacion Educativa*, 3(6), 127-144.
- Anheiser, H. K. & Alter, R. (2016). The infrastructure challenge: changing needs, persistent myths. *The Governance Report 2016*, 16.
- Ansell, C., & Torfing, J. (2014). *Public Innovation through collaboration and design*. Routledge.

- Ansell, C., & Torfing, J. (2021). *Public Governance as co-creation: revitalizing the public sector and rejuvenating democracy*. Cambridge University Press.
- Ansell, C., Sorensen, E., & Torfing, J. (2017). Improving policy implementation through collaborative policymaking. *Policy and Politics*, 45(3), 467-486. <https://doi.org/10.1332/030557317X14972799760260>
- Ansell, C., & Gash, A. (2018a). Collaborative Governance in Theory and Practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543-571. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum032>
- Ansell, C., & Gash, A. (2018b). Collaborative platforms as a governance strategy. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 28(1), 16-32. <https://doi.org/10.1093/jopart/mux030>
- Araújo, J. (2007). *Avaliação da gestão pública: a administração pós burocrática*. In conferência UNED. Coruña, Espanha. <http://hdl.handle.net/1822/8309>
- Araújo, M.L. (2013). Os serviços de saúde e assistência à doença. In J.V. Capela, M.L. Araújo (Eds.), *A Santa Casa da Misericórdia de Braga 1513-2013*. Santa Casa da Misericórdia de Braga.
- Ascoli, U., & Ranci, C. (2002). *Dilemmas of the Welfare Mix: the new structure of welfare in an era of privatization*. Springer.
- Asensio, M., & Popic, T. (2019). Portuguese Healthcare Reforms in the context of Crisis: External Pressure or Domestic Choice? *Social Policy & Administration*, 53, 1003-1017. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/spol.12480>
- Asquith, A., Brunton, M., & Robinson, D. (2015). Political influence on public-private partnerships in the public health sector in New Zealand. *International Journal of Public Administration*, 38(3), 179-188. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01900692.2014.929590>.
- Banker, R.D., Charnes, A., & Cooper, W.W. (1984). Some models for estimating technical and scale inefficiencies in *Data Envelopment Analysis*. *Management Science*, 30(9), 1078-1092. <https://doi.org/10.1287/mnsc.30.9.1078>
- Barber, M. (2007). Three paradigms of public sector reform. *Mckinsey, Transforming Government*, 20-27.
- Bardin, L. (2018). *Análise de conteúdo - Edição Revista e Atualizada*. Edições 70.

- Barros, P.P., Simões, J.A. & Machado, S.R. (2011). Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, 13(4), 1-156. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Bevan, G., & Hood, C. (2006). What's measured is what matters: targets and gaming in the English public healthcare system. *Public Administration*, 84(3), 517-538. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2006.00600.x>
- Bevir, M. (2010). Governance as theory, practice, and dilemma. In M. Bevir (Ed.), *The Handbook of Governance* (pp.1-16). SAGE Publications Ltd.
- Bevir, M. (2012). *Governance: A Very Short Introduction*. Oxford University Press.
- Bezes, P., & Jeannot, G. (2018). Autonomy and Managerial reforms in Europe: let or make Public Managers manage?. *Public Administration*, 96(1), 3-22. <https://doi.org/10.1111/padm.12361>
- Bickerton, C., Hodson, D., & Puetter, U. (Eds). (2015). *The new Intergovernmentalism: states and supranational actors in the post-Maastricht Era*. Oxford University Press.
- Biesbroek, R., Peters, B.G., & Tosun, J. (2018). Public Bureaucracy and Climate Change adaptation. *Review of Policy Research*, 35(6), 776-791. <https://doi.org/10.1111/ropr.12316>
- Bilhim, J. (2013a). *Ciência da administração*. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Bilhim, J. (2013b). *Teoria organizacional: Estruturas e pessoas*. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Bilhim, J. (2013c). Papel dos gestores na mudança cultural da administração central do Estado: o caso da meritocracia. Passagens. *Revista Internacional de História Política e Cultura Jurídica*, 5(2), 205-227. https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/5683/1/BILHIM_PASSAGENS.pdf
- Bilhim, J. (2014a). Política e administração: em que medida a atividade política conta para o exercício de um cargo administrativo. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 28, 11-31. <https://www.redalyc.org/pdf/4265/426539992002.pdf>
- Bilhim, J. (2014b). As práticas dos gestores públicos em Portugal e os códigos de ética. *Seqüência*, 69, 61-82. <https://doi.org/10.5007/2177-7055.2014v35n69p61>

- Bilhim, J. (2017). Nova governação pública e meritocracia. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 84, 9-25. <http://journals.openedition.org/spp/2812>
- Bilhim, J., Ramos, R., & Pereira, L. (2015). Paradigmas administrativos, ética e intervenção do Estado na economia: o caso de Portugal. *Revista digital de Derecho Administrativo*, 14, 91-125. <https://doi.org/10.18601/21452946.n14.07>
- Bjurek, H. (1996). The Malmquist Total Factor Productivity Index. *Scandinavian Journal of Economics*, 98(2), 303-313. <https://doi.org/10.2307/3440861>
- Blomkamp, E. (2018). The promise of co-design for public policy. *Australian Journal of Public Administration*, 77, 729-743. <https://doi.org/10.1111/1467-8500.12310>
- Bloomberg News. (2021, February 11). *Americans saved-up stimulus checks could bring economic boost*. <https://www.bloomberg.com/news/articles/2021-02-11/stimulus-checks-americans-plan-to-save-not-spend-covid-relief-money>
- Boaden, R. (2011). Quality improvement in healthcare. In K. Walshe & J. Smith (Eds.), *Healthcare Management* (pp. 488-514). Open University Press.
- Bode, I. (2014a). State-Third Sector Partnerships. In S. Harper & K. Hamblin (Eds.), *International Handbook on Ageing and Public Policy* (pp. 421-432). Edward Elgar Publishing.
- Bode, I. (2014b). Towards a Neoliberal Third Sector? International Lessons from recent developments in China. In M. Freise & T. Hallmann (Eds.), *Modernizing Democracy? Associations and Associating in the 21st Century* (pp. 279-290). Springer.
- Bode, I., & Brandsen, T. (2014). State-third Sector Partnerships: A short overview of key issues in the debate. *Public Management Review*, 16(8), 1055-1066. <https://doi.org/10.1080/14719037.2014.957344>
- Bogason, P., & Brans, M. (2008). Training and teaching. Making public administration: teaching and theory relevant. *European Consortium for Political Research*, 7, 84-97. <https://doi.org/10.1057/palgrave.eps.2210181>
- Bogdanor, V. (2005). *Joined-up government*. Oxford University Press.
- Borins, S. (2014). *The persistence of innovation in Government: a guide for public servants*. IBM Center for The Business of Government. <https://www.businessofgovernment.org/sites/default/files/The%20Persistence%20of%20Innovation%20in%20Government.pdf>

- Borzel, T., & Sedelmeier, U. (2017). Larger and more law abiding? The impact of enlargement on compliance in the European Union. *Journal of European Public Policy*, 24, 197-215. <https://doi.org/10.1080/13501763.2016.1265575>
- Bouckaert, G. (2015). Governance: a typology and some challenges. In *The international handbook of public administration and governance* (pp. 35-55). Edward Elgar Publishing.
- Bouckaert, G., & Halligan, J. (2008). *Managing performance: international comparisons*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203935958>
- Bouckaert, G., B. Peters, & K. Verhoest (2010). *The Coordination of Public Sector Organizations: Shifting Patterns of Public Management*. Palgrave Macmillan.
- Boukamel, O., & Emery, Y. (2017). Evolution of organizational ambidexterity in the public sector and current challenges of innovation capabilities. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, 22(2), article 2. https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_276592407385.P001/REF.pdf
- Bourgon, J. (2011). *A New Synthesis of Public Administration: Serving in the 21st Century*. McGill-Queen's University Press. <http://www.jstor.org/stable/j.ctt7zp3k>
- Bovaird, T. (2004). Public private partnerships: from contested concepts to prevalent practice. *International Review of Administrative Sciences*, 70(2), 199-215. <https://doi.org/10.1177/0020852304044250>
- Bovaird, T., & Loeffler, E. (2009). *Public management and governance* (2nd edition). Routledge.
- Bovaird, T., & Tizard, J. (2009). Partnership working in the Public Domain. In T. Bovaird & E. Loeffler (Eds.) *Public Management and Governance* (pp. 233-247). Routledge.
- Bovaird, T., & Loeffler, E. (2012). From engagement to co-production: how users and communities contribute to public services. In V. Pestoff, T. Brandsen, & B. Verschuere (Eds.), *New Public Governance, the Third Sector and Co-production* (pp. 35-60). Routledge.
- Brandsen, T., Trommel, W., & Verschuere, B. (2014). *Manufactured Civil Society: Practices, Principles and Effects*. Palgrave Macmillan.

- Brandsen, T., Van de Donk, W., & Putters, K. (2005). Griffins or Chameleons? Hybridity as a Permanent and Inevitable Characteristics of the Third Sector. *International Journal of Public Administration*, 28(9-10), 749-765. <https://doi.org/10.1081/PAD-200067320>
- Bryman, A. (2008). *Social research methods* (3rd Edition). Oxford University Press.
- Bryson, J.M., Crosby, B.C., & Bloomberg, L. (2014). Public Value Governance: moving beyond Traditional Public Administration and the New Public Management. *Public Administration Review*, 74(4), 445-456. <https://doi.org/10.1111/puar.12238>
- Bruijn, H. (2002). *Managing performance in the public sector*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203222874>
- Câmara Municipal de Anadia. *Website do Município de Anadia*. <https://www.cm-anadia.pt/pages/561>
- Carpenter, D. (2020). *The forging of bureaucratic autonomy: reputations, networks and policy innovations in executive agencies, 1862-1928*. Princeton University Press.
- Carvalho, E. (2008). *Agendas e Reforma Administrativa em Portugal*. [Tese de Doutoramento, ISCSP-ULisboa]. Repositório de Administração Pública. http://repap.ina.pt/bitstream/10782/676/1/Agendas_e_Reforma_Administrativa_em_Port.pdf
- Casey, J. (2016). Tsars, Task Forces and Standards: *The New “IRS”?*. *Nonprofit Policy Forum*, 7(1), 29-37. <https://doi.org/10.1515/npf-2015-0036>
- Charnes, A., Cooper, W.W., & Rhodes, E. (1978a). *A Data Envelopment Analysis Approach to Evaluation of the Program Follow through Experiment in U.S. Public School Education*. Carnegie-Mellon University. https://iiif.library.cmu.edu/file/Cooper_box00016_fld00023_bdl0001_doc0002/Cooper_box00016_fld00023_bdl0001_doc0002.pdf
- Charnes, A., Cooper, W.W., & Rhodes, E. (1978b). Measuring the efficiency of decision-making units. *European Journal of Operational Research*, 2(6), 429-444. [https://doi.org/10.1016/0377-2217\(78\)90138-8](https://doi.org/10.1016/0377-2217(78)90138-8)
- Charnes, A., & Cooper, W.W. (1985). Preface to Topics in Data Envelopment Analysis. *Annals of Operations Research*, 2, 59-94. <https://doi.org/10.1007/BF01874733>
- Chatelain-Ponroy, S., Gibert, P., Rival, M., & Burlaud, A. (Eds.). (2021). *Les grands auteurs en management publique*. Éditions EMS.

- Child, C., Witesman, E., & Spencer, R. (2016). The Blurring Hypothesis Reconsidered. *Voluntas*, 27 (4), 1831-1852. <https://www.jstor.org/stable/43923258>
- Christensen, T., & Laegreid, P. (2011). Complexity and Hybrid Public Administration – Theoretical and Empirical Challenges. *Public Organization Review*, 11, 407-423. <https://doi.org/10.1007/s11115-010-0141-4>
- Christensen, T., & Laegreid, P. (2017). *Transcending New Public Management*. Taylor & Francis. <https://doi.org/10.4324/9781315235790>
- Coelho, J.A. (2017). *O “brasileiro” António Lopes e o seu hospital*. In Seminário Internacional As Misericórdias e a Saúde: Passado, Presente e Futuro. Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Lanhoso.
- Collins, N., & O’Brien, D. (2020). *The Politics of everyday China*. University of Manchester Press. <https://doi.org/10.7765/9781526153470>
- Constituição da República Portuguesa. (2005). Artigos 63º, 64º, 67º, 69º, 70º, 71º, 72º. <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>
- Compromisso de Cooperação para o Sector Social e Solidário para o biênio 2015-2016. (2014). <https://www.seg-social.pt/documents/10152/453857/Protocolo+de+Cooperação+2015-2016/4fd04477-2532-4dca-9204-b1eb94092f68/4fd04477-2532-4dca-9204-b1eb94092f68>
- Compromisso de Cooperação para o Sector Social e Solidário para o biênio 2017-2018. (2017). http://cnis.pt/wp-content/uploads/2015/09/Protocolo-de-compromisso-2017-2018_3-maio-2017.pdf
- Compromisso de Cooperação para o Sector Social e Solidário para o biênio 2019-2020. (2019). https://www.seg-social.pt/documents/10152/453857/Protocolo_cooperacao_2019_2020.pdf/555fdcce-c89f-4820-aaab-9d2fb8b48b7f
- Compromisso de Cooperação para o Sector Social e Solidário para o biênio 2021-2022. (2021). http://cnis.pt/wp-content/uploads/2021/07/Compromisso_Cooperação_2021_2022.pdf
- Compromisso de Cooperação para o Setor Social e Solidário para o biênio 2023-2024. (2023). http://rotass.cnis.pt/wp-content/uploads/2023/12/Compromisso_Cooperacao_Setor_Social_Solidario_20231207.pdf

- Cooper, W.W., Seiford, L.M., & Tone, K. (2007). *Data Envelopment Analysis - A comprehensive text with models, applications, references and DEA-solver software* (2nd edition). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-45283-8>
- Correia, T. (2011). New Public Management in the Portuguese health sector: a comprehensive reading. *Sociologia On Line*, 2, 573-598. https://revista.aps.pt/wp-content/uploads/2018/02/N2_art-24_Tiago-Correia_visto.pdf
- Coutinho, C. (2015). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. (2a edição). Almedina.
- Czypionka, T., Kraus, M., Mayer, S., & Rohrling, G. (2014). Efficiency, ownership and financing of hospitals: the case of Austria. *Health Care Management Science*, 17(4), 331-347. <https://doi.org/10.1007/s10729-013-9256-9>
- Dalingwater, L. (2014). Post-New Public Management and the reconfiguration of Health Services in England. *Observatoire de la Société Britannique*, 16, 51-64. doi: <https://doi.org/10.4000/osb.1714>
- Debert, G. (2003). *Poder e ética na pesquisa social*. Ciência e Cultura, 3, 30-32.
- Decreto-Lei nº704/74, de 7 de dezembro. Determina várias providências relativas aos hospitais centrais e distritais pertencentes a pessoas colectivas de utilidade pública administrativa. <https://dre.tretas.org/dre/69098/decreto-lei-704-74-de-7-de-dezembro>
- Decreto-Lei nº618/75, de 11 de novembro. Aplica aos hospitais concelhios, pertencentes a pessoas colectivas de utilidade pública administrativa, as disposições do Decreto-Lei 707/74, de 7 de Dezembro. <https://dre.tretas.org/dre/100978/decreto-lei-618-75-de-11-de-novembro>
- Decreto-Lei nº 519-G2/79, de 29 de dezembro. Estabelece o regime jurídico das instituições privadas de solidariedade social. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/519-g2-1979-157007>
- Decreto-Lei nº 489/82 de 28 de dezembro. Determina que as administrações dos hospitais das misericórdias que tenham sido abrangidas pelo disposto no Decreto-Lei n.º 704/74, de 7 de Dezembro, e no Decreto-Lei n.º 618/75, de 11 de Novembro, possam ser devolvidas às instituições suas proprietárias, mediante acordo a celebrar caso a caso. <https://dre.tretas.org/dre/193705/decreto-lei-489-82-de-28-de-dezembro>
- Decreto-Lei nº97/98, de 18 de abril. Estabelece o regime de celebração das convenções a que se refere a base XLI da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto - Lei de Bases da Saúde. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1673&tabela=leis

- Decreto-Lei nº50-A/2007, de 28 de fevereiro. Cria o Hospital do Espírito Santo de Évora, E. P. E., o Centro Hospitalar de Lisboa Central, E. P. E., o Centro Hospitalar de Coimbra, E. P. E., o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E. P. E., o Centro Hospitalar do Médio Ave, E. P. E., o Centro Hospitalar do Alto Ave, E. P. E., e o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E. P. E., e aprova os respectivos Estatutos. <https://dre.tretas.org/dre/207273/decreto-lei-50-A-2007-de-28-de-fevereiro>
- Decreto-Lei nº138/2013, de 9 de Outubro. Define as formas de articulação do Ministério da Saúde e os estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS) com as instituições particulares de solidariedade social, bem como estabelece o regime de devolução às Misericórdias dos hospitais objeto das medidas previstas nos Decretos-Leis nºs 704/74, de 7 de dezembro, e 618/75, de 11 de novembro, atualmente geridos por estabelecimentos ou serviços do SNS. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/138-2013-500051>
- Decreto-Lei n.º 172-A/2014, de 14 de novembro. Procede à quinta alteração ao Decreto-Lei n.º 119/83, de 25 de fevereiro, que aprova o Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/172-a-2014-58900566>
- Decreto-Lei n.º 120/2015, de 30 de junho. Estabelece os princípios orientadores e o enquadramento a que deve obedecer a cooperação entre o Estado e as entidades do setor social e solidário. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/120-2015-67641479>
- Denhardt, R.B., & Catlaw, T.J. (2014). *Theories of Public Organization* (7th Edition). Wadsworth Publishing.
- Denhardt, R.B., & Denhardt, J.V. (2003). The New Public Service: an approach to reform. *International Review of Public Administration*, 8(1), 3-10. <https://doi.org/10.1080/12294659.2003.10805013>
- Denhardt, J.V., & Denhardt, R.B. (2015). *The New Public Service, Serving not Steering* (4th Edition). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315709765>
- Despacho Normativo nº388/80, de 31 de Dezembro. Estabelece as normas reguladoras do regime de apoio financeiro às instituições privadas de solidariedade social por acordos de cooperação. <https://dre.tretas.org/dre/32918/despacho-normativo-388-80-de-31-de-dezembro>
- Despacho Normativo nº12/88, de 12 de março. Aprova as normas reguladoras dos acordos de cooperação entre os centros regionais de segurança social e as instituições particulares de solidariedade social. <https://dre.tretas.org/dre/32231/despacho-normativo-12-88-de-12-de-marco>

- Despacho Normativo nº75/92, de 20 de Maio. Estabelece normas reguladoras de cooperação entre os centros regionais de segurança social e as instituições particulares de solidariedade social. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho-normativo/75-1992-523181>
- Diário de Notícias. (2011). *Hospitais das Misericórdias vão receber 22 milhões de euros para consultas*. <https://www.dn.pt/portugal/hospitais-das-misericordias-recebem-22-me-para-consultas-1817853.html>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020*. Ministério da Saúde. <https://pns.dgs.pt/files/2022/02/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020-1.pdf-1.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. Ministério da Saúde. https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
- Doig, A. (1997). The privatization of the property services agency: risk and vulnerability in contract-related fraud and corruption. *Public Policy and Administration*, 12(3), 6-27. <https://doi.org/10.1177/095207679701200302>
- Duncan, G., & Chapman, J. (2010). New millennium, new public management and the New Zealand model. *Australian Journal of Public Administration*, 69(3), 301-313. [https://www.massey.ac.nz/massey/fms/Colleges/College%20of%20Humanities%20and%20Social%20Sciences/PEP/PDF_documents/Politics/Duncan/ajpa2010%20\(2\).pdf](https://www.massey.ac.nz/massey/fms/Colleges/College%20of%20Humanities%20and%20Social%20Sciences/PEP/PDF_documents/Politics/Duncan/ajpa2010%20(2).pdf)
- Dunleavy, P., Margetts, H., Bastow, S., & Tinkler, J. (2006). New public management is dead - long live digital-era governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 16(3), 467-494. <https://doi.org/10.1093/jopart/mui057>
- Emerson, K., & Nabatchi, T. (2015). *Collaborative Governance Regimes*. Georgetown University Press.
- Emrouznejad, A., & Yang, G. (2018). A survey and analysis of the first 40 years of scholarly literature in DEA: 1978-2016. *Socio-Economic Planning Sciences*, 61, 4-8. <https://doi.org/10.1016/j.seps.2017.01.008>
- Engeström, Y. (2008). *From teams to knots: activity theoretical studies of collaboration and learning at work*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511619847>

- Entidade Reguladora da Saúde. (2008). *Estudo sobre qualidade da cirurgia de ambulatório*. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/75/Microsoft_Word_-_Relatorio_Qualidade_em_Cirurgia_de_Ambulatorio-VFinal.pdf
- Entidade Reguladora da Saúde. (2010). *Protocolo de Cooperação entre o Ministério da Saúde e a União das Misericórdias Portuguesas*. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/346/Protocolo_de_Cooperacao_entre_o_MS_e_a_Uniao_das_Misericordias__2010.pdf
- Entidade Reguladora da Saúde. (2015). *Estudo sobre o desempenho das Unidades Locais de Saúde*. www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1298/Estudo_sobre_o_Desempenho_das_ULS_-_final.pdf
- Entidade Reguladora da Saúde. (2020). *Website da Entidade Reguladora da Saúde*. <https://www.ers.pt/pt/prestadores/perguntas-frequentes/faqs/obrigatoriedade-de-registo-na-ers/>
- European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion. (2018). *A comparative overview of public administration characteristics and performance in EU28*. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2767/13319>
- EUROSTAT. (2001). *Handbook on Price and Volume Measures in National Accounts*. Office for Official Publications of the European Communities. <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5827257/KS-41-01-543-EN.PDF.pdf/10be98a9-083d-446a-a528-682c95914e9f?t=1414780299000>
- Evers, A. (2005). Mixed Welfare Systems and Hybrid Organizations: Changes in the Governance and Provision of Social Services. *International Journal of Public Administration*, 28 (9-10), 737-748. <https://doi.org/10.1081/PAD-200067318>
- Farrell, M.J. (1957). The measurement of productive efficiency. *Journal of the Royal Statistical Society*, 120(3), 253-290. <https://doi.org/10.2307/2343100>
- Feraru, A. (2015). ASEAN decision-making process: before and after the ASEAN charter. *Asian Development Policy Review*, 4, 26-41. <https://doi.org/10.18488/journal.107/2016.4.1/107.1.26.41>
- Ferlie, E., Ashburner, L., Fitzgerald, L., & Pettigrew, A. (1996). *The New Public Management in Action*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198289029.001.0001>

- Ferlie, E., Fitzgerald, L., McGivern, G., Dopson, S., & Bennett, C. (2013). "Reforming" UK health care organizations - from New Public Management to network governance?. In E. Ferlie, L. Fitzgerald, G. McGivern, S. Dopson, & C. Bennett (Eds.), *Making wicked problems governable? The Case of Managed Networks in Health Care*, 5-31. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199603015.003.0002>
- Fernandes, A.C., & Nunes, A.M. (2016). Os Hospitais e a combinação público-privado no Sistema de Saúde Português. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 29(3), 217-223. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/6712/4621>
- Fernandes, S. (2016). *O Hospital e a Botica da Misericórdia de Penafiel, 1600-1850* [Tese de Doutoramento]. Repositório da Universidade do Minho. <https://hdl.handle.net/1822/40782>
- Fernandes, S. (2017, 5 de maio). *Entre caldos de galinha, sangrias e purgas: a assistência hospitalar em Penafiel*. In Seminário Internacional As Misericórdias e a Saúde: Passado, Presente e Futuro. Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Lanhoso.
- Ferreira, D.C., & Marques, R. (2016). Malmquist and Hicks–Moorsteen Productivity Indexes for Clusters Performance Evaluation. *International Journal of Information Technology and Decision Making*, 15(5), 1015-1053. <https://doi.org/10.1142/S0219622016500243>
- Ferreira, D.C. & Marques, R. (2018). Identifying congestion levels, sources and determinants on intensive care units: The Portuguese case. *Health Care Management Science*, 21(3), 348-375. <https://doi.org/10.1007/s10729-016-9387-x>
- Ferreira, D.C., & Nunes, A.M. (2017). Utilização de fronteiras não-paramétricas para avaliação da eficiência técnica: o caso dos hospitais públicos portugueses. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*, 9(3), 316-323. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/883034/doi-1021115_jbesv9n3p316-23.pdf
- Ferreira, D.C., Nunes, A.M., & Marques, R. (2018). Economies of scope in the health sector: The case of Portuguese hospitals. *European Journal of Operational Research*, 266(2), 716-735. <https://doi.org/10.1016/j.ejor.2017.09.044>
- Ferreira, M.A. (2017, 5 de maio). *Novo paradigma da responsabilidade social: as Misericórdias e a saúde*. In Seminário Internacional As Misericórdias e a Saúde: Passado, Presente e Futuro. Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Lanhoso.
- Finer, S. (1997). *The history of Government: Volume I, Monarchies and Empires*. Oxford University Press.

- Flynn, N. (2002). Explaining New Public Management: the importance of context. In K. McLaughlin, S. Osborne, & E. Ferlie (Eds), *New Public Management: Current Trends and Future Prospects* (pp.57-76). Routledge.
- Fonseca, J.P. (2005). *Valentim Ribeiro da Fonseca - nas ondas da vida*. Edição de autor.
- Fontaine, G., & Peters, B.G. (2022). *Handbook of policy design*. Edward Elgar Publishing.
- Forsund, F. (2018). Economic interpretations of DEA. *Socio-Economic Planning Sciences*, 61(C), 9-15.
https://econpapers.repec.org/article/eeesoceps/v_3a61_3ay_3a2018_3ai_3ac_3ap_3a9-15.htm
- Fortin, M.F. (2000). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lusociência.
- France, P.M. (1953). *Discurso de Pierre Mendès France à Assembleia Nacional*.
<https://www2.assemblee-nationale.fr/decouvrir-l-assemblee/histoire/grands-discours-parlementaires/pierre-mendes-france-3-juin-1953>
- Frederickson, G., Smith, K., Larimer, C., & Licari, M. (2016). *The Public Administration Theory Primer* (3rd Edition). Routledge.
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2014). *Um Futuro para a Saúde - Todos temos um papel a desempenhar*.
https://cdn.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/03/PGIS_BrochuraRelatorioCompletoHealthPortugues.pdf
- Goodnow, F. (1900). Politics and Administration. Reprinted. In J. Shafritz, & A. Hyde (Eds.), *Classics of public administration*, 8th edition (pp. 48-50). Cengage Learning.
- Goodolphim, C. (1897). *As Misericórdias*. Imprensa Nacional.
- Governo de Portugal. (2014). A gestão do Programa de Ajustamento - 1000 dias, 450 medidas cumpridas. República Portuguesa.
<https://www.historico.portugal.gov.pt/media/1442137/20140508%20seapm%20gestao%20paef.pdf>
- Governo de Portugal. (2019). Prestar Contas - Execução das Medidas do Programa do XXI Governo. <https://www.prestarcontas.gov.pt/execucao-do-programa/por-area-de-governacao/saude/>

- Governo de Portugal. (2020, 16 de novembro). Acordos com dez Misericórdias permitem mais 80 mil consultas e 13 mil cirurgias. <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc22/comunicacao/noticia?i=acordos-com-dez-misericordias-permitem-mais-80-mil-consultas-e-13-mil-cirurgias>
- Gronroos, C., & Voima, P. (2013). Critical service logic: making sense of value creation and co-creation. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 41(2), 133-150. <https://doi.org/10.1007/s11747-012-0308-3>
- Guillem, D., & Novaes, M. (2010). Ética e Pesquisa Social em Saúde. In S. Fleischer, & P. Schuch (Eds.), *Ética e Regulamentação em Pesquisa Antropológica* (pp. 217-233). Universidade de Brasília.
- Hale, K. (2011). *How information matters: networks and public policy innovation*. Georgetown University Press. <http://www.jstor.org/stable/j.ctt2tt3wj>
- Hall, K. (2005). Science, Globalization, and Educational Governance: The Political Rationalities of the New Managerialism. *Indiana Journal of Global Legal Studies*, 12(1), 153- 182. <https://doi.org/10.2979/gls.2005.12.1.153>.
- Halvorsen, T., Hauknes, J., Miles, I., & Roste, R. (2005). On the difference between Public and Private Sector Innovation. Publin Report, D9. <https://nifu.brage.unit.no/nifu-xmlui/bitstream/handle/11250/226535/d9differences.pdf?sequence=1>
- Hammes, D., & Wills, D. (2005). Black gold: the end of Bretton Woods and the oil-price shocks of the 1970s. *The Independent Review*, IX (4), 501-510. https://www.independent.org/pdf/tir/tir_09_4_2_hammes.pdf
- Harfouche, A. (2010). Opções Políticas em Saúde. Efeitos sobre a Eficiência Hospitalar [Tese de Doutoramento, ISCSP-ULisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/6197>
- Harris, M. (2018). UK Civil Society: Changes and Challenges in the Age of New Public Governance and the Marketized Welfare State. *Nonprof Pol Forum*, 8(4), 351-368. <https://doi.org/10.1515/npf-2017-0017>
- Hartley, J., Sorensen, E., & Torfing, J. (2013). Collaborative Innovation: a viable alternative to market competition and organizational entrepreneurship?. *Public Administration Review*, 73(6), 821-830. <http://www.jstor.org/stable/42003129>
- Hirst, P. (2002). Democracy and Governance. In J. Pierre (Ed.), *Debating Governance, Authority, Steering and Democracy* (pp. 13-35). Oxford University Press.

- Hjarvard, S. (2008). The Mediatization of Society: A Theory of the Media as Agents of Social and Cultural Change. *Nordicom Review*, 29(2), 105-134.
- Hodgkinson, I., Hannibal, C., Keating, B., Buxton, R., & Bateman, N. (2017). Toward a Public Service Management: Past, Present, and Future Directions. *Journal of Service Management*, 28(5), 998-1023. <https://doi.org/10.1108/JOSM-01-2017-0020>
- Hollingsworth, B. (2003). Non-parametric and parametric applications measuring efficiency in health care. *Health Care Management Science*, 6(4), 203-218. <https://doi.org/10.1023/A:1026255523228>
- Hollingsworth, B. (2016). Health system efficiency: measurement and policy. In J. Cylus, I. Papanicolas, & P. Smith (Eds.), *Health system efficiency How to make measurement matter for policy and management* (pp.99-113). European Observatory on Health Systems and Policies.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, 69, 3-19. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x>
- Hood, C., & Dixon, R. (2015). *A Government that worked better and cost less? Evaluating three decades of reform and change in UK central government*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199687022.001.0001>
- Hood, C., & Peters, G. (2004). The middle aging of new public management: into the age of paradox? *Journal of Public Administration Research and Theory*, 14(3), 267-282. <http://www.jstor.org/stable/3525837>
- Hood, C., Heald, D., Himaz, R. (Eds.) (2014). *When the party's over: the politics of fiscal squeeze in perspective*. Oxford University Press. <http://ukcatalogue.oup.com/product/9780197265734.do>
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Website do Instituto Nacional de Estatística*. <https://smi.ine.pt/Conceito?clear=True>
- Jaakkola, E., Helkkula, A., & Aarikka-Stenroos, L. (2015). Understanding and Advancing Service Experience Co-creation. *Journal of Service Management*, 26(2). <https://doi.org/10.1108/JOSM-02-2015-0045>
- Jacobs, R., Smith, P., & Street, A. (2006). *Measuring Efficiency in Health Care: Analytic Techniques and Health Policy*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511617492>

- Jagers, S.C., Harring, N., Lofgren, A., Sjostedt, M., Alpizar, F., Brulde, B., Langlet, D., Nilsson, A., Almroth, B.C., Dupont, S., & Steffen, W. (2020). On the precondition for large-scale collective action. *Ambio*, 49, 1282-1296. <https://doi.org/10.1007/s13280-019-01284-w>
- Jensen, U., Andersen, L., Bro, L., Bollingtoft, A., Eriksen, T., Holten, A., Jacobsen, C., Ladenburg, J., Nielsen, P., Salomonsen, H., Westergaard-Nielsen, N., & Wurtz, A. (2019). Conceptualizing and measuring, transformational and transactional leadership. *Administration & Society*, 51(1), 3-33. <https://doi.org/10.1177/00953997166671>
- Jia, T., & Yuan, H. (2017). The application of DEA (Data Envelopment Analysis) window analysis in the assessment of influence on operational efficiencies after the establishment of branched hospitals. *BMC Health Services Research*, 17(1), 265-273. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2203-6>
- Kanter, R.M. (1994). Collaborative advantage: the art of alliances. *Harvard Business Review*, July-August, 96-108. <https://hbr.org/1994/07/collaborative-advantage-the-art-of-alliances>
- Kengil, B., Gökmen, N., & Tozan, H. (2010). Efficiency measures in the health services with DEA: an overview. *Journal of Naval Science and Engineering*, 6(1), 1-14. <https://arastirmax.com/tr/system/files/dergiler/6625/makaleler/6/1/arastirmax-saglik-hizmetlerinde-vza-ile-etkinlik-olcumu-bir-genel-bakis.pdf>
- Kerstens, K., & Woestyne, I.V. (2014). Comparing Malmquist and Hicks-Moorsteen productivity indices: exploring the impact of unbalanced vs. balanced panel data. *European Journal of Operational Research*, 233(3), 749-758. <https://doi.org/10.1016/j.ejor.2013.09.009>
- Kerstens, K., Hachem, B.A.M., & Woestine, I.V. (2010). *Malmquist and Hicks-Moorsteen productivity indices: an empirical comparison focusing on infeasibilities*. Working Papers 2010/31, Hogeschool-Universiteit Brussel, Faculteit Economie en Management. <https://ideas.repec.org/p/hub/wpecon/201031.html>
- Kettl, D. (2005). *The global public management revolution* (2nd edition). Brookings Institution. <http://www.jstor.org/stable/10.7864/j.ctt1287bbg>
- Kettl, D. (2016). *Escaping jurassic government: how to recover America's lost commitment to competence*. Brookings Institution.
- Kickert, W., & Randma-Liiv, T. (2015). *Europe managing the crisis: The politics of fiscal consolidation*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315722689>

- Klijn, E. (2010). Trust in governance networks: looking for conditions for innovative solutions and outcomes. In S. Osborne, (Ed.), *The New Public Governance: Emerging perspectives on the theory and practice of public governance* (pp. 303-321). Routledge.
- Klijn, E., & Koppenjan, J. (2015). *Managing uncertainties in networks: a network approach to problem solving and decision making*. Routledge.
- Kohl, S., & Brunner, J.O. (2020). Benchmarking the benchmarks - Comparing the accuracy of Data Envelopment Analysis models in constant returns to scale settings. *European Journal of Operational Research*, 285(3), 1042-1057. <https://doi.org/10.1016/j.ejor.2020.02.031>
- Kohl, S., Schoenfelder, J., Fugener, A., & Brunner, J. (2018). The use of Data Envelopment Analysis (DEA) in healthcare with a focus on hospitals. *Health Care Management Science*, 22, 245-286. <https://doi.org/10.1007/s10729-018-9436-8>
- Koliba, C., Meek, J., Zia, A., & Mills, R. (2019). *Governance Networks in Public Administration and Public Policy*. Routledge.
- Koppenjan, J., & Koliba, C. (2013). Transformations towards New Public Governance: can the new paradigm handle complexity? *International Review of Public Administration*, 8(2), 1-8. <https://doi.org/10.1080/12294659.2013.10805249>
- Koppenjan, J., Karré, P., & Termeer, C. (Eds.). (2019). *Smart Hybridity*. Eleven International Publishing.
- Kuhlmann, S., & Wollmann, H. (2019). *Introduction to comparative public administration: Administrative systems and reforms in Europe*. Edward Elgar Publishing.
- Lane, J. (2000). *New Public Management*. Routledge.
- Lee, J. (2008). Preparing performance information in the public sector: an Australian perspective. *Financial Accountability and Management*, 24(2), 117-149. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0408.2008.00449.x>
- Lei nº48/90, de 24 de agosto. Lei de Bases da Saúde. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1668&tabela=leis&so_miolo
- Lei nº27/2002, de 8 de novembro. Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei nº 48/90, de 24 de

Agosto. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1669&tabela=leis&so_miolo=

Lei nº4/2004, de 15 de janeiro. Estabelece os princípios e normas a que deve obedecer a organização da administração directa do Estado. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1561&tabela=leis&so_miolo=

Lei nº4/2007, de 16 de janeiro. Aprova as bases gerais do sistema de segurança social. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2243&tabela=leis

Lei nº30/2013, de 8 de maio. Lei de Bases da Economia Social. <https://dre.tretas.org/dre/309006/lei-30-2013-de-8-de-maio>

Lei nº95/2019, de 4 de setembro. Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108>

Leiter, J. (2013). An Industry Fields Approach to Isomorphism Involving Australian Nonprofit Organizations. *Voluntas*, 24, 1037-1070. <https://doi.org/10.1007/s11266-012-9298-5>

Levy, R. (2010). New public management: end of an era? *Public Policy and Administration*, 25(2), 234-240. <https://doi.org/10.1177/0952076709357152>

Lewis, J.M., McGann, M., & Blomkamp, E. (2020). When design meets power: design thinking, public sector innovation and the politics of policy making. *Policy & Politics*, 48, 111-130. <https://doi.org/10.1332/030557319X15579230420081>

Linneberg, M.S., Schröder, P.J.H., & Nørreklit, H. (2009). On the Governance of Social Science Research: The Replacement of Profession with Performance Contracts. *International Journal of Public Policy*, 4(3), 251-267. <https://doi.org/10.1504/IJPP.2009.023491>

Lister, R. (2001). Towards a Citizens' Welfare State: the 3+2 'R's of Welfare Reform. *Theory, Culture and Society*, 18(2-3), 91-111. <https://doi.org/10.1177/02632760122051805>

Liu, J., Lu, L., Lu, W., & Lin, B. (2012). A survey of DEA applications. *Omega*, 41(5), 893-902. <https://doi.org/10.1016/j.omega.2012.11.004>

- Lobo, M.C. (2014). *As atitudes dos portugueses em relação aos 40 anos do 25 de Abril*. Relatório para a Conferência ICS - Fundação Calouste Gulbenkian. https://oqd.ics.ulisboa.pt/webwp/wp-content/uploads/2017/01/costa_lobo-relatorio_dos_40_anos_do_25_de_abril.pdf
- Lodge, M., & Hood, C. (2012). Into an age of multiple austerities? Public management and public service bargains across OECD countries. *Governance*, 25, 79-101.
- Lodge, M., & Wegrich, K. (2014). *The problem-solving capacity of the Modern State: Governance challenges and Administrative Capacities*. Oxford University Press.
- Loeffler, E. (2015). Governance in a Network Society. In T. Bovaird, & E. Loeffler (Eds.), *Public Management and Governance* (pp. 215-232). Routledge.
- Lopes, M.A. (2013). Os socorros públicos em Portugal, primeiras manifestações de um Estado-Providência (séculos XVI-XIX). *Estudos do século XX*, 13, 257-280. <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/25022/1/Socorros%20publicos%20em%20Portugal%2C%20sec%2016-19Lopes.M.A.Lopes.pdf>
- Lovell, C. A. K., Rouse, A. P. B. (2003). Equivalent standard DES models to provide super-efficiency scores. *Journal of the Operational Research Society*, 54(1), 101-108. <https://doi.org/10.1057/palgrave.jors.2601483>
- Lund, C. (2007). *Twilight institutions: Public authority and local politics in Africa*. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7660.2006.00497.x>
- Madureira, C. (2020). A reforma da administração pública e a evolução do estado-providência em Portugal: história recente. *Ler História*, 76, 179-202. <http://journals.openedition.org/lerhistoria/6408>
- Malmlose, M. (2009). *New Public Management in Health Care: its effects and implications* [PhD dissertation, Aarhus School of Business]. University of Aarhus. https://www.researchgate.net/publication/237773251_New_Public_Management_in_Health_Care
- Mankiw, N. G. (2022). *Macroeconomics* (11th edition). Worth Publishers.
- Mascio, F., Natalini, A., & Cacciato, F. (2020). Public Administration and creeping crises: insights from COVID-19 pandemic in Italy. *The American Review of Public Administration*, 50(6-7), 621-627. <https://doi.org/10.1177/0275074020941735>

- Memorando de Entendimento entre o MTSSS e o Setor Social e Solidário 2023-2024. (2023). http://cnis.pt/wp-content/uploads/2023/12/Memorando_Entendimento_Setor-Social-e-Solidario_2023_2024.pdf
- Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica. (2011). https://www.bportugal.pt/sites/default/files/anexosmou_pt.pdf
- Ministério da Saúde. (2014a). Acordo de Cooperação Hospital São José - Fafe. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/09/AC-Hosp_Sao_Jose_Fafe-2015.pdf
- Ministério da Saúde. (2014b). Acordo de Cooperação Hospital José Luciano de Castro - Anadia. https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Acordo_Anadia.pdf
- Ministério da Saúde. (2014c). Acordo de Cooperação Hospital São Paulo - Serpa. <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/utentes/cuidadossaude/AcordosConvencoes/Documents/Acordo%20de%20Cooperação%20para%20a%20Prestação%20de%20Cuidados%20no%20Hospital%20de%20São%20Paulo%20-%20Serpa.pdf>
- Ministério da Saúde. (2017). Adenda ao Acordo de Cooperação para prestação de cuidados no Hospital de São Paulo - Serpa. <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/utentes/cuidadossaude/AcordosConvencoes/Documents/Adenda%20ao%20Acordo%20de%20Cooperação%20para%20a%20Prestação%20de%20Cuidados%20no%20Hospital%20de%20São%20Paulo%20-Serpa.pdf>
- Ministério da Saúde (2020). Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas (2019). https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio_Anual_Acesso_2019.pdf
- Mizobuchi, H. (2017). A superlative index number formula for the Hicks-Moorsteen productivity index. *Journal of Productivity Analysis*, 48, 167-178. <https://doi.org/10.1007/s11123-017-0514-6>
- Mkandawire, T. (2007). Good Governance: the itinerary of an idea. *Development in practice*, 17, 679-681. <https://doi.org/10.1080/09614520701469997>
- Monteiro, M.H. (2010). A adopção da eHealth nos Hospitais Públicos em Portugal 1996-2007. [Tese de Doutoramento, ISCSP-ULisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/3861>

- Monteiro, M.H., Pinto, R.R., Carvalho, E., Morais, F., & Meirinho, M. (2015). *Saúde e Governança em Portugal: avaliação do contributo do XIX Governo Constitucional para o fortalecimento de práticas de Boa Governança na área da Saúde (2011-2015)*. Secretaria-Geral do Ministério da Saúde.
- Morais, F.R., & Santos, J.B. (2015). Refinando os conceitos de cocriação e coprodução: resultados de uma crítica da literatura. *Economia & Gestão*, 15(40), 224-250. https://eaesp.fgv.br/sites/eaesp.fgv.br/files/pesquisa-eaesp-files/arquivos/bonomi_-_refinando-os-conceitos-de-cocr_37997_1.pdf
- Morales, F., Wittek, R., & Heyse, L. (2012). After the reform: change in dutch public and private organizations. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 23(3), 735-754. <https://doi.org/10.1093/jopart/mus006>
- Morgan, D. (1993). Qualitative content analysis: a guide to paths not taken. *Qualitative Health Research*, 3(1). <https://doi.org/10.1177/104973239300300107>
- Morgan, D., & Cook, B. (2015). *New Public Governance: a regime-centered perspective*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315702100>
- Mozzicafreddo, J. (2002). Responsabilidade e cidadania na administração pública. *Sociologia Problemas e Práticas*, 40, 9-22. <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/333>
- Myers, J., & MacDonald, M. (2014). Reciprocal Relationships: The Role of Government and the Social Economy in the Co-Construction of Social Policy in Atlantic Canada. *Canadian Public Policy*, 40(1): S17–S25. <https://doi.org/10.3138/cpp.2011-065>
- Mulgan, R. (2007). Truth in Government and the Politicization of Public Service Advice. *Public Administration*, 85(3), 569-86. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2007.00663.x>
- Murray, R. (1998). Productivity as a tool for evaluation of public management reform, paper presented to the European Evaluation Society Conference, Rome, 29-31 October.
- Nedelea, I., & Fannin, J. (2017). Testing for cost efficiency differences between two groups of rural hospitals. *International Journal of Healthcare Management*, 10(1), 57-65. <https://doi.org/10.1080/20479700.2016.1259146>
- Neves, M.S. (2011). O papel atual do setor social na Saúde. Alguns aspetos da História das Misericórdias, o seu presente e perspectivas futuras. *Revista Portuguesa de Gestão e Saúde*, 4, 12-15. <http://spgsaude.pt/website/wp-content/uploads/2011/06/12-15-Miguel-Sousa-Neves-v2.pdf>

- Newman, J. (2000). Beyond the New Public Management? Modernizing Public Services. In J. Clarke, S. Gewirtz, & E. McLaughlin (Eds.), *New managerialism, New Welfare* (pp.45- 62). Open University Press.
- Nicholls, A., Simon, J., & Gabriel, M. (2015). *New Frontiers in Social Innovation Research*. Palgrave Macmillan.
<https://library.oapen.org/bitstream/handle/20.500.12657/27885/1002117.pdf?sequence=1>
- Nishimizu, M., & Page, J. (1982). Total Factor Productivity Growth, Technological Progress and Technical Efficiency Change: dimensions of Productivity change in Yugoslavia, 1965-78. *The Economic Journal*, 92(368), 920-936. <https://doi.org/10.2307/2232675>
- Nowell, G. (2009). Public vs private managers: a new perspective. *Journal of Business & Economics Research*, 7(3), 1-5. <https://doi.org/10.19030/jber.v7i3.2264>
- Nunes, A.M. (2016). Reformas na gestão hospitalar: análise dos efeitos da empresarialização. [Tese de Doutoramento, ISCSP-ULisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/12070/1/Tese%20na%20Integra_%20Alexandre%20Nunes_%20ISCSP%202016.pdf
- Nunes, A.M. (2017). Quatorze anos de empresarialização em Portugal. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 6(2), 154-62. <https://doi.org/10.5585/rgss.v6i2.283>
- Nunes, A.M. (2021). *Introdução à Política de Saúde*. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Nunes, A.M., & Ferreira, D.C. (2022). A Critical Analysis of Decentralizing the Portuguese Public Healthcare Provision Services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20), 13390. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013390>
- Nunes, A.M., & Harfouche, A. (2015). A reforma da administração pública ao sistema de saúde: a experiência portuguesa. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 4(2), 1-8. <https://doi.org/10.5585/rgss.v4i2.145>
- Nyssens, M., Adam, S., & Johnson, T. (2006). *Social Enterprise: At the Crossroads of Market. Public Policies and Civil Society*. Routledge.
- Observador. (2019, 24 de julho). *Hospital de Serpa vai ter unidade médico-cirúrgica num investimento de 3,7 milhões*. <https://observador.pt/2019/07/24/hospital-de-serpa-vai-ter-unidade-medico-cirurgica-num-investimento-de-37-milhoes/>

- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2022). *E agora? - Relatório de Primavera 2022*. <https://www.opssaude.pt/wp-content/uploads/2022/06/RELATORIOPRIMAVERA-2022.pdf>
- O'Donnell, C.J. (2012). Nonparametric estimates of the components of productivity and profitability change in U.S. agriculture. *American Journal of Agricultural Economics*, 94(4), 873-890. <https://doi.org/10.1093/ajae/aas023>
- Olesen, O.B., & Petersen, N.C. (2016). Stochastic Data Envelopment Analysis - A review. *European Journal of Operational Research*, 251(1), 2-21. <https://doi.org/10.1016/j.ejor.2015.07.058>
- Ongaro, E. (2009). *Public management reform and modernization: trajectories of administrative change in Italy, France, Greece, Portugal and Spain*. Edward Elgar Publishing.
- Organization for Economic Cooperation and Development. (2015a). *Government at a glance 2015*. OECD Publishing. https://www.oecd-ilibrary.org/governance/government-at-a-glance-2015_gov_glance-2015-en
- Organization for Economic Cooperation and Development. (2015b). *OECD Reviews of Health Care Quality - Portugal 2015: Raising Standards*. OECD Publishing.
- Organization for Economic Cooperation and Development. (2019). *Government at a glance*. https://www.oecd-ilibrary.org/governance/government-at-a-glance-2019_8ccf5c38-en
- Osborne, S.P. (2006). The New Public Governance? *Public Management Review*, 8(3), 377-387. <https://doi.org/10.1080/14719030600853022>
- Osborne, S.P. (Ed.). (2010). *The New Public Governance: Emerging Perspectives on the Theory and Practice of Public Governance*. Routledge.
- Osborne, S.P., & Strokosch, K. (2013). It takes two to Tango? Understanding the Co-production of Public Services by integrating the Services Management and Public Administration Perspectives. *British Journal of Management*, 24, S31-S47. <https://doi.org/10.1111/1467-8551.12010>
- Osborne, S.P., Chew, C., & McLaughlin, K. (2008). The Once and Future Pioneers? The Innovative Capacity of Voluntary Organizations and the Provision of Public Services: A Longitudinal Approach. *Public Management Review*, 10(1), 51-70. <https://doi.org/10.1080/14719030701763187>

- Osborne, S.P., Radnor, Z., & Nasi, G. (2013). A New Theory for Public Service Management? Toward a (Public) Service-Dominant Approach. *American Review of Public Administration*, 43(2), 135-158. <https://doi.org/10.1177/0275074012466935>
- Osborne, S.P., Radnor, Z., & Strokosch, K. (2016). Co-production and the Co-creation of Value in Public Services: A suitable case for treatment? *Public Management Review*, 18(5), 639-653. <https://doi.org/10.1080/14719037.2015.1111927>
- Osborne, S.P., Radnor, Z., Kinder, T., & Vidal, I. (2015). The SERVICE Framework: A Public-service-dominant Approach to Sustainable Public Services. *British Journal of Management*, 26(3), 424-438. <https://doi.org/10.1111/1467-8551.12094>
- Ostrom, E. (1990). *Governing the Commons: the evolution of Institutions of Collective Action*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511807763>
- Oomsels, P. (2016). *Administrational trust: an empirical examination of inter-organizational trust and distrust in the Flemish administration*. [Phd thesis, Khatolieke Universiteit - Leuven Faculty of Social Sciences]. https://www.researchgate.net/publication/299393578_Administrational_Trust_An_empirical_examination_of_interorganisational_trust_and_distrust_in_the_Flemish_administration
- Ozcan, Y., & Khushalani, J. (2017). Assessing efficiency of public health and medical care provision in OECD countries after a decade of reform. *Central European Journal of Operations Research*, 25(2), 325-343. <https://doi.org/10.1007/s10100-016-0440-0>
- Pacto de Cooperação para a Solidariedade Social. (1996). <http://cnis.pt/wp-content/uploads/2016/05/Pacto-de-Cooperação-Pª-Solidariedade-Social.pdf>
- Page, S. (2005). What's new about the New Public Management? Administrative change in the human services. *Public Administration Review*, 65(6), 713-727. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2005.00500.x>
- Partido Comunista Português. (2015). Projeto de Lei 84/XIII/1ª - Reversão do Hospital de S. Paulo, em Serpa, para o Ministério da Saúde.
- Pawlas, A. (2015). Did Calvin have a better understanding of modern Economics as Luther? Max Weber's Ideas to the Test. *Research in World Economy*, 6(1), 36-57. <https://doi.org/10.5430/rwe.v6n1p36>
- Pereira, M.A., Ferreira, D.C., Figueira, J.R., & Marques, R.C. (2021). Measuring the efficiency of the Portuguese public hospitals: A value modelled network data

envelopment analysis with simulation. *Expert Systems with Applications*, 181. <https://doi.org/10.1016/j.eswa.2021.115169>

Pestoff, V., & Brandsen, T. (2010). Public Governance and the Third Sector: Opportunities for Co-Production and Innovation? In S.P. Osborne (Ed.), *The New Public Governance? Emerging Perspectives on the Theory and Practice of Public Governance* (pp. 223-236). Routledge.

Peters, G. (2001). *The Future of Governing* (2nd edition, revised). University Press of Kansas.

Peters, G. (2018). *Policy problems and Policy design*. Edward Elgar Publishing.

Peters, G. (2021). *Administrative traditions: understanding the roots of contemporary administrative behavior*. Oxford University Press.

Peters, G., & Pierre J. (1998). Governance without Government? Rethinking Public Administration. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 8(2), 223-243. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.jpart.a024379>

Peters, G., Pierre, J., Sorensen, E., & Torfing, J. (2022). *A research agenda for Governance*. Edward Elgar Publishing.

Petrella, F., Simsa, R., Pape, U., Pahl, J.B., Brandsen, T., Richez-Battesti, N., & Zimmer, A. (2022). Dealing With Paradoxes, Manufacturing Governance: Organizational Change in European Third-Sector Organizations. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 51(2), 237-259. <https://doi.org/10.1177/08997640211005849>

Pierre, J., & Peters, G. (2016). *Comparative Governance: rediscovering the functional dimensions of Governing*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781316681725>

Pinto, R.R., Monteiro, M.H., Meirinho, M., & Carvalho, E.R. (2021). Qualidade da Governança da Saúde em Portugal: uma avaliação ao período de intervenção da Troika. *Ciência e Saúde Coletiva*, 26(6), 2225-2241. <https://www.scielo.br/j/csc/a/vjVRvz8bvkVhxNMswfqrc4m/?format=pdf&lang=pt>

Pollitt, C. (2003). *The essential public manager*. Open University Press.

Pollitt, C., Harrison, S., Dowswell, G., Jerak-Zuiderent, S., & Bal, R. (2010). Performance regimes in healthcare: institutions, critical junctures and the logic of escalation in England and the Netherlands. *Evaluation*, 16(1), 13-29. <https://doi.org/10.1177/1356389009350026>

- Pollitt, C. (2016a). Managerialism redux?. *Financial Accountability & Management*, 32(4), 429-447. <https://doi.org/10.1111/faam.12094>
- Pollitt, C. (2016b). Be prepared? An outside-in perspective on the future public sector in Europe. *Public Policy and Administration*, 31(1), 3-28. <https://doi.org/10.1177/0952076715590696>
- Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2017). *Public management reform: a comparative analysis - Into the age of austerity*. Oxford University Press.
- Pollitt, C., & Dan, S. (2011). The impacts of the New Public Management in Europe - A meta-analysis. *Coordinating for Cohesion in the Public Sector of the Future Research Project*. European Commission's 7th Framework Programme.
- Portal do Serviço Nacional de Saúde. (2020). Hospital de São Paulo-Serpa. <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/hospital-jose-hospital-s-paulo-serpa/>
- Portaria nº196-A/2015, de 1 de julho. Define os critérios, regras e formas em que assenta o modelo específico da cooperação estabelecida entre o Instituto da Segurança Social, I. P. (ISS, I. P.) e as instituições particulares de solidariedade social ou legalmente equiparadas. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/196-a-2015-67666075>
- Portaria nº153/2017, de 4 de maio. Define os Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) no Serviço Nacional de Saúde para todo o tipo de prestações de saúde sem carácter de urgência e aprova e publica a Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/153-2017-106970981>
- Protocolo de Cooperação para o Sector Social e Solidário para o biénio 2011-2012. (2012). https://www.seg-social.pt/documents/10152/453857/Protocolo_confederacao.pdf/dc57123a-76a7-43f3-8c3b-9016522cc094/dc57123a-76a7-43f3-8c3b-9016522cc094
- Protocolo de Cooperação entre o Ministério da Solidariedade e da Segurança Social e a União das Misericórdias Portuguesas, a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade e a União das Mutualidades Portuguesas 2013-2014. (2012). https://www.seg-social.pt/documents/10152/453857/Protocolo+MSSS_União_Misericórdia_Port_Conf ed_Nac_IPS_União_Mutualista_Port/36eac5ae-921c-43ca-af65-581360e0bd39/36eac5ae-921c-43ca-af65-581360e0bd39
- Público. (2015, 1 de agosto). *Misericórdias vão receber 125 milhões de euros para consultas e cirurgias*. <https://www.publico.pt/2015/08/01/sociedade/noticia/misericordias-vaoreceber-125-milhoes-de-euros-para-consultas-e-cirurgias-1703784>

- Raab, J., Mannak, R., & Cambré, B. (2013). Combining Structure, Governance, and Context: A configurational Approach to Network Effectiveness. *Journal of Public Administration Research Theory*, 25(2), 479-511. <https://doi.org/10.1093/jopart/mut039>
- Radnor, Z. (2010). Review of Business Process Improvement Methodologies in Public Services. Advanced Institute of Management Research. https://www.researchgate.net/profile/Zoe-Radnor/publication/266868980_Review_of_Business_Process_Improvement_Methodologies_in_Public_Services/links/54e274930cf2966637969c7e/Review-of-Business-Process-Improvement-Methodologies-in-Public-Services.pdf
- Radnor, Z., & Noke, H. (2013). Conceptualising and Contextualising Public Sector Operations Management. *Production, Planning & Control*, 24(10-11), 867-876. <https://doi.org/10.1080/09537287.2012.666884>
- Radnor, Z., Osborne, S., Kinder, T., & Mutton, J. (2014). Operationalizing Co-Production in Public Services Delivery: The Contribution of Service Blueprinting. *Public Management Review*, 16(3), 402-423. <https://doi.org/10.1080/14719037.2013.848923>
- Reed, M. (2005). Beyond the iron cage? Bureaucracy and democracy in the knowledge economy and society. In P. Gay (Ed.), *The values of Bureaucracy* (pp.115-140). Oxford University Press.
- República Portuguesa. (2011). Programa do XIX Governo Constitucional. <https://www.parlamento.pt/Documents/prg-XII-1.pdf>
- República Portuguesa. (2011). Programa de Emergência Social. <https://www.historico.portugal.gov.pt/pt/o-governo/arquivo-historico/governos-constitucionais/gc19/os-ministerios/msss/documentos-oficiais/20110805-programa-emergencia-social.aspx>
- República Portuguesa. (2015). Programa do XX Governo Constitucional. <https://www.historico.portugal.gov.pt/media/18167052/20151106-programa-governo.pdf>
- República Portuguesa. (2015). Programa do XXI Governo Constitucional. <https://www.portugal.gov.pt/ficheiros-geral/programa-do-governo-pdf.aspx>
- República Portuguesa. (2019). Programa do XXII Governo Constitucional. <https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=%3d%3dBAAAAB%2bLCAAAAAAABACzsDA1AQB5jSa9BAAAAA%3d%3d>

- República Portuguesa. (2022). Programa do XXIII Governo Constitucional. <https://www.portugal.gov.pt/gc23/programa-do-governo-xviii/programa-do-governo-xviii-pdf.aspx?v=«mlkvi»=54f1146c-05ee-4f3a-be5c-b10f524d8cec>
- República Portuguesa. (2024). Programa do XXIV Governo Constitucional. <https://www.portugal.gov.pt/gc24/programa-do-xxiv-governo-pdf.aspx>
- Rhodes, R. (2015). Recovering the Craft of Public Administration. *Public Administration Review*, 76(4), 638-647. <https://doi.org/10.1111/puar.12504>
- Roberts, A. (2014). *Large forces: what's missing in public administration*. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2424260>
- Roberts, A. (2020). The third and fatal shock: how pandemic killed the millennial paradigm. *Public Administration Review*, 80(4), 603-609. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7272868/>
- Rodrigues, A.P. (2013). Da assistência aos pobres aos cuidados de saúde primários em Portugal: o papel da enfermagem: 1926-2002 [Tese de Doutoramento, Universidade Nova de Lisboa]. Repositório da Universidade Nova. <https://run.unl.pt/handle/10362/10616>
- RTP. (2014, 22 de abril). *Website da RTP*. https://www.rtp.pt/noticias/politica/sondagem-atribui-a-cavaco-e-socrates-os-papeis-mais-negativos-do-pos-25-de-abril_n732245
- Sá, I.G., & Lopes, M.A. (2008). *História breve das Misericórdias Portuguesas 1498-2000*. Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Salamon, L., & Toepler, S. (2015). Government-Nonprofit Cooperation: Anomaly or Necessity?. *Voluntas*, 26 (6), 2155-2177. <https://doi.org/10.1007/s11266-015-9651-6>
- Sampieri, R., Collado, C., & Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6a edición) McGraw-Hill.
- Santa Casa da Misericórdia de Anadia. (2021). *Website do Hospital de Anadia*. <https://www.hospitalanadia.pt/>
- Santa Casa da Misericórdia de Barcelos. (2023). *Instituição - Enquadramento histórico*. <https://www.misericordiabarcelos.org/instituicao/historia/>

- Santa Casa da Misericórdia de Fafe. (2021a). *Website da Santa Casa da Misericórdia de Fafe*. <http://www.scmfaf.pt>
- Santa Casa da Misericórdia de Fafe. (2021b). *Website do Hospital de São José*. <http://hsj.scmfaf.pt/contextualizacao-historica/>
- Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. (2022, 12 de outubro). *Website da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa*. <https://scml.pt/sobre-nos/historia/>
- Santa Casa da Misericórdia de Serpa. (2015). *Comunicado da Mesa Administrativa*. https://www.scmserpa.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=40:comunicado&catid=17&Itemid=182
- Santa Casa da Misericórdia de Serpa. (2021). *Website da Santa Casa da Misericórdia de Serpa*. https://www.scmserpa.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=236
- Santa Casa da Misericórdia de Torres Vedras. (2010). *Uma breve história das Misericórdias*. Blogue da SCMTV. <https://scmtorresvedras.blogs.sapo.pt/3294.html>
- Schreyer, P., Gallais, A., Hopkins, S., Koechlin, F., Lorenzoni, L., & Varjonen, S. (2010). Towards measuring the volume output of education and health services. OECD Statistics Directorate Working Papers, nº 31/2010. OECD. [https://one.oecd.org/document/STD/DOC\(2010\)2/en/pdf](https://one.oecd.org/document/STD/DOC(2010)2/en/pdf)
- Serviço Nacional de Saúde. (2021). *Hospital José Luciano de Castro da Misericórdia de Anadia*. <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/hospital-luciano-de-castro-anadia/>
- Serviço Nacional de Saúde. (2021). *Hospital de São Paulo - Serpa*. <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/hospital-jose-hospital-s-paulo-serpa>
- Sickles, R.C., & Zelenyuk, V. (2019). *Measurement of Productivity and Efficiency -theory and practice*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781139565981>
- Simões, P., & Marques, R.C. (2011). Performance and congestion analysis of the Portuguese hospital services. *Central European Journal of Operation Research*, 19(1), 39-63.
- Simonet, D. (2008). The New Public Management Theory and European Health-Care Reforms. *Canadian Public Administration*, 51(4), 617-635. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1754-7121.2008.00044.x>

- Simonet, D. (2013). The New Public Management Theory in the British Health Care System: A Critical Review. *Administration and Society*, 47(7). <https://doi.org/10.1177/0095399713485001>
- Simonet, D. (2014). Assessment of new public management in health care: the French case. *Health Research Policy and Systems*, 12(57). <https://doi.org/10.1186/1478-4505-12-57>
- Smith, S. (2018). The Future of Nonprofit Human Services. *Nonprofit Policy Forum*, 8(4), 369-389. <https://doi.org/10.1515/npf-2017-0019>
- Sorensen, E., & Torfing, J. (2015). Enhancing Public Innovation through collaboration, leadership and New Public Governance. In A. Nicholls, J. Simon, & M. Gabriel (Eds.), *New Frontiers in social innovation research*. Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1057/9781137506801_8
- Sorensen, E., & Torfing, J. (2018). Co-initiation of collaborative innovation in the Public Sector. *Urban Affairs Review*, 54(2), 388-418. <https://doi.org/10.1177/1078087416651936>
- Sorensen, E., & Triantafyllou, P. (2009). *The Politics of Self-governance*. Routledge.
- Sorensen, E. (2020). *Interactive political leadership: the role of politicians in the age of governance*. Oxford University Press.
- Steen, T., & Brandsen, T (2020). Coproduction during and after the COVID-19 pandemic: will it last? *Public Administration Review*, 80(5), 851-855. <https://doi.org/10.1111/puar.13258>
- Talbot, C., & Johnson, C. (2007). Seasonal cycles in public management: disaggregation and re-aggregation. *Public Money and Management*, 27(1), 53-60. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9302.2007.00555.x>
- Tone, K. (2002). A slacks-based measure of super-efficiency in data envelopment analysis. *European Journal of Operational Research*, 143(1), 32-41. [https://doi.org/10.1016/S0377-2217\(01\)00324-1](https://doi.org/10.1016/S0377-2217(01)00324-1)
- Torfing, J. (2016). *Collaborative Innovation in the Public Sector*. Georgetown University Press. <http://www.jstor.org/stable/j.ctt1h64pfm>
- Torfing, J. (2019). Collaborative innovation in the Public Sector: the argument. *Public Management Review*, 21(1), 1-11. <https://doi.org/10.1080/14719037.2018.1430248>

- Torfig, J., & Triantafillou, P. (2013). What's in a name? Grasping New Public Governance as a political-administrative system. *International Review of Public Administration*, 18(2), 9-25. <https://doi.org/10.1080/12294659.2013.10805250>
- Torfig, J., Peters, B., Pierre, J., & Sorensen, E. (2019). *Interactive Governance: advancing the paradigm* (2nd Ed.). Oxford University Press.
- Torfig, J., Andersen, L.B., Greve, C., & Klausen, K. (2020). *Public Governance Paradigms: competing and co-existing*. Edward Elgar Publishing. <https://doi.org/10.4337/9781788971225>
- Toshkov, D., Carroll, B., & Yesilkagit, K. (2022). Government capacity, Societal trust or Party preferences? What accounts for the variety of national policy responses to the COVID-19 Pandemic in Europe?. *Journal of European Public Policy*, 29(7), 1009-1028. <https://doi.org/10.1080/13501763.2021.1928270>
- Tribunal de Contas. (2006). Relatório global de avaliação do modelo de gestão dos hospitais do SEE - Período 2001-2004. Relatório nº 20.
- União das Misericórdias Portuguesas. (2019). *Website da União das Misericórdias Portuguesas*. <https://www.ump.pt/Home/saude/saiba-mais/>
- União das Misericórdias Portuguesas. (2020). “Colaboração imprescindível” entre Estado e Misericórdias. <https://www.ump.pt/Home/saude/noticias/hospitais-colaboracao-imprescindivel-entre-estado-e-misericordias/>
- União das Misericórdias Portuguesas. (2023a). *Bata Branca* - “Dar provas na área dos cuidados de saúde primários”. <https://www.ump.pt/Home/saude/noticias/dar-provas-na-area-dos-cuidados-de-saude-primarios/>
- União das Misericórdias Portuguesas. (2023b). *Misericórdias - Apresentação*. Website da UMP. <https://www.ump.pt/Home/misericordias/apresentacao/>
- United Nations Development Programme Global Centre for Public Service Excellence. (2015). *From Old Public Administration to the New Public Service Implications for Public Sector Reform in Developing Countries*. https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/publications/PS-Reform_Paper.pdf
- United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. (2009). *What is good governance?* <https://www.unescap.org/sites/default/files/good-governance.pdf>

- Van Dooren, W., Bouckaert, G., & Halligan, J. (2015). Performance management in the public sector. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315817590>
- Vasquez, C. (2012). *Eficiência e produtividade no ensino superior público*. [Tese de Doutorado, ISCSP-ULisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/6183/1/TESE%20-%20Eficiência%20e%20Produtividade%20no%20Ensino%20Superior%20Público.pdf>
- Verleye, K., Jaakkola, E., Hodgkinson, I., Jun, G., Odekerken-Schroder, G., & Quist, J. (2017). What causes imbalances in complex services networks? Evidence from a Public Health Service. *Journal of Service Management*, 28(1), 34-56. <https://doi.org/10.1108/JOSM-03-2016-0077>
- Voorberg, W., Bekker, V., & Tummers, L. (2015). A Systematic Review of Co-Creation and Co-Production: Embarking on the social innovation journey. *Public Management Review*, 17(9), 1333-1357. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14719037.2014.930505>
- Walsh, K. (1995). Competition and Public Service Delivery. In J. Stewart, & G. Stoker (Eds.), *Local Government in the 1990s* (pp. 28-48). MacMillan. https://doi.org/10.1007/978-1-349-23815-6_3
- Walshe, K. (2011). Managing Performance. In K. Walshe, & J. Smith (Eds), *Healthcare Management*, 2nd Edition (pp. 515-535). Berkshire: Open University Press.
- Weber, M. (1922). Bureaucracy. Reprinted in J. Shafritz, & A. Hyde (Eds.), *Classics of public administration*, 8th edition (pp. 63-67). Cengage Learning.
- White, A., & Dunleavy, P. (2010). *Making and breaking Whitehall departments: a guide to machinery of government changes*. London School of Economics.
- Wilson, W. (1887). The study of public administration. *Political Science Quarterly*, 2(2), 197-222. <https://www.jstor.org/stable/2139277>
- World Health Organization. (2012). *Governance for Health in the 21st century*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326429/9789289002745-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization. (2020). *Implementing a Health 2020 vision: Governance for Health in the 21st century*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326390/9789289000437-eng.pdf?sequence=1>

Yin, R.K. (2014). *Case study research: Design and methods* (5th Ed.). Sage.

APÊNDICE

Entrevistas

Entrevista 1

NR

No seu entendimento, como evoluiu a relação entre o Estado e as Misericórdias no setor da saúde em Portugal ao longo do período democrático?

E1

Evoluiu com altos e baixos, não evoluiu de uma maneira constante nem crescente, muito condicionada não tanto pelo partido que estava no poder, mas, sobretudo, pela posição que a equipa governamental que estava na saúde tinha sobre a participação de outros parceiros que não o próprio Estado.

A verdade é que a evolução positiva, ou inevitável, que se tem verificado no sentido de haver outros *players* na saúde que não o próprio Estado tem, neste conjunto, vindo a forçar uma abertura do Estado, na prática mais até do que na lei, porque a nova lei de bases de saúde é muito condicionante nessa matéria. Mas, na prática, o próprio Covid deu um empurrão nessa matéria, quando ficou evidente que os hospitais públicos não conseguiam resolver o problema. E hoje, no pós-Covid, com as listas de espera e as consultas em atraso que há. É, portanto, aquilo que é: há a necessidade de outros *players*, sobretudo os privados e os sociais. E neste quadro o social tem emergido, de alguma maneira, como um parceiro bem-vindo para o Estado e a condicionar a evolução.

NR

No seu entendimento, quais os principais pontos fortes/fracos associados aos acordos de gestão estabelecidos entre o Estado e as Misericórdias, no que se refere ao cumprimento dos objetivos das políticas de saúde na área hospitalar, desde 1974?

E1

No princípio foi uma desordem completa. Houve uma desordem e houve a tal ideia de que o Estado iria ser o Serviço Nacional de Saúde, sobretudo a partir do momento em que o Dr. Arnaut o concretizou.

Mas houve logo aí uma confusão, e é evidente do meu ponto de vista, entre o que era o Serviço e entre o que era o Sistema. E entre o que era serviço público e o que é o serviço nacional. O serviço nacional é o que está na Constituição. É o serviço que o Estado assume que deve pagar ou co-pagar aos cidadãos para que se cumpram as políticas nacionais de saúde.

O serviço público é o Estado pagador-prestador. Mas do meu ponto de vista também faz parte do serviço nacional o Estado pagador e não só o Estado prestador. E por razões ideológicas de quem queria reduzir o Serviço Nacional de Saúde ao serviço Público de saúde, este percurso marcou aqui primeiro uma fase de grande intensidade no sentido do tal esbulho dos Hospitais aprovado em 1974 e depois as pequenas pontas que ficaram por fechar e que nós, na União das Misericórdias, devagarinho, fomos pegando nessas pontas e começamos a tecer uma teia que permitisse ligar as pontas. Quer nos mandatos do Dr. Melícias, quer nos meus mandatos, coube-me a mim fazer isto e hoje chegamos aqui, onde somos, penso eu, um *player* inevitável na área da saúde. É evidente do ponto de vista dos agudos, depois foi muito claro com a Rede Nacional de Cuidados Continuados e hoje começa a ser cada vez mais claro com soluções da área dos cuidados de saúde primários, de que, por exemplo, as “batas brancas” são o maior exemplo.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974/1975, como qualifica os resultados alcançados, na perspetiva das poupanças esperadas pelo Estado? E na perspetiva das Misericórdias?

E1

Nós hoje temos dois tipos de hospitais nas Misericórdias: aqueles que emergiram da vontade das comunidades e também das tais “pontas soltas” que falei ainda há pouco, como o caso de Riba de Ave, do Marco de Canaveses, Fão. Os que se foram construindo, como o caso de Vila Verde, Póvoa de Lanhoso, Felgueiras, sobretudo na região Norte.

E depois, finalmente, os hospitais devolvidos sobre os quais a sua pergunta incide mais. Esses hospitais começaram bem. Sobretudo Anadia e Fafe hoje estão implantados na Comunidade com sucesso. Serpa foi mais complexo por causa de um conjunto de situações muito específicas da região e da própria situação do hospital. O Bloco estava encostado ao plano da muralha, isso obrigou a construir um Bloco Operatório fora. Um conjunto de circunstâncias muito confusas e anómalas. Mas eu diria que o resultado é muito positivo e que se não fosse a “geringonça”, deixe-me dizer assim, nós estaríamos muito mais à frente, com muito mais hospitais devolvidos, com evidentes benefícios para o SNS e para as pessoas que são a sua razão de ser.

Do ponto de vista das Misericórdias também acho que foi muito bom porque elas passaram a ter resultados positivos, nomeadamente Anadia, que foi o primeiro caso. A especificidade da saúde, como resulta até do seu estudo, é muito própria, quer dizer, não é a mesma coisa que ter um lar ou uma creche ou um Jardim de infância e, portanto, a boa vontade é fundamental, mas só não chega. Hoje a saúde é muito específica e exige uma preparação e quadros muito bem preparados. E em Portugal os quadros estão sobretudo no Estado, portanto, têm uma lógica própria. Agora, como podemos dizer, com a chegada dos grandes grupos, do tipo Luz ou Grupo Mello ou Grupo Lusíadas, enfim, entram por uma outra lógica de trabalho, mas esses quadros estão lá. Nós próprios estamos a formar os nossos grupos, os nossos profissionais, a partir das outras origens de hospitais.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos assistenciais?

E1

Não tivemos ainda recursos para fazer estudos junto das próprias comunidades. A verdade é que, de uma maneira geral, esses hospitais aumentaram as respostas que essas comunidades tinham antes. Ou seja, abrindo serviços de urgência básica, ou atendimento permanente. Você recorda-se com certeza de em Anadia as populações terem cortado estradas por ter fechado um serviço de urgência. Portanto, a chegada da

Misericórdia permitiu retomar esses serviços. Mas também abrir muitas outras especialidades. Recordo-me de um Presidente da Câmara que nem sequer era dali, era de um Concelho ali perto me ter dito que, finalmente, tinha um serviço de urologia ali ao lado. Há um reconhecimento do que foi a chegada das Misericórdias ao sistema.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos de sistema de avaliação da qualidade (SINAS, da Entidade Reguladora da Saúde), se aplicável?

E1

Acho que os resultados são bastante positivos. Desde o princípio que têm tido três estrelas. E têm-se mantido aí. Serpa não há ainda essa avaliação, como sabe.

Penso que do ranking oficial, se quiser, no cômputo geral a posição das Misericórdias é coletivamente a mais forte do mercado. Sei até da estranheza inicial de alguns avaliadores quando compararam o hospital de Vila Verde com hospitais privados de grande renome na praça.

NR

Comparando as unidades hospitalares de Fafe, Anadia e Serpa (que já integravam o SNS e foram, entretanto, devolvidas à gestão do sector social) com outras unidades de dimensão semelhante, na mesma área geográfica e ainda sob gestão pública, no seu entendimento, que tipo de vantagens identifica para o Estado entre uma opção e outra?

E1

A primeira, quando se fala tanto no défice do Estado em matéria de saúde, o défice ali é o que é. Isto é, não há défice: o Estado contrata X milhares de cirurgias, consultas e elas estão feitas. Sabe quanto é que vai pagar e é isso que paga. Isso não acontece com nenhum dos outros hospitais.

Por outro lado, nós temos registado um grande equilíbrio nos nossos recursos humanos e todos nós sabemos que hoje um dos grandes dramas do SNS são os recursos humanos.

Eu recordo que no Verão do ano passado, por exemplo, não havia dia nenhum que eu não recebesse um telefonema de um administrador hospitalar no nosso país a pedir-nos ajuda ou porque não tinha anestesista, porque não tinha sub-região ou porque não tinha esta ou aquela especialidade e quando eu punha esses problemas aqui aos nossos hospitais, eles até me manifestavam alguma incredulidade, porque esse não era um problema que tivessem. E penso que isso depois a jusante se traduz numa satisfação do cidadão, porque não tem as dificuldades de ter que estar à espera.

Também, o hospital das Misericórdias estar junto destas comunidades. Talvez a proximidade da gestão, de serem coisas mais pequenas o que não quer dizer menos complexas em relação a hospitais da mesma região, o haver uma certa ligação à Comunidade. Isso foi muito evidente durante o período Covid e explica muito dos resultados que Portugal teve em termos de óbitos comparados com outros países. Há vantagens evidentes para as comunidades sob pena de termos apenas um serviço nacional de saúde ou um qualquer sistema de saúde que olhe para si próprio. Tem que olhar é para o que serve, se não serve a Comunidade serve para quê?

NR

Apesar de seguirem o mesmo modelo de acordo de gestão, estabelecido entre as respetivas Misericórdias e Administrações Regionais de Saúde, os resultados alcançados apresentam alguma discrepância de unidade para unidade. No seu entendimento, as diferenças podem ser explicadas por:

- a) incumprimento da respetiva Misericórdia relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- b) incumprimento do Estado relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- c) Incumprimento de ambas as partes. E se sim, em quê?
- d) Outras razões. Quais?

E1

Acho que é um pouco de tudo. No caso de Serpa, há um incumprimento óbvio, porque nos foi entregue um hospital que tinha um bloco desativado. E quando tentamos ativar o bloco, foi o Estado que nos disse, não pode fazer o bloco onde ele está há 500 anos, que é uma coisa extraordinária. Tem que o fazer ali ao lado!

Também pode ter havido, aqui ou ali, algum incumprimento ou atraso da nossa parte, apesar do apoio que a União e o Grupo Misericórdias Saúde têm dado, uma coisa é isso outra coisa é o dia a dia. É preciso perceber que desde 1974 a maioria esmagadora das nossas Misericórdias estavam afastadas da saúde. E, portanto, isto é, digamos, como que uma máquina que começa a arrancar. Uma locomotiva tem que arrancar devagarinho, às vezes plissa e nesse plissar, estão alguns dos nossos erros. Mas o Estado é sempre muito severo com os atrasos dos outros e sempre muito complacente com ele próprio. Dou-lhe um exemplo que é a circunstância do Estado não pôr nas plataformas ao fim de 90 dias, como lhe cabe, os doentes que não consegue operar. Você hoje tem muita gente que está à espera de uma cirurgia, que podia ser feita ou noutra hospital do Estado, ou no setor social, ou no setor privado através do SIGIC, e que não é porque o Estado não cumpre.

Outro exemplo, uma das premissas das devoluções de hospitais foi que teríamos contratos semelhantes aos dos Hospitais EPE. O que acontece é que, por exemplo, está lá previsto um adicional, digamos, no fundo, um prémio por desempenho que no nosso caso há sempre tentativa de desvalorizar e não pagar. O Estado é severíssimo connosco do ponto de vista económico, o que mostra uma atitude. É a máquina do Estado a autodefender-se, nalguns casos os Ministros até se admiram que isso aconteça, em outros nem tanto.

NR

Na sua perspetiva, e partindo da experiência recolhida nas unidades hospitalares do SNS cuja gestão foi devolvida às Misericórdias (nos primeiros cinco anos, 2015-2020) que medidas futuras podem ser adotadas para que este tipo de parcerias possa ser mais efetivo, assente em relações de cooperação e com benefícios de boa governança para todos os parceiros envolvidos?

E1

Um benefício resulta do prejuízo que existe em haver uma limitação ao valor do contrato, isto é, deveria haver de um ano para o outro, para quem cumprisse os objetivos, um aumento, mais do que dinheiro um prémio que se poderia traduzir num alargamento do contrato. Transformar esse prémio em produção era uma boa solução, boa para o Estado, boa para as Misericórdias e boa para os cidadãos que devem ser a razão de ser disto tudo.

Vamos dar agora saltos como o tratamento em casa, à distância, o esforço na prevenção, ora as Misericórdias como organizações da Comunidade, estão particularmente bem preparadas para acompanhar e até liderar essa mudança. Essa mudança, feita pelo Estado vai sempre custar mais caro e demorar mais tempo. Nós seremos, obviamente, uns facilitadores dessa evolução futura.

Entrevista 2

NR

No seu entendimento, como evoluiu a relação entre o Estado e as Misericórdias no setor da saúde em Portugal ao longo do período democrático?

E2

O Estado não tinha hospitais. Só muito mais tarde é que passou a ter hospitais, tinha os hospitais centrais e mais nada. Na província, não havia. O hospital de Fafe foi construído porque não havia aqui nada. O Hospital de Guimarães era da Misericórdia de Guimarães, o Hospital de Felgueiras era da Misericórdia de Felgueiras. O Hospital da Póvoa Lanhoso era da Misericórdia da Póvoa de Lanhoso.

Depois do 25 de Abril, houve a nacionalização dos vários hospitais das Misericórdias. Se não estou em erro, com exceção do hospital de Fão. Os outros foram todos nacionalizados, passaram a fazer parte dos grandes centros hospitalares, como, aqui perto, do Centro Hospitalar do Alto Ave.

Houve Misericórdias que nunca aceitaram isso bem. Mais tarde, o Estado passou a pagar uma renda, embora, diga-se de passagem, ridícula. Ocupou os edifícios, nalguns casos fez as obras que muito bem entendeu e quis, muito embora não quisesse saber da monumentalidade de alguns hospitais. Inclusivamente, aqui neste Hospital, em que que deram cabo da escadaria e deram cabo da Capela.

A 31/01/2015 o hospital de Fafe foi transferido para a Santa Casa da Misericórdia, através de um acordo entre o Estado e a Misericórdia pelo período de 10 anos.

NR

No seu entendimento, quais os principais pontos fortes/fracos associados aos acordos de gestão estabelecidos entre o Estado e as Misericórdias, no que se refere ao cumprimento dos objetivos das políticas de saúde na área hospitalar, desde 1974?

E2

O Estado devia ter como parceiro primordial as Misericórdias, ou o setor social.

É esse o parceiro natural, porque mesmo que o setor social ou as Misericórdias auferam algum “lucro”, esse lucro não é para ser repartido pelos acionistas dos hospitais particulares, é para ser investido no próprio hospital e para ajudar as Misericórdias, por exemplo no setor das Estruturas Residenciais para Pessoa Idosas que são largamente deficitárias.

Esse acordo deveria ser, em termos financeiros, revisto todos os anos. E não é. Por exemplo, o nosso tem 10 anos, o que recebíamos há 10 anos atrás recebemos exatamente agora.

No ano de 2023 vamos “ver” exatamente o mesmo. E o Estado não se lembra que nos deixou os enfermeiros e pessoal administrativo do setor público que continuam a ser nossos funcionários e nós temos que pagar mesmo quando eles entram de baixa! Quem paga mais somos nós, não é o Estado. O Estado fez um bom negócio. E a Misericórdia sujeitou-se.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974/1975, como qualifica os resultados alcançados, na perspetiva das poupanças esperadas pelo Estado? E na perspetiva das Misericórdias?

E2

Como disse, o Estado durante 10 anos paga exatamente o mesmo valor, poupou milhares de euros. Entendo que esses protocolos deviam ser revistos todos os anos, até devido à inflação. Em 2022 foi galopante e até em 2023, inclusivamente, a parte de eletricidade e a parte de gás, e o Estado não se mexe...

Por isso, o Estado só ganhou com isso e nós estamos, por assim dizer, de “mão estendida” para os hospitais públicos para nos “darem” cirurgias para fazermos aqui e para conseguirmos equilibrar as finanças, porque com o acordo não conseguimos equilibrar as finanças. E o Estado sabe isso.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos assistenciais?

E2

Temos uma urgência básica, temos cerca de 30.000 urgências por ano e só nos são pagas 17.000. As outras são prejuízo porque nós não podemos fechar a urgência e temos que ter 2 médicos, 2 enfermeiros, pessoal auxiliar, pessoal administrativo e, por isso, a partir de Agosto é quando terminam, por assim dizer, as urgências. A partir de Agosto nós passamos a ser “cobrador de impostos”, ou seja, cobramos às pessoas as taxas moderadoras para enviar para o Estado, ainda não recebemos nada, temos que pagar nós os médicos, eletricidade, temos que ter a Urgência aberta. Acho que isto é uma grande injustiça porque as pessoas quando encontram a urgência do hospital Público com 12 horas de espera, como se verificou neste Inverno, têm que encontrar alternativa. No privado paga-se, e então quem não pode vem para aqui. E nós damos a assistência que pudermos dentro dos condicionalismos que temos.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos de sistema de avaliação da qualidade (SINAS, da Entidade Reguladora da Saúde), se aplicável?

E2

O diretor clínico estará mais dentro desse assunto.

NR

Comparando as unidades hospitalares de Fafe, Anadia e Serpa (que já integravam o SNS e foram, entretanto, devolvidas à gestão do sector social) com outras unidades de dimensão semelhante, na mesma área geográfica e ainda sob gestão pública, no seu entendimento, que tipo de vantagens identifica para o Estado entre uma opção e outra?

E2

Os hospitais públicos são grandes máquinas muito pesadas.

Os hospitais das Misericórdias são mais pequenos, também prestam menos tratamentos, têm menos valências. Ter mais e melhor nem sempre é fácil, mas o que nós pretendemos é servir a população que nos rodeia bem. E entre estar duas ou três horas numa urgência do Hospital da Misericórdia e estar doze horas na urgência de um Hospital Público...

NR

Apesar de seguirem o mesmo modelo de acordo de gestão, estabelecido entre as respetivas Misericórdias e Administrações Regionais de Saúde, os resultados alcançados apresentam alguma discrepância de unidade para unidade. No seu entendimento, as diferenças podem ser explicadas por:

- a) incumprimento da respetiva Misericórdia relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- b) incumprimento do Estado relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- c) Incumprimento de ambas as partes. E se sim, em quê?
- d) Outras razões. Quais?

E2

Não houve, no caso de Fafe, nem incumprimento de uma nem da outra parte. Cumprimos exatamente o protocolo, eles cumpriram a parte deles e pagaram.

Nesse aspeto, há cumprimento.

NR

Na sua perspetiva, e partindo da experiência recolhida nas unidades hospitalares do SNS cuja gestão foi devolvida às Misericórdias (nos primeiros cinco anos, 2015-2020) que medidas futuras podem ser adotadas para que este tipo de parcerias possa ser mais efetivo, assente em relações de cooperação e com benefícios de boa governança para todos os parceiros envolvidos?

E2

Tem que haver um diálogo permanente entre os hospitais públicos e os hospitais das misericórdias.

E esse “diálogo” passa pelos hospitais das Misericórdias terem novas valências, em que não haja necessidade de um indivíduo de Cabeceiras de Basto, Celorico de Basto ou de Mondim de Basto, e outra população aqui à volta, tenha que fazer tantos quilómetros para Guimarães, quando tem aqui um hospital à mão. Mais perto, menos tempo na urgência. Já falei das doze horas de espera na Urgência do hospital de Guimarães, que serve uma população muito grande.

Tem que haver um acordo, que sirva ambas as partes, e em que os hospitais das Misericórdias sejam um complemento do hospital público. Na prática, há vários exemplos em que as pessoas não teriam que ir de propósito a Guimarães para ser tratadas.

Entrevista 3

NR

No seu entendimento, como evoluiu a relação entre o Estado e as Misericórdias no setor da saúde em Portugal ao longo do período democrático?

E3

Como é de conhecimento público, a partir de 1976, muitos dos hospitais que eram geridos pelas Santas Casas foram, não digo nacionalizados, mas foram utilizados pelo Serviço Nacional de Saúde, não pelo sistema nacional de saúde, pelo Serviço Nacional de Saúde, para, uma vez que eram estruturas de proximidade, particularmente nas regiões do interior do país, dar um importante contributo para a melhoria e para o desenvolvimento daquilo que depois veio a ser o Serviço Nacional de Saúde do Dr. António Arnaut. Portanto, foi uma utilização das estruturas que estavam criadas. Muitas delas estariam já subaproveitadas, em termos de equipamento, em termos de diversificação de especialidades e agora reporto-me precisamente ao Hospital de São José - Fafe, que, na altura, antes de ser nacionalizado estava a servir quase como um centro de saúde. Tinha os internamentos em que os médicos de clínica geral seguiam os doentes, mas não tinha especialidades afetas, nem tinha sequer um serviço de urgência disponível 24 horas, era, muitas vezes, só até às 8 da noite.

Nessa altura, este hospital sofreu obras de beneficiação, a exemplo de outros hospitais, e creio que em 1987 se deu início a uma nova estrutura física e à colocação de 4 especialidades médicas enquadradas no Serviço Nacional de Saúde: Medicina Interna, Ortopedia, Cirurgia, Medicina Física e de Reabilitação, juntamente com todos os equipamentos para o Bloco Operatório.

Muitos anos depois, em 2007, foi constituído o Centro Hospitalar do Alto Ave que condenou este hospital a um progressivo esquecimento. Foi quando a União das Misericórdias decidiu, em 2013, participar num processo de negociação da entrega dos hospitais para gestão. E foi isso que sucedeu em 2014-2015.

NR

No seu entendimento, quais os principais pontos fortes/fracos associados aos acordos de gestão estabelecidos entre o Estado e as Misericórdias, no que se refere ao cumprimento dos objetivos das políticas de saúde na área hospitalar, desde 1974?

E3

Estes acordos acabaram por ser uma espécie de benesse que se deu ao Estado para desenvolver atividade a mais baixo preço do que aquilo que o Serviço Nacional de Saúde estaria a pagar.

E nós fomos penalizados porque esse acordo contemplou um índice de case-mix das atividades que foram contratualizadas muito inferior àquilo que outros Hospitais tinham. A nossa Santa Casa ficou fortemente penalizada, com prejuízo em alguma das situações, precisamente porque o índice de case-mix não era aquele que realmente, em termos económicos, de gastos com fatores de produção, gastos com equipamentos, necessidade de melhoria de alguns equipamentos que já estavam degradados, conduziu a que a situação não seja, neste momento, benéfica para a nossa Santa Casa.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974/1975, como qualifica os resultados alcançados, na perspetiva das poupanças esperadas pelo Estado? E na perspetiva das Misericórdias?

E3

Poupança para o Estado, efetivamente, há porque está a gastar menos, com o que paga à Misericórdia no acordo que temos, para aquilo que nós produzimos. Comparativamente, é diferente, muito diferente do que se fosse o Estado a assegurar essa produção.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos assistenciais?

E3

Em termos assistenciais, a produção é muito idêntica àquela que se produzia em 2015.

Em termos de volume assistencial, é idêntico a nível do Serviços de Urgência Básico que nós temos, que está enquadrado no Serviço Nacional de Saúde.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos de sistema de avaliação da qualidade (SINAS, da Entidade Reguladora da Saúde), se aplicável?

E3

Temos tido sempre o grau de excelência clínica, na cirurgia de ambulatório, na focalização no utente.

NR

Comparando as unidades hospitalares de Fafe, Anadia e Serpa (que já integravam o SNS e foram, entretanto, devolvidas à gestão do sector social) com outras unidades de dimensão semelhante, na mesma área geográfica e ainda sob gestão pública, no seu entendimento, que tipo de vantagens identifica para o Estado entre uma opção e outra?

E3

É muito difícil responder essa pergunta, porque eu, apesar de ser diretor clínico da Santa Casa, fui médico sempre toda a minha vida profissional, agora estou aposentado como funcionário público.

Sempre privilegiei o Serviço Nacional de Saúde como um serviço importante para a assistência aos nossos doentes, à nossa população, sem descuidar as instituições. O setor social, como também os privados, devem colaborar naquilo que o Serviço Nacional de Saúde tem mais dificuldade em atuar. Já nem falo a nível hospitalar nem a nível dos cuidados de saúde primários, mas a nível dos meios complementares de diagnóstico o Estado não tem capacidade suficiente para dar resposta às solicitações que se exigem. Daí que veja com muita importância a participação desses hospitais, sejam eles

privados, sejam do setor social, a colaborarem na atividade, na melhoria da saúde da nossa população.

NR

Apesar de seguirem o mesmo modelo de acordo de gestão, estabelecido entre as respetivas Misericórdias e Administrações Regionais de Saúde, os resultados alcançados apresentam alguma discrepância de unidade para unidade. No seu entendimento, as diferenças podem ser explicadas por:

- a) incumprimento da respetiva Misericórdia relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- b) incumprimento do Estado relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- c) Incumprimento de ambas as partes. E se sim, em quê?
- d) Outras razões. Quais?

E3

Em nenhuma dessas alíneas houve incumprimento por parte da nossa Misericórdia. Antes pelo contrário, queríamos cumprir mais do que aquilo que nos é permitido. Queremos produzir mais do que aquilo que nos é contratado produzir.

Da parte do Estado, pontualmente, houve atrasos nos pagamentos, mas, de uma forma genérica, quer a avaliação que nos fazem anualmente, quer aquilo que nos “oferecem” à luz do acordo, tem sido cumprido. Só não cumprem ou não dão resposta aos nossos pedidos de querer produzir em mais quantidade.

NR

Na sua perspetiva, e partindo da experiência recolhida nas unidades hospitalares do SNS cuja gestão foi devolvida às Misericórdias (nos primeiros cinco anos, 2015-2020) que medidas futuras podem ser adotadas para que este tipo de parcerias possa ser mais efetivo, assente em relações de cooperação e com benefícios de boa governança para todos os parceiros envolvidos?

E3

Penso que deveria haver um investimento por parte da União das Misericórdias ou pelo Grupo Misericórdias Saúde, em negociar com a direção executiva do Serviço Nacional de Saúde, no sentido de avaliar as reais necessidades de tratamento dos doentes de uma determinada área populacional, como por exemplo aqui na nossa região, no sentido de nós podermos, porque temos know-how e temos capacidade física, estrutural e de profissionais, para poder produzir mais quantidade, já não digo pelo preço que está a ser praticado neste momento em relação à nossa Instituição, mas por um preço relativamente inferior àquele que o Serviço Nacional de Saúde gasta nos hospitais do setor público.

Entrevista 4

NR

No seu entendimento, como evoluiu a relação entre o Estado e as Misericórdias no setor da saúde em Portugal ao longo do período democrático?

E4

Falo essencialmente do período que conheço, que é o período em que comecei a dedicar-me mais à saúde, e que envolve os últimos 15 anos. Nesses 15 anos evoluiu de uma forma muito positiva.

Quando começamos a sentir os efeitos de um problema que é transversal aos sistemas de saúde e que tinha a ver com o aumento da procura de cuidados de saúde, o famoso problema das listas de espera, a melhoria dos cuidados de saúde em Portugal também assentou num conjunto de acordos com hospitais das Misericórdias, que não estavam nacionalizados. Isso permitiu à região norte do país ter números diferentes das outras regiões. Isso é um primeiro dado.

Depois, o segundo dado vem com o tempo em que era Ministra a Dra. Ana Jorge, em que era Secretário de Estado da Saúde, o Dr. Manuel Pizarro, é celebrado um protocolo-chapéu que visa enquadrar esse relacionamento das Misericórdias com a área da saúde, designadamente com a ARS-Norte onde havia mais acordos desses, acentuando e aprofundando o papel complementar desses hospitais de proximidade. Participaram no programa consulta a tempo e horas, permitiram levar a cabo muita daquela produção de um conjunto de atos menos complexos e garantir acesso, proximidade às pessoas e, portanto, também equidade no acesso.

Por outro lado, já no tempo em que era Ministro o Dr. Paulo Macedo esse protocolo-chapéu evoluiu para um diploma de enquadramento sistémico, salvo erro, o 138/2013, e aí criam-se um conjunto de obrigações adicionais e nas quais se prevê também um regime de devolução de alguns hospitais nacionalizados. Mas, sobretudo, dá-se força de Lei a um conjunto de princípios que estão inscritos na Lei de Bases da Saúde daquela altura e salvo erro na atual, também, e que vem determinar em que medida é que os hospitais das Misericórdias, quando ao serviço do SNS, portanto, unidades

verdadeiramente integradas na rede do SNS, com um conjunto de obrigações que os aproxima, desde os sistemas de informação aos indicadores de medida. Portanto, há um conjunto de obrigações em tudo semelhantes aos hospitais do SNS. E mesmo de qualidade. Por outro lado, com a Entidade Reguladora da Saúde e com as sucessivas leis de Bases da Saúde, também houve uma melhoria das práticas e da transparência nessa relação porque também se vem dizer claramente que estas entidades do setor social estão sujeitas às mesmas regras de licenciamento, embora não sejam obrigadas ao ato administrativo de licenciamento, devem cumprir todas as regras a que estão sujeitos os estabelecimentos. É um passo que ainda carece de melhorias, mas também já foi um passo em frente.

Além do mais, há ainda uma questão que para mim é insofismável, que é o seguinte: eu sou um adepto do value-based healthcare, a saúde baseada no valor, o que significa um passo em frente nos sistemas que nós temos hoje de financiamento e de medição da proximidade que envolve a perspetiva do utente na análise dos resultados em saúde, mas que, sobretudo, é um sistema de financiamento e de identificação do valor criado que identifica claramente quanto é que despendemos com cada euro para obter determinados cuidados de saúde. E nessa identificação, nós não olhamos a médias, olhamos àquilo que é o custo concreto com cada cuidado de saúde que cada doente em concreto necessitou, que é das poucas margens de eficiência que nós ainda temos para progredir, a partir das médias para o concreto.

Isso consegue-se com sistemas de informação. Há um estudo da Medtronic que acabou por ser um benchmark dos países que estavam mais próximos ou menos próximos de chegar a essas metodologias de identificação do valor em saúde criada, de gestão com base no valor. E eles dizem que países mais próximos de atingir esses valores de eficiência e qualidade dos cuidados são aqueles que incorporam determinados elementos, como sistemas de financiamento sofisticados, sistemas de informação que detalham muita informação, que não são suficientes ainda para lá chegar, mas que são elementos necessários que depois países que têm graus de eficiência na prestação de cuidados, resultados em saúde versus valor despendido, despesa total. Portanto, os resultados no binómio resultados/despesa realizada têm uma relação mais positiva em Portugal, este é claramente um desses países. E esses países tendem a estar mais

próximos de uma gestão baseada em valor do que outros. Quer ao nível financeiro, quer de resultados em saúde, nós comparamos com os 10% melhores do mundo. E em todos os indicadores, estamos pelo menos nos 20 melhores.

Daí decorre que se nós estamos nesse patamar de desempenho, e se o fizemos com uma presença muito significativa do setor social e até, em alguma medida, do setor privado, se nós chegamos aqui também foi com essa participação, a qual tem vindo a ser afinada ao longo dos anos. O caminho que foi feito até agora, na minha ótica, é um bom caminho.

NR

No seu entendimento, quais os principais pontos fortes/fracos associados aos acordos de gestão estabelecidos entre o Estado e as Misericórdias, no que se refere ao cumprimento dos objetivos das políticas de saúde na área hospitalar, desde 1974?

E4

Em primeiro lugar, nos pontos fortes, o enquadramento é claramente um histórico. Não sou um tipo saudosista, mas a primeira rede assistencialista que existiu, desde 1500, foi assente no setor social. Não estou com isso a dizer que nós não devíamos passar para o paradigma em que estamos hoje, em que há uma verdadeira obrigação do Estado de ter uma política social orientada, mas não devemos perder esse capital histórico e de relação de compromisso que existe.

Com esse histórico que existe, nos anos mais recentes houve um refinamento dos instrumentos de compromisso, entre regras, entre princípios, quanto aos fins atingir e ao compromisso social. Além disso, essa rede é sempre uma rede de proximidade e que permite trabalhar com estruturas que não vivem exclusivamente dos cuidados de saúde ancorados nos acordos com o Estado o que dilui também os custos. Há uma parte dos custos de estrutura dessas unidades que são diluídos com outro tipo de presenças, o que torna mais acessíveis os cuidados de proximidade. Claro que o Estado, seja na saúde, seja na segurança social, tem uma grande componente de financiamento.

Depois, há um fator que é muitas vezes negligenciado e que tem a ver com o contributo da saúde para as outras políticas públicas. Quando nós executamos a política de saúde

nós queremos melhorar o estado de saúde da população, mas para melhorar os processos de saúde da população também precisamos de recursos e do contributo que a saúde possa dar para o desenvolvimento de outras políticas públicas que reciclem depois esses recursos para voltarem a ser investidos na saúde, não só pela criação de comunidades resilientes e saudáveis, mas também pelo contributo para a economia.

Quando nós falamos das Misericórdias, nós estamos a falar de pólos de desenvolvimento âncora de algumas regiões, de criação de emprego diferenciado, de alavancagem de modelos produtivos de algum volume financeiro e que podem contribuir para contrariar a desertificação do interior.

Depois, acho que há uma agilidade na gestão social desprovida daquela pressão que está sempre associada a objetivos lucrativos, o que a torna na segunda melhor alternativa possível ao Estado.

Por outro lado, quando o Estado se torna uma máquina demasiado “densa”, isso inevitavelmente, acaba por trazer ineficiências, porque quando se cria uma máquina muito grande não se pode deixar, havendo Estado de direito democrático, de ter mecanismos de controlo. Não vejo que tenhamos descoberto mecanismos que não sejam um pouco burocráticos de controlo.

Os pontos fracos é que, naturalmente, se não se gere diretamente esbata-se também um pouco daquele poder de controlo-comando.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974/1975, como qualifica os resultados alcançados, na perspetiva das poupanças esperadas pelo Estado? E na perspetiva das Misericórdias?

E4

A perceção que tenho é que foi um pouco, por parte das Misericórdias, como o que aconteceu relativamente à parceria público-privada de Braga. A vontade do setor social de lutar por esse princípio, por esse direito, foi tanta que foram audaciosos nas condições que aceitaram.

Do lado do Estado, a própria Lei que previa a desnacionalização envolvia em si uma redução de despesa muito significativa, na ordem dos 25%. Portanto, só por aí já seria bom do lado do Estado.

E na verdade, se nós não tivemos grandes tumultos, pelo menos não tivemos tumultos maiores que nos hospitais públicos, se envolveu maior produtividade, se envolveu uma eficiência de menos 25%, então do lado do Estado terá sido bom.

Do lado das Misericórdias, acho que é uma questão de tempo até porem esse assunto para cima da mesa outra vez, porque terão sido audaciosas com a vontade de demonstrar que era um princípio válido.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos assistenciais?

E4

Não noto diferença, não distingo. Acho que têm os problemas que têm os públicos e as vantagens que têm os públicos

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos de sistema de avaliação da qualidade (SINAS, da Entidade Reguladora da Saúde), se aplicável?

E4

Não conheço os resultados concretos ao nível do SINAS, mas trabalhei muitos anos numa Administração Regional de Saúde que tinha um desses hospitais que foram devolvidos. Eu acompanhava o sistema de reclamações, que depois iam para a Entidade Reguladora, e não me lembro de ver problemas muito diferentes daqueles que enfrentávamos nos outros hospitais. Umas questões sindicais, umas reclamações de utentes, mas tal como havia nos outros equipamentos, centros de saúde e hospitais. Não

quero deixar a ideia de um oásis, mas o mais franco que posso ser é que não notei grande diferença.

NR

Comparando as unidades hospitalares de Faro, Anadia e Serpa, que já integravam o Serviço Nacional de Saúde e foram devolvidas à gestão das respetivas Misericórdias com outras unidades de dimensão semelhante na mesma área geográfica e ainda sobre gestão pública. No seu entendimento, que tipo de vantagens identifica para o Estado entre uma opção e outra?

E4

Sinceramente, a grande vantagem que eu vejo está na transferência do risco.

Na minha perspetiva, nunca vai poder deixar de haver um grande foco de prestação pública, de 70-80% por cento da prestação. Mas acho que também estamos longe de otimizar o que o setor privado e o setor social podem trazer na redução da pressão, na transferência de risco.

Quando nós fazemos qualquer coisa no Serviço Nacional de Saúde, fazemos achando que estamos a fazer melhor, e na verdade estamos mesmo porque estamos ao nível dos 10% melhores do mundo. Agora tudo o que envolva melhorias vai ser sempre olhado de uma forma enviesada, porque se eu soubesse fazer melhor, eu estava a fazer melhor. Agora que isso envolve uma maior maturidade da Entidade Reguladora, envolve, que isso envolve também uma maior associação desse princípio envolve.

Partindo do princípio que o setor privado é tão bom porque tem um gigante público que é muito bom e, portanto, para ter mercado, tem que ser melhor que esse gigante, e que esse gigante para melhorar também precisa estar sujeito à regulação independente, nós temos uma grande vantagem.

Quando estava na região de Saúde, era totalmente diferente um problema cujo risco está transferido, de um problema em que em muitos casos, em algum momento do processo, eu também sentia alguma responsabilidade, nem que fosse moral, mesmo que isso não assacasasse para mim qualquer outro tipo de responsabilidade. E, portanto, há sempre essa vantagem, na minha ótica.

E eu continuo a achar que é a segunda melhor alternativa, caso o Estado fosse eficiente, e conseguisse ir a um grau de capilaridade tão grande, caso não houvesse essa questão do desenvolvimento local. Mas também existem fragilidades. Uma frase que está num livro do Professor Pita Barros, que achei elegantíssima era: “e depois há no setor da saúde, em termos de externalidades, um elemento muito importante que é a forte presença do setor não lucrativo, que não responde ao lucro, aos estímulos habituais na economia. Importa perceber a que estímulos é que respondem.”

Só quando nós percebermos, e tivermos de uma forma objetiva essa resposta concreta, é que podemos calibrar o sistema.

NR

Apesar de seguirem o mesmo modelo de acordo de gestão, estabelecido entre as respetivas Misericórdias e Administrações Regionais de Saúde, os resultados alcançados apresentam alguma discrepância de unidade para unidade. No seu entendimento, as diferenças podem ser explicadas por:

- a) incumprimento da respetiva Misericórdia relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- b) incumprimento do Estado relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- c) Incumprimento de ambas as partes. E se sim, em quê?
- d) Outras razões. Quais?

E4

São três unidades completamente diferentes e isso é determinante. A Região de Saúde do Norte sempre foi conhecida por ser a mais eficiente, a que consegue melhores resultados, com menos recursos. Sempre se apontou o Algarve e o Alentejo como as segundas mais eficientes, mas aí laboramos num erro significativo que também está aqui presente. Os grandes determinantes da despesa em saúde são os recursos humanos e os medicamentos e meios complementares de diagnóstico. O Algarve e o Alentejo, como sabe, são duas das regiões que têm mais dificuldades em termos de recursos

humanos. Se não tiver recursos humanos, designadamente médicos, eles não prescrevem nem medicamentos nem MCDTs. Portanto, já não têm à partida a rede completa, não se gasta tantos em recursos humanos, e, depois, também não têm os recursos humanos para prescrever os medicamentos. Isso só por aí já é um grau de eficiência. Depois, quanto ao estado de saúde daquelas populações, estamos só a medir a despesa...

Sempre ouvi dizer que o Norte gasta €1.100 euros por cidadão e os outros €1.200 euros por cidadão. Se compararmos com o Centro, já tem uma rede bastante robusta, parecida com a do Norte, mas não é tão eficiente. Eu quero ver é se os resultados em saúde daquelas populações são iguais aos do Norte, isso é que é preciso ver.

Acho que, em parte, o que disse explicará a questão de Serpa. Se só mais tarde é que se acabou por fazer o bloco operatório, não havendo produção não há despesa.

Quanto a Anadia, a ideia que eu tinha é que se tratava de um hospital com meia dúzia daquelas consultas mais simples, mais um serviço de urgência básica e uma unidade da rede cuidados continuados. Mesmo tendo bloco operatório, os hospitais centrais gostam dessas unidades para assegurar cirurgias às cataratas, quistos, para todos os efeitos trata-se de operações cirúrgicas.

Quanto a Fafe, era um hospital que já envolvia alguma complexidade. Mesmo assim, a nível de orçamento era dos mais pequenos.

Acho que o princípio de conversa foi demasiado espartano em termos de valores, mas também correspondia às parangonas do discurso político que empurravam o Governo para a solução.

E isto será sido incumprimento do Estado? O social espera sempre que a determinada altura se consiga uma revisão extraordinária do contrato que, aos dias de hoje, é cada vez menos possível porque outras partes estão atentas e é preciso justificar tudo. Existe até um conjunto de deveres cada vez mais rigorosos na execução desses contratos.

E o que existe, às vezes, do lado do setor público é uma diferenciação pela positiva, mas é das suas próprias unidades.

Isto vai lá com política, com consciência, com debate, com abertura de espírito, com abdicar daquelas pequenas vitórias não declaradas, discutirmos tudo, de parte a parte, nomeadamente a componente financeira.

NR

Na sua perspetiva, e partindo da experiência recolhida nas unidades hospitalares do SNS cuja gestão foi devolvida às Misericórdias (nos primeiros cinco anos, 2015-2020) que medidas futuras podem ser adotadas para que este tipo de parcerias possa ser mais efetivo, assente em relações de cooperação e com benefícios de boa governança para todos os parceiros envolvidos?

E4

As partes devem pôr tudo em cima da mesa, tudo o que de bom e de mau trazem, estarem disponíveis para discutir as fragilidades do modelo público e assumir qual é a visão que temos para o sistema. Não me passa pela cabeça que não tenhamos um modelo de prestação que não seja sempre de um forte pendor público. Também não me passa pela cabeça, até porque foi assim que a gente aqui chegou, que não haja uma componente de complementaridade e de participação forte do setor social, mas também do próprio privado, em sentido estrito.

Esse é um caminho para descomprimir muita da pressão que existe, mas no essencial do interesse público acho que o setor público é incontornável e que é ele que garante que os outros tenham que dar à perna.

Assumir que há um lado que interessa ao Estado que o setor social assegure, que o fará de maneira melhor.

Por outro lado, um caminho que o Estado tem que fazer, e as Misericórdias também, é o da qualidade e das matérias do licenciamento. Tudo o que é novo tem que ter umas regras, mas há edificações antigas que não faz sentido estarem sujeitas às mesmas regras. Um caminho que foi feito pelo Estado por exemplo no licenciamento da habitação, em que há casas anteriores a uma data, creio que a 1937, e que não são obrigados a seguir as mesmas regras se fizerem obras. E podia-se até estabelecer uma moratória de uns 15 anos para uma adaptação às regras.

Concluo dizendo que é também um elemento para a eficiência global do Estado que uma misericórdia, num determinado local, esteja a contribuir para a criação de emprego diferenciado e de volume de negócios. Como por exemplo, Portugal aproximar-se da Bélgica, na indústria europeia dos ensaios clínicos, significaria conseguir qualquer coisa como mais €400 milhões de euros de receita. Isso não é economia de saúde? Isso não pertence ao Ministro da Saúde? Deixar isso para o Ministério da Economia é deixar àqueles que só vão ter um olhar mercantilista sobre a coisa.

Entrevista 5

NR

No seu entendimento, como evoluiu a relação entre o Estado e as Misericórdias no setor da saúde em Portugal ao longo do período democrático?

E5

Por ondas. Houve alturas em que houve uma colaboração intensa. E alturas de retrocesso. Essencialmente, identifiquei três grandes ondas, a primeira foi ali nos anos 90, com a devolução de alguns hospitais às Misericórdias, a maior parte deles fechados.

Nessa altura foram celebrados os primeiros acordos de cooperação com as Misericórdias e, portanto, foi o início de um processo. Estou aqui a esquecer alguns casos específicos, como o do Hospital da Prelada, da Misericórdia do Porto.

Mas tirando isso, portanto, temos esse processo nos anos 90, em que se estabeleceram, sobretudo para pequenos hospitais rurais, alguns primeiros acordos de cooperação e isso serviu para restabelecer uma relação que nunca tinha desaparecido, apesar da nacionalização dos hospitais em 74-75.

Uma segunda onda, durante o Governo PSD-CDS, no chamado período da troika, em que se tentou desenvolver um processo com a devolução de mais hospitais às Misericórdias, nomeadamente aqueles três que foram efetivamente devolvidos e outros que se tentou devolver, chegou mesmo a haver acordos assinados, mas que depois o Governo seguinte reverteu e, portanto, anulou a transferência.

E a terceira fase é exatamente essa do Governo seguinte, do Partido Socialista, que veio reverter muito do que tinha sido feito. Se bem que essa reversão foi só do que já tinha sido contratado, mas não executado, isto é, o que tinha sido executado, manteve-se, mas parou-se um processo que estava a decorrer.

NR

No seu entendimento, quais os principais pontos fortes/fracos associados aos acordos de gestão estabelecidos entre o Estado e as Misericórdias, no que se refere ao cumprimento dos objetivos das políticas de saúde na área hospitalar, desde 1974?

E5

A primeira onda, ou seja, a devolução de hospitais que já tinham sido encerrados é uma onda que foi útil para demonstrar que as Misericórdias podiam ser uma parte importante do SNS. Não importante em termos quantitativos, foram unidades pequenas, mas importante em termos qualitativos, porque demonstrava-se que havia mecanismos diferentes de permitir que os cidadãos portugueses beneficiários do Serviço Nacional de Saúde tivessem acesso aos cuidados de saúde que necessitam.

E há evidência que sugere que esses acordos, mesmo com hospitais pequenos, tiveram efeitos de *spillover* que permitiram, por exemplo, reduzir as listas de espera nas zonas onde havia acordos com as Misericórdias.

Nessas zonas, as listas de espera eram mais pequenas, mesmo nos hospitais públicos. E não era apenas um efeito quantitativo. Isto é, não é só porque a oferta era maior, portanto a lista de espera era mais pequena, porque o acréscimo de oferta era relativamente marginal, mas gerava um efeito é competitivo, chamemos lhe assim, que obrigava os próprios hospitais públicos a serem mais eficiente e a terem melhores resultados, nomeadamente em termos de acesso, listas de espera e afins.

Então, essa fase foi sobretudo importante para um efeito demonstrativo e para induzir alguma concorrência, marginal, mas alguma concorrência, nos hospitais públicos que os obrigou a ser um pouco mais eficientes onde havia Misericórdias com acordos de cooperação.

Depois a segunda fase, a da devolução dos três hospitais, é que é diferente da anterior, porque foram devolvidos hospitais em funcionamento e que continuaram a ser hospitais integrados na rede do SNS.

Essa foi importante para demonstrar a capacidade de termos modelos de gestão diferentes, dentro da rede de oferta pública, mas sem haver gestão pública necessariamente. E, portanto, há esses dois efeitos: um primeiro efeito, de concorrência, pela existência destes hospitais na primeira vaga; e, na segunda vaga, um efeito de gestão e da importância da gestão que depois poderá ou não ser confirmada nos resultados. Mas, sublinho tem essa vantagem de permitir mostrar que se pode ter

mecanismos de gestão diferentes dos tradicionais da administração pública em hospitais que estão plenamente integrados na rede pública.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974/1975, como qualifica os resultados alcançados, na perspetiva das poupanças esperadas pelo Estado? E na perspetiva das Misericórdias?

E5

No primeiro ano, os resultados foram positivos em dois.

Serpa não funcionou, em parte, na minha opinião, por estar integrado numa ULS, mas não só por causa disso. O sucesso destas soluções também depende das Administrações Regionais de Saúde, na medida em que são elas que gerem os centros de saúde que vão ou não referenciar para os hospitais.

Onde já havia uma tradição de referência para Misericórdias e, portanto, não havia uma rejeição dessa possibilidade, o processo funcionou bem, como em Fafe e Anadia. Funcionou bem com resultados positivos em termos de aumento da oferta e, portanto, em termos de aumento da acessibilidade.

Em Serpa funcionou mal, primeiro porque o modelo das ULS não é um modelo que seja favorável à concorrência, à liberdade de escolha, à diversidade, que são tudo vantagens que este modelo trouxe. E, portanto, só por ser ULS já não ajudava. E depois penso também que havia um certo preconceito por parte da Administração Regional e talvez até mesmo das pessoas que, no terreno, não quiseram colaborar e referenciar para a unidade em questão o que fez com que essa devolução não funcionasse.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos assistenciais?

E5

Na resposta anterior até falei mais em termos assistenciais. Voltando à questão financeira, das poupanças financeiras, os contratos foram feitos de maneira a que os custos não eram superiores aos de um hospital público comparador. Pelo contrário, quer os preços das consultas, quer os GDH definidos eram iguais ao mais baixo de toda a rede do SNS e, portanto, dessa forma, houve ganhos em termos financeiros. Perdas não houve de certeza, porque foram os preços mais baixos de toda a rede. Aquelas consultas e aquelas cirurgias que foram realizadas foram realizadas a um preço para o SNS, que é necessariamente inferior ao preço em geral. Se nós acrescentarmos a isso que no caso dos hospitais públicos os valores contratualizados são sempre insuficientes para cobrir os custos, sobretudo nos últimos anos, tem havido sistematicamente a atribuição de custos de contexto, ou seja, pagamentos adicionais para além da produção contratada e aumentos de capital para repor prejuízos. Mais uma vez, injeções para suprir pagamentos que não foram feitos. Ou seja, se nós consideramos que o custo de prestar serviços num hospital público é muito maior do que o preço que está no contrato-programa por causa dessas vias, então isso ainda reforça mais as vantagens financeiras para o SNS desses acordos, porque aí, nesses casos, o SNS só paga especificamente a produção contratada e paga a preços que são os mais baixos do SNS.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos de sistema de avaliação da qualidade (SINAS, da Entidade Reguladora da Saúde), se aplicável?

E5

Estes hospitais são sujeitos aos mesmos indicadores a que, teoricamente, são sujeitos os hospitais públicos de qualidade e com a agravante, neste caso, de esses indicadores, serem monitorizados, de forma muito próxima e com implicações financeiras e, portanto, efetivas.

Sem ter consultado uma avaliação de qualidade a estas unidades, a impressão que tenho é que não há perda de qualidade nenhuma, pelo contrário, até deve haver algum ganho. Porque do ponto de vista dos contratos, da forma como estão feitos, exige-se muito mais

aos hospitais das Misericórdias do que se exige aos hospitais públicos, enquanto hospitais públicos e, portanto, certamente que não piorou.

NR

Comparando as unidades hospitalares de Fafe, Anadia e Serpa (que já integravam o SNS e foram, entretanto, devolvidas à gestão do sector social) com outras unidades de dimensão semelhante, na mesma área geográfica e ainda sob gestão pública, no seu entendimento, que tipo de vantagens identifica para o Estado entre uma opção e outra?

E5

As vantagens são um “monte” delas, que resultam de uma coisa só, mas, que é crucial, que é o facto de, no caso destes acordos de cooperação com as Misericórdias, a responsabilidade financeira do Estado limita-se ao pagamento da produção contratada e mais nada.

Hoje não há mais nenhum pagamento a não ser esse, o que significa que, desde que a qualidade e o acesso sejam iguais, (já falamos há pouco que no caso do acesso sabemos que melhorou, e no caso da qualidade também há indicações que terá melhorado), só o facto de o Estado não ter mais nenhuma despesa para além da produção contratada, coisa que não acontece nos outros hospitais, já é uma grande vantagem. E é uma grande vantagem primeiro pela razão óbvia de implicar menos custos para o Estado, mas depois, também, porque obriga a instituição a ser muito mais eficiente, porque as instituições públicas não têm esse incentivo.

Como dizia uma vez um Presidente do Conselho de Administração de um hospital Público, ali é a porta da urgência, o doente entra, nós atendemos e, depois, alguém há-de pagar, se não for de uma forma é de outra. De facto, esse é o espírito que domina, porque a realidade é que, de uma forma ou de outra, o dinheiro há-de aparecer, contrariamente ao que se passa nos hospitais da misericórdia, se o hospital da misericórdia não for eficiente é a instituição que fica em causa porque não tem meios para subsistir.

No caso de um hospital Público, o hospital não vai fechar, há-de aparecer sempre o dinheiro para suprir as lacunas. Nos hospitais devolvidos à gestão das Misericórdias há

essa grande vantagem: termos um mecanismo de financiamento que, na prática, obriga a uma maior eficiência com a manutenção, pelo menos, dos níveis de qualidade e de acesso, mas também, como vimos, até com melhoria, portanto, é uma situação *win-win*, não há nenhum inconveniente para o Estado quanto aos acordos que foram feitos.

Não estou aqui a afirmar que seria uma solução para todo o SNS, porque isto é específico e estas vantagens são específicas precisamente daquilo que estava na sua pergunta, que é “comparando com unidades da mesma dimensão”. E para unidades desta dimensão, unidades locais de pequena dimensão, com uma atividade pouco diferenciada, uma atividade que é estandardizada, só há vantagens, não vejo inconvenientes nenhuns neste modelo.

NR

Apesar de seguirem o mesmo modelo de acordo de gestão, estabelecido entre as respetivas Misericórdias e Administrações Regionais de Saúde, os resultados alcançados apresentam alguma discrepância de unidade para unidade. No seu entendimento, as diferenças podem ser explicadas por:

- a) incumprimento da respetiva Misericórdia relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- b) incumprimento do Estado relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- c) Incumprimento de ambas as partes. E se sim, em quê?

d) Outras razões. Quais?

E5

Cada caso é um caso. Aqui, são três casos diferentes e há explicações diferentes.

Começando por aquele que eu conheço melhor, que é Fafe, houve inicialmente algum incumprimento do Estado, nomeadamente no processo de referenciação, que demorou algum tempo a estar a funcionar em pleno. A referenciação era feita, durante algum tempo, apenas para o Hospital de Guimarães, para o antigo centro hospitalar do Alto Ave, ou seja, significa na prática que a referenciação durante muito tempo continuava a

ir para o hospital de Guimarães e depois o hospital de Guimarães não referenciava para Fafe. Portanto, houve inicialmente algum incumprimento da parte do Estado. Depois de resolvido a atividade da unidade começou a ser dentro do que estava previsto no contrato. E, portanto, Fafe não teve nenhum problema de maior e ambas as partes têm cumprido, com exceção desse início, um pouco atribulado.

No caso de Anadia, a situação é ligeiramente diferente e isso também tem que ver com as capacidades de gestão das próprias Misericórdias, porque não é igual para todos nem todas as Misericórdias têm a mesma capacidade de gestão. As três tiveram envolvimento do Grupo Misericórdias Saúde.

Mas, apesar de tudo, é um hospital da misericórdia local e, portanto, a capacidade de gestão da misericórdia local condiciona muito os resultados. No caso de Anadia, havia um problema tanto quanto eu me lembro, mas que, também depois de um início um bocadinho mais agitado, foi resolvido, sobretudo com uma intervenção mais ativa do Grupo Misericórdias Saúde que permitiu ter uma gestão mais profissional e aí também os problemas foram ultrapassados.

O caso de Serpa é um problema de incumprimento do Estado, suspeito também que com alguma componente de dificuldades de gestão do acordo por parte da Misericórdia. Mas, nesse caso, eu acho que o pecado original foi na escolha de Serpa porque aquele hospital, por várias razões, não tinha condições ou não tinha as mesmas condições que os outros dois têm para funcionar de forma autónoma. Primeiro, tem problemas de instalações porque as instalações são junto à muralha e a muralha é classificada e, portanto, qualquer intervenção de gestão que implique uma intervenção física está fortemente condicionada e, portanto, a introdução de novas práticas de gestão está limitada por essa razão física. Depois, há uma questão institucional que é o facto de estar em cima de uma ULS, e numa ULS os Centros de Saúde estão articulados com os hospitais da ULS. Com a saída de Serpa, o hospital de Serpa deixou de ser um hospital da ULS e, portanto, deixou de estar nessa rede articulada. O que também levou a dificuldades de referenciação e depois também há algum incumprimento da parte do Estado, precisamente por causa disso, porque aquilo que estava contratualizado pressupunha que o Estado, neste caso os centros de saúde referenciassem os doentes o que não estava a acontecer, com a agravante de que no caso, ao contrário de Fafe e

Anadia que eram zonas onde já havia alguma tradição de atividade privada hospitalar o que faz com que não seja muito complicado encontrar médicos a trabalhar fora do SNS nos hospitais das misericórdias, em Serpa não, porque a atividade hospitalar naquela zona era de hospital Público do SNS. E, portanto, quando Serpa sai os médicos que eram do corpo clínico de Serpa passaram para Beja e Serpa ficou esvaziada. Sem ter uma *pool* de médicos, como acontecia em Anadia e em Fafe, com atividade privada hospitalar. Tudo isso dificultou o processo, portanto, acho que o caso de Serpa é um caso em que tudo funcionou mal, mas que eu penso que se deve à escolha da unidade, que não foi a melhor, precisamente por isso, porque não havia essas condições todas, ou melhor, havia uma série de fatores que poderiam causar um problema ou que vieram a causar problemas, o que devia ter sido antecipado.

NR

Na sua perspetiva, e partindo da experiência recolhida nas unidades hospitalares do SNS cuja gestão foi devolvida às Misericórdias (nos primeiros cinco anos, 2015-2020) que medidas futuras podem ser adotadas para que este tipo de parcerias possa ser mais efetivo, assente em relações de cooperação e com benefícios de boa governança para todos os parceiros envolvidos?

E5

Não antecipo grande futuro a esse tipo de acordos porque está em curso nos últimos meses uma transformação da organização do SNS que, na minha opinião, vai criar problemas a este tipo de acordos, nomeadamente a generalização do “modelo ULS” a todo o país.

E como já falamos, as ULS são um mau enquadramento para este tipo de acordos, porque este tipo de acordos pressupõe liberdade de escolha efetiva entre hospitais, para funcionarem bem. E nas ULS, mesmo que em teoria ela exista, das duas uma, como costumo dizer aos meus alunos: nas ULS, ou não são ULS, ou não há liberdade de escolha. Porque uma Unidade Local de Saúde é um modelo de prestação de cuidados de saúde integrados, cuidados primários e hospitalares integrados. Ora, se são integrados significa que só há liberdade de escolha a nível do Centro de Saúde, porque depois de

estar no centro de saúde esse Centro de saúde está integrado com um determinado hospital.

E, portanto, das duas uma, ou estas ULS vão funcionar minimamente como ULS e isso põe em causa todos estes acordos de cooperação, e põe em causa as convenções e põe em causa uma série de outras coisas que caracterizaram a organização do SNS nos últimos trinta anos, ou então não vão funcionar como ULS e, nesse caso, também, transformar em ULS para depois não funcionar como ULS, eu não antevejo grande sucesso para estes acordos por causa disso. E, portanto, a primeira condição para que isso funcionasse era que não houvesse ULS! A haver ULS não vejo como é que isso vai funcionar, o único acordo de cooperação possível, e mesmo esse, com limitações, é apenas no âmbito dos SIGIC, ou seja para responder à lista de espera de cirurgia. E veria também a mesma possibilidade se houvesse, que não há mas que foi proposto por muita gente, incluindo por alguns partidos políticos, a possibilidade de alargar o modelo SIGIC, ou seja, quem está mais de X tempo à espera, pode ir ao setor privado, alargar também à fase das consultas. E se houvesse essa possibilidade nas consultas, mesmo com ULS esses acordos de cooperação poderiam funcionar, porque havendo em muitas áreas listas de espera muito para lá dos tempos máximos de resposta garantidos isso significaria que os acordos de cooperação podiam ser a base para que automaticamente os utentes pudessem ver o seu problema resolvido. Porque para efeitos de SIGIC está previsto nesses acordos de cooperação que essas unidades se comportem como hospitais públicos ou seja podem prestar serviço mais cedo, antes da emissão do vale-cirurgia. Portanto, desse ponto de vista, se houvesse esse alargamento para a fase das consultas, aí sim, é possível termos o modelo ULS a funcionar dentro do normal, como é suposto, mas termos ao lado esta rede de unidades do setor social, estes 3, mas não só, todas as outras Misericórdias que também têm acordos de cooperação, a responder naquelas áreas onde as listas de espera fossem grandes, com vantagens, sobretudo em termos de acesso para os utentes.

Mas para isso era preciso mudar a política, porque o que se passa neste momento é que a possibilidade existe para quem está à espera de uma cirurgia, mas para isso é preciso que antes tenha tido uma consulta de especialidade que determina a necessidade de

cirurgia e o estrangulamento está a ocorrer sobretudo aí, a nível da consulta de especialidade.

Entrevista 6

NR

No seu entendimento, como evoluiu a relação entre o Estado e as Misericórdias no setor da saúde em Portugal ao longo do período democrático?

E6

O período é bastante alargado e as alterações que se foram verificando foram marcantes.

Numa primeira fase, de facto, houve uma centralização no SNS. Esqueceu-se tudo aquilo que era a estrutura de resposta de saúde que estava alicerçada predominantemente nas Misericórdias.

Nos anos 90, aliás, com a aprovação do próprio estatuto do Serviço Nacional de Saúde e da Lei de Bases, contemplou-se uma situação de respeito e de tentar recuperar um pouco aquilo que era a função das Misericórdias. Essa recuperação consistiu não tanto na área da saúde, nos primeiros tempos, mas sim mais numa componente complementar, particularmente naquilo que é a componente social. Penso que só no final dos anos 90 ou no início deste século, é que a perspetiva teve uma abordagem distinta.

Essa abordagem também tem a ver com aquilo que é a conceção ideológica e político-partidária de quem teve o poder de decisão, mas penso que pelo menos a partir do ano 2002-2003 houve um enquadramento da intervenção das Misericórdias, não só realizando convenções e dando um estatuto particular, inclusivamente na realização dessas convenções. Ou seja, por parte do Estado, do Ministério da Saúde, havia o reconhecimento da competência e da capacidade de resposta em todos os âmbitos e, muito particularmente, naquilo que foi desde logo assumido como uma deficiência do próprio SNS, que era na vertente dos cuidados continuados e num conjunto de apoios que, de facto, o Estado não tem contemplado nas suas linhas de ação.

Este aspeto configurou-se numa perspetiva diferente, na altura da Troika que foi marcante sob o ponto de vista nacional e obrigou a uma otimização e racionalização de recursos que existiam.

E aí, aquilo que se pensou e aquilo que foi feito, e é relativamente esta área, foi reconhecer não só a competência e a capacidade das Misericórdias gerirem os hospitais que detinham, mas dar a hipótese não só de bater na propriedade como é correto, mas também dar oportunidade de poderem promover a gestão, até porque os exemplos que existiam, mesmo com as adversidades que foram criadas, foram francamente positivos. E então isso trouxe um processo de devolução dos hospitais às Misericórdias dando capacidade de gerir e fazendo um contrato de igual forma como aquilo que acontecia com a gestão do Serviço Nacional de Saúde. Com a mudança de governo em 2015, apenas 3 deles permaneceram porque os outros processos de devolução negociados foram revertidos e nunca mais se avançou nesse sentido. Havendo nestes últimos anos uma postura um pouco hipócrita, no sentido de centralizar, isso é evidente, até na própria alteração à Lei de Bases, em que está contemplado o Serviço Nacional de Saúde praticamente como a entidade que dá resposta a todas as necessidades de saúde em Portugal, o que não é verdade. O tempo demonstrou que isso não é verdade, nem é possível, mas de facto houve aqui esta componente de “exacerbar” a necessidade do Serviço Nacional de Saúde controlar tudo, o que, na minha opinião, é um retrocesso não só histórico, é um retrocesso do ponto de vista do reconhecimento das boas práticas, que eram feitas numa visão muito mais alargada, incluindo entidades como as Misericórdias e mesmo as privadas, num sistema mais amplo que visa fundamentalmente prestar cuidados de saúde de qualidade aos doentes, com a melhor qualidade e com o menor custo.

NR

No seu entendimento, quais os principais pontos fortes/fracos associados aos acordos de gestão estabelecidos entre o Estado e as Misericórdias, no que se refere ao cumprimento dos objetivos das políticas de saúde na área hospitalar, desde 1974?

E6

O Estado tem tido um papel como um parceiro não recomendável, mesmo na questão dos protocolos e das convenções. Desde logo, porque muitos dos valores que eram estipulados em termos convencionados não são, não eram idênticos. Penso que a situação atual já não está tão discrepante.

Mas no passado podia acontecer que aquilo que um hospital público cobrava para pagamento de determinado tipo de ato quer fosse um meio complementar diagnóstico ou mesmo a intervenção num doente podia equivaler o dobro ou mais daquilo que se disponibilizava a pagar àquilo que eram entidades convencionadas. Desde logo havia aqui um aspeto que era absolutamente injustificável e incompreensível, porque, por melhor que a gestão possa ser realizada dentro de um âmbito de gestão privada, este tipo de amplitudes e das diferenças que existiam eram absolutamente incompreensíveis.

Penso que nestes anos mais recentes as coisas evoluíram, até porque o próprio Estado, no séc. XXI, também mudou de postura e passou a valorizar a contratualização e definir objetivos. O Estado acabou por definir as condições de funcionamento, as próprias tabelas de comparticipação. Mesmo com dificuldades e, nesse aspeto, tem que ser reconhecido às Misericórdias esse papel social, elas têm cumprido, sabendo, desde logo, que quando estabelecem determinado tipo de acordos com o Estado vão ter prejuízo. Porque na maior parte dos casos, de facto, não é estimulante aquilo que é comparticipado pelo Estado para a atividade que é solicitada ou contratualizada com as próprias Misericórdias.

A própria visão que se pretende para o cumprimento dos objetivos do Estado mudou completamente a partir do início dos anos 2000, porque até aí não havia contratualização e, de uma forma um pouco subjetiva, ia-se pagando aquilo que se fazia, iam-se fazendo coisas pontuais. A partir daí, do ano 2002-2003, as coisas passaram a ter um enquadramento diferente. Definiram-se objetivos de gestão e de produção nos hospitais públicos, mas essa filosofia que foi implementada no SNS acabou também por ter benefícios de clarificação daquilo que se passava nas outras instituições. Infelizmente, aquilo que acontece muitas das vezes, é que o Estado é um parceiro de duvidosa intencionalidade nos protocolos que estabelece. Os custos são muitíssimo superiores àquilo que o Estado normalmente se propõe, como parceiro, participar nos trabalhos realizados pelas Misericórdias.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974/1975, como qualifica os resultados

alcançados, na perspectiva das poupanças esperadas pelo Estado? E na perspectiva das Misericórdias?

E6

No que se refere ao SNS, que eu saiba, o incumprimento de contratos-programa, que eu saiba, nunca levou a que houvesse responsabilização por esse facto.

Relativamente às Misericórdias, os hospitais que foram devolvidos, para além de serem só 3, não é possível valorizar ou desvalorizar os resultados, porque até ao seu estudo não há elementos de comparação, para além da dimensão crítica não ser ainda expressiva.

Há um aspeto que é relevante, desde logo, que é a satisfação das necessidades da população. Como os hospitais das Misericórdias funcionam muito nessa componente social, mas também de resposta àquilo que são as necessidades de proximidade dos doentes, acho que é isso que é evidente. É um ganho, eventualmente ainda não quantificado sob o ponto de vista de resultado financeiro ou económico, mas, é perceptível em termos daquilo que é a opinião das pessoas que se sentem satisfeitas com a resposta que têm em termos de proximidade.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos assistenciais?

E6

Conheço melhor Fafe. Mas, já agora, não podemos esquecer outros hospitais que se foram afirmando em termos das Misericórdias e que estiveram sempre fora desse sistema, ou seja, hospitais que passaram à margem da nacionalização, porque não lhes foi atribuída devida importância, eventualmente. Seria desonesto da minha parte não ter em consideração pelo menos 2 ou 3 deles. Conheço razoavelmente bem o de Riba de Ave, o de Vila Verde, o da Póvoa de Lanhoso, que são aqui desta região.

Ao nível do país não tenho uma visão tão global quanto isso, mas em termos de proximidade constituem uma resposta que colmata de uma forma excecional aquilo que

o Estado nem valorizava como necessidade. Isto veio proporcionar uma qualidade de serviços extraordinária não só para as populações, mas, inclusivamente, em termos de colaboração com os hospitais centrais. Isso verificou-se na fase da pandemia, mas também é um tema atual, agora, quando muitas das cirurgias que são feitas não só em termos de recurso direto à própria instituição, mas também ocupando espaços, instalações e equipamentos que esses hospitais têm, deram um contributo muito significativo para melhorar a resposta dos hospitais centrais públicos.

Embora a parte estatal ou governamental, às vezes tenha alguma dificuldade em compreender a descentralização e ver os seus benefícios, na área da Misericórdia, como a responsabilização é distinta, aquilo que se verifica é que há uma proximidade e uma responsabilidade social perante o que são os seus potenciais clientes. Que se tem verificado com extremo sucesso, mesmo não podendo quantificar, por vezes, aquilo que pode ser expresso em termos de crescimento financeiro ou até de projeções de resposta de evolução do negócio. Mas aquilo que nós verificamos é não só a evolução em termos de capacidade instalada dos hospitais das Misericórdias, como as valências que, em alguns casos, paradoxalmente, colmatavam deficiências do próprio Serviço Nacional de Saúde.

Há especialidades de nicho e eu recordo-me de alguns aspetos, por exemplo, o hospital de Braga há 20 anos atrás, mas não só, também mais recentemente o Centro Hospitalar do Médio Ave, tinham insuficiências de resposta, por exemplo na oftalmologia, e é o hospital da Misericórdia de Vila Verde que supriu muitas dessas carências, criando um serviço de referência que, mais tarde, foi inclusivamente aproveitado para o hospital de Braga, quando entrou num regime de parceria pública privada.

O grande problema relativamente a este aspeto, na minha opinião, e é o que está a acontecer um pouco para outras realidades que se está a tentar implementar, é a ausência de estudos, não compreendo a ausência de análise para as novas ULS por exemplo. Primeiro, na obtenção de indicadores fiáveis e que sejam, de facto, avaliados de uma forma séria e que permitam fazermos um diagnóstico da situação. Valorizamos alguns dos aspetos, mas faltam indicadores concretos. É tudo muito subjetivo porque faltam indicadores concretos e isso passa por uma análise qualitativa e quantitativa. O que sabermos é que as pessoas sentem a resposta por parte dos hospitais das

Misericórdias ao ponto, inclusivamente, de em alguns casos se deslocarem centenas de quilómetros para vir à procura de uma resposta no hospital de uma Misericórdia.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos de sistema de avaliação da qualidade (SINAS, da Entidade Reguladora da Saúde), se aplicável?

E6

Conheço melhor Fafe e acho que tem dois aspetos relevantes. Um deles é proporcionar condições que seria desejável que fossem alargadas e que se verifica, por exemplo, a carência relativamente a populações que não têm esse tipo de hospitais, nomeadamente na questão dos cuidados de proximidade, mas também dos cuidados continuados, de convalescença ou outras tipologias. Fafe, de facto, tem condições extraordinárias, tem respondido a esse nível ao ponto de, paradoxalmente, até servir doentes de Braga. Estes hospitais de continuidade e de proximidade têm uma relevância muito grande.

Conheço o processo de avaliação e de auditoria do SINAS, considero que é bastante rigoroso naquilo que faz, por isso, não me surpreende que haja um indicador concreto daquilo que até já é a perceção da população e das pessoas que estão dentro desta área da prestação de cuidados.

NR

Comparando as unidades hospitalares de Fafe, Anadia e Serpa (que já integravam o SNS e foram, entretanto, devolvidas à gestão do sector social) com outras unidades de dimensão semelhante, na mesma área geográfica e ainda sob gestão pública, no seu entendimento, que tipo de vantagens identifica para o Estado entre uma opção e outra?

E6

A resposta pode ser mal interpretada, mas a evidência é que as unidades que foram inseridas neste processo têm-se afirmado, têm demonstrado a sua mais-valia e o Estado não tem resposta para manter as que tem dentro da sua esfera de atuação, porque, de

uma forma ou de outra, tem-se procurado integrá-las no tal outro modelo de funcionamento das ULS, que, desde logo, é também demonstração de qualquer coisa que não está a funcionar corretamente. Sem fazer uma avaliação objetiva e concreta, considero que a própria evolução das soluções é a melhor prova do sucesso de umas em detrimento de outras. Indiscutivelmente, estou aqui a avaliar os hospitais de uma dimensão mais ou menos semelhante, e aquilo que se verifica é que, de facto, por parte daqueles que são públicos ou foram já inseridos num centro hospitalar, estão em vias de ser integrados em ULS, porque, de facto, não conseguem cumprir com aquilo que são os objetivos que deveriam presidir ao seu funcionamento, enquanto que as outras conseguem. Aliás, quanto a Fafe, que estive no Centro Hospitalar do Alto Ave, a demonstração daquilo que é a sua atividade é inequívoca, não há dúvidas sobre isso e outros três processos de devolução, infelizmente, ficaram suspensos e foi pena, nomeadamente no caso de Santo Tirso.

Uma demonstração da dificuldade de resposta por parte das unidades estatais, é esta procura de mudar completamente o modelo de funcionamento. Isso é, também, indicador de que as coisas não respondem às necessidades da população.

NR

Apesar de seguirem o mesmo modelo de acordo de gestão, estabelecido entre as respetivas Misericórdias e Administrações Regionais de Saúde, os resultados alcançados apresentam alguma discrepância de unidade para unidade. No seu entendimento, as diferenças podem ser explicadas por:

- a) incumprimento da respetiva Misericórdia relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- b) incumprimento do Estado relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- c) Incumprimento de ambas as partes. E se sim, em quê?

d) Outras razões. Quais?

E6

Quem define os preços e quem define os valores, é o próprio Estado. Isso é um pouco injusto do ponto de vista do conhecimento, na obtenção dos valores que traduzam a realidade dos custos dos cuidados de saúde, de qualidade, e, desde logo, quando fazemos comparação. Por isso é que questiono se a ausência de indicadores não é intencional, porque quando nós não temos informação, não podemos fazer comparações. Os poucos que existem permitem fazer comparações e, infelizmente, aquilo que se demonstra é que em igualdade de qualidade de serviço, as Misericórdias conseguem produzir a preços mais baixos que justificam aceitar também as tabelas que o Estado lhes propõe.

Mas mais do que os valores já baixos, é o procedimento do Estado no incumprimento, por exemplo, nos prazos de pagamento. O dinheiro tem custos, nomeadamente a questão de cumprir os prazos previamente estabelecidos e, infelizmente, o Estado, nesse caso, também não é propriamente um cumpridor relativamente àquilo que é um requisito que pode levar uma entidade de boa-fé a assinar uma contratualização e que, depois, é confrontada com um prazo de pagamento alargadíssimo, de forma incompreensível.

Por isso, na minha opinião, aquilo que resume isto é que o Estado, normalmente, usa uma posição dominante. E, infelizmente, essa posição dominante é muito pouco sustentada nas decisões que toma, nomeadamente nos preços e nas condições que contratualiza por incumprimento. Não tenho dúvidas que o incumprimento é predominante por parte do Estado e não pelas Misericórdias. Aliás, essa situação tem levado, inclusivamente, a posturas que eu sei que são discretas, mas que não deixam extravasar um pouco para o âmbito público que as Misericórdias quase que ameaçam, de facto, suspender determinado tipo de contratualizações que fizeram por um incumprimento absurdo por parte do Estado. Ora, não tenho dúvidas, até pela realidade das entidades convencionadas com o Estado, onde acontecem situações semelhantes, que o Estado não é um parceiro confiável. Não só sob o ponto de vista do reconhecimento daquilo que são os valores justos em termos das comparticipações, como, inclusivamente, no cumprimento dos prazos estabelecidos e isso, de facto, transfere para as unidades privadas e para as Misericórdias, riscos de gestão muito significativos.

A minha perceção, de uma forma muito global, é que a justificação para as Misericórdias, muitas vezes, contratualizarem determinado tipo de serviços é a intencionalidade de cumprirem um papel social, e não tanto para uma obtenção de lucros.

NR

Na sua perspectiva, e partindo da experiência recolhida nas unidades hospitalares do SNS cuja gestão foi devolvida às Misericórdias (nos primeiros cinco anos, 2015-2020) que medidas futuras podem ser adotadas para que este tipo de parcerias possa ser mais efetivo, assente em relações de cooperação e com benefícios de boa governança para todos os parceiros envolvidos?

E6

A visão relativamente à devolução dos hospitais às Misericórdias era permitir que as Misericórdias fizessem a gestão clínica de hospitais cuja pertença é delas, das próprias Misericórdias, e vinha um pouco na sequência de uma experiência que foi positiva, que foram as próprias Parcerias Público-Privadas na saúde. E só uma justificação ideológica pode justificar a negação toda daquilo que eram as evidências. O processo que existia de os hospitais serem construídos no regime de parcerias Público-privadas correspondeu à concretização de apenas 40% daquilo que era a visão inicial dos 10 projetos.

Mas mesmo esses, por unanimidade, são reconhecidos como desempenhos excecionais e não só sob o ponto de vista de custos para o Estado, mas também fundamentalmente pela satisfação da qualidade para os utentes. Falamos no SINAS, mas há outras formas também de avaliar a eficácia e satisfação dos próprios doentes e isso é inequívoco.

Penso que também fruto disso se passou para o modelo de permitir às Misericórdias gerir hospitais que tinham sido nacionalizados, mas também para outro tipo de medidas, que acabaram por nunca se concretizar como são as USF tipo C.

Sob o ponto de vista de resultados concretos e objetivos, não tenho dúvidas que se houvesse a coragem de assumir a obtenção de indicadores que identificassem concretamente aquilo que era a capacidade de resposta, quer de umas instituições quer de outras, a opção teria que ser por esse caminho. E de facto há aqui um aspeto que

extravasa aquilo que deveria ser o papel do Estado que era compartilhar os pagamentos dos atos que são feitos à população, porque é uma obrigação que decorre da própria Constituição de promover a saúde dos portugueses, mas já não se deveria meter, na minha opinião, na prestação desses cuidados. Ou seja, deveria contratualizar cuidados, com mais benefícios para o Estado do ponto de vista financeiro e com a maior capacidade de resposta para os próprios utentes.

Infelizmente, nós temos, ao longo destes anos, verificado alterações dessas prioridades, mais com justificações ideológicas do que propriamente com fundamentações de carácter, quer de resposta à população, quer inclusivamente de benefícios económicos. Evidências essas não só naquelas unidades que foram devolvidas, que ainda por cima tiveram que fazer um percurso muito difícil, porque a ausência de continuação do processo global levou a mais dificuldades de implementação dos próprios modelos de negócio que pretendiam fazê-lo.

Aquilo que é inequívoco, na minha opinião, é que esse caminho algum dia vai ter que ser feito e temos que nos abstrair das componentes ideológicas, valorizando, em primeiro lugar, a qualidade da prestação de cuidados aos doentes e o aspeto de proximidade que é fundamental. E há um aspeto que também interessa a todos, que é o menor custo possível dentro daquilo que se possa traduzir em benefício do próprio orçamento de Estado.

Entrevista 7

NR

No seu entendimento, como evoluiu a relação entre o Estado e as Misericórdias no setor da saúde em Portugal ao longo do período democrático?

E7

A saúde em Portugal, e particularmente na área da prestação dos cuidados hospitalares, até à instauração da democracia, em 1974, no fundamental era assegurada pelas Misericórdias.

Aliás, nós só tínhamos hospitais públicos, que não das Misericórdias, no Porto, em Coimbra e em Lisboa.

No Porto tínhamos o hospital de São João, tínhamos em Coimbra os velhos hospitais da Universidade de Coimbra, e em Lisboa tínhamos os velhos hospitais civis de Lisboa, que eram 7, e o hospital de Santa Maria. De resto, toda a malha hospitalar portuguesa era detida, em termos de propriedade, mas também de exploração, de realização dos fins hospitalares, por parte das diversas Misericórdias em Portugal. Deve-se salientar que isto já vinha de trás, aliás, foi um transmuntano, Trigo Negreiros, que foi o principal obreiro da criação dos hospitais da Misericórdia, salvo aqueles hospitais do início do século 19 e fins do século 18 e que tiveram muito a ver com beneméritos, particularmente Portugueses que tinham emigrado para o Brasil, que tinham realizado algumas poupanças e as investiram nas suas terras, veja-se o caso de Riba d'Ave, o caso da Póvoa de Lanhoso, entre outros.

A exploração era quase, à época, uma parceria Público-privada um pouco ao contrário. É e foi essa rede que durante anos sustentou o sistema hospitalar português.

Dando aqui um salto, os hospitais foram nacionalizados em 1975 e de uma forma que, do meu ponto de vista, ainda hoje está por resolver. Qualquer país, quando nacionaliza, indemniza. Os proprietários, as Misericórdias, nunca foram indemnizadas e ressarcidas dessa perda de património que sofreram. Bem sei que o Estado pagava rendas nalguns casos, mas em termos globais, digamos, nada se resolveu.

Há o despacho do Dr. António Arnaut para a criação do SNS em 1979, depois há uma lei da Assembleia da República, mas o Serviço Nacional de Saúde começa a ser verdadeiramente construído nos anos 90.

Qual foi e continua a ser o grande papel das Misericórdias? A saúde é uma questão de ordem social, mas também de ordem económica. Também está sujeita às leis da oferta e da procura. E nós sabemos que em qualquer área a procura tende sempre a suplantar a oferta e quando a procura suplanta a oferta, o que é que acontece? Sucede que a oferta aumenta os preços, se for uma relação comercial, ou sucede que a oferta diminui, portanto, e começa a existir escassez de bens e escassez de serviço, no nosso caso é de serviço.

Em suma para poder dar aqui um apoio ao constante aumento de procura de cuidados de saúde dos cidadãos teve que existir também aqui um aumento de oferta, particularmente por parte do setor social, leia-se Misericórdias e outras entidades, mas também do setor privado. E na minha convicção apesar do Serviço Nacional de Saúde, que nós muito estimamos, naturalmente com as suas deficiências, listas de espera, questões de qualidade e de segurança, mas se não fossem as Misericórdias, o setor social e, repito, o setor privado, naturalmente, que o desencontro entre aquilo que os portugueses procuram em termos de saúde e aquilo que se oferece seria um fosso ainda muito maior. E assim o estado de saúde dos portugueses estaria muito pior do que aquilo que se encontra hoje.

NR

No seu entendimento, quais os principais pontos fortes/fracos associados aos acordos de gestão estabelecidos entre o Estado e as Misericórdias, no que se refere ao cumprimento dos objetivos das políticas de saúde na área hospitalar, desde 1974?

E7

Isto conduz-nos àquilo que, do meu ponto de vista, deve ser a missão das Misericórdias.

Eu diria que há aqui vários patamares. As Misericórdias têm por natureza e até por afetividade, uma grande proximidade com as populações. E hoje, quando se fala em

cuidados de saúde de proximidade, ninguém melhor que as Misericórdias para estar próximo às autarquias, e para estar próximo das pessoas.

Uma das maiores marcas dos acordos desde 1974 até hoje com as Misericórdias tem a ver com o início de vida, o cuidar das crianças, o infantário, os jardins de infância, até crianças com necessidades especiais de educação especial. Depois o fim de vida, as chamadas estruturas residenciais para idosos, vulgo lares. E as Misericórdias também têm os centros de dia. Portugal tem uma enorme dívida com as Misericórdias, porque na realidade são as Misericórdias que tomam conta dos dois setores etários porventura mais importantes da nossa sociedade, que são os mais novos, que são os mais velhos.

Depois, temos aqui outra fatia de acordo que também é importante, nomeadamente naquela prestação direta de cuidados à doença aguda, e particularmente dentro da área cirúrgica. Os portugueses têm essa disponibilidade ao longo do país para determinados atos ou, na generalidade, para quase todos os atos cirúrgicos, com exceção de cirurgia que envolva questões oncológicas. E essa é outra das áreas em que as Misericórdias têm prestado um enorme serviço e sem as quais o Estado não podia, digamos, propriamente ter outro tipo de solução, mas sem os quais os portugueses não teriam capacidade de resposta.

Quando a oferta não consegue responder à procura, em termos comerciais, aumenta os preços. Não é em termos sociais, não é?

Existe escassez, as listas de espera nos hospitais públicos representam, em termos de economia social, exatamente uma escassez de oferta.

Não é que é essa que é submetida visada pelas Misericórdias,

Em suma, início de vida e fim de vida. Dois vetores fundamentais para a nossa sociedade e pelo respeito que os portugueses merecem. As Misericórdias estão presentes no princípio de vida, fim de vida e até em relação aos problemas que afetam as Mulheres. Muitas das vezes, o Estado também não lhes consegue dar resposta e são as Misericórdias que vão dar resposta. Nomeadamente, em relação a famílias monoparentais, em relação a mulheres em risco social.

E a questão, digamos, do aumento da oferta que significam em relação à prestação de cuidados agudos, particularmente em afeções do foro cirúrgico. E mesmo de meios complementares.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974/1975, como qualifica os resultados alcançados, na perspetiva das poupanças esperadas pelo Estado? E na perspetiva das Misericórdias?

E7

Tal como em relação às Parcerias Público-Privadas, em que há reportes muito inequívocos do Tribunal de Contas, não sei citar de memória mas também existirá alguma tomada de posição do Tribunal de Contas sobre essa matéria, nomeadamente na vertente da eficiência.

Eu apenas lhe posso dar um exemplo: fui Presidente do Conselho de Administração, primeiro do centro hospitalar do Alto Ave, que englobava a unidade hospital de Guimarães, Fafe e também Cabeceiras de Basto.

E em 2015, por decisão governamental, Fafe foi um dos hospitais que foi devolvido à Misericórdia. Se falamos só de eficiência, e é essa a centralidade da questão, eu sei que eficiência consegui gerar no orçamento do Centro Hospitalar a partir da devolução do hospital de Fafe. Aliás, interessantemente, com a devolução do hospital de Fafe e ficando só a unidade de Guimarães no Centro Hospitalar, que depois voltamos a designar de Hospital Senhora da Oliveira, foi a partir daí, pela primeira vez, que o hospital Senhora da Oliveira teve resultados líquidos positivos, portanto, está aqui a demonstração de eficiência.

E tanto quanto sei o hospital de Fafe, posteriormente a ser gerido pela respetiva Misericórdia, começou também a ter resultados operacionais positivos. Para nós, pólo de Guimarães, foi também importante porque o hospital não se podia candidatar a fundos europeus, é uma regra Europeia para as empresas públicas, no caso de entidades e entidades públicas empresariais do Estado, para se candidatar a fundos europeus tinham que ter capital próprio positivo e tinham que ter resultados líquidos positivos e

foi isso que nos permitiu candidatar a Fundos Estruturais, em que fomos beneficiários de mais de €12.000.000 de euros, o que nos permitiu reabilitar e ampliar o serviço de urgência.

Por outro lado, hoje fala-se muito nas alterações climáticas, e bem, na questão da economia verde. Os hospitais também têm que se preocupar em ser verdes, nesse sentido ambiental, e isto possibilitou tornar progressivamente o hospital cada vez mais amigo do ambiente, com o recurso a Fundos Estruturais.

Por conseguinte, a devolução de Fafe foi uma espécie de “asa de borboleta”, provocou grandes transformações positivas, para a comunidade de Fafe, mas também para Guimarães e para toda esta região.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos assistenciais?

E7

Por aquilo que vem na comunicação social e às vezes também pelos relatórios que tenho o prazer de ler das respetivas Misericórdias o que sei é que esses hospitais, particularmente Fafe, também Anadia, sei que aumentaram consideravelmente os seus resultados assistenciais, nomeadamente Fafe.

Em termos de redução das listas de espera, Guimarães também teve, com a entrega do hospital de Fafe à Misericórdia, uma redução considerável da sua lista de espera porque uma parte das intervenções cirúrgicas, ou mesmo a generalidade das intervenções cirúrgicas da população do Concelho de Fafe e até do Concelho de Cabeceiras eram realizadas no hospital de Guimarães. Por conseguinte, a população de Fafe e a população de Cabeceiras “concorria” com a população de Guimarães e de Vizela para a marcação de cirurgias.

A partir do momento em que “adjudicámos” a população de Fafe e de Cabeceiras ao Hospital de Fafe, a nossa oferta tornou-se mais “fluída”. Portanto, houve aqui um efeito ganhador, *win-win* como agora se diz, tanto para o setor público como para o setor

social e, particularmente, para a população envolvida, digamos, para todos estes concelhos.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos de sistema de avaliação da qualidade (SINAS, da Entidade Reguladora da Saúde), se aplicável?

E7

Há muitas críticas em relação a qualquer sistema de avaliação e como a acreditação dos hospitais é, mas o que eu sugiro sempre é que mais vale ter um sistema de avaliação do que não ter nenhum.

Há sempre sistemas melhores, mas mais vale ter um do que não ter nenhum. E o sistema de avaliação SINAS, que foi interrompido tanto quanto tenho conhecimento, mas está a ser reformulado e vai voltar de novo ao terreno tem sido, um ótimo instrumento de avaliação, mas também de benchmarking, de comparação para os hospitais, porque, cada vez mais, para fazermos melhor temos que nos comparar com as melhores práticas.

Se o hospital vizinho tem melhores resultados do que o meu, qual é a minha primeira reação? Vou ver o que o hospital vizinho está a fazer, o que é que eu posso aprender, para importar e aplicar as mesmas boas práticas e isso hoje é facilitado pela circulação da informação. No passado não só não havia meios técnicos para ela circular, tinha que circular em papel, mas pessoas também tinham algum temor em comparar resultados. E hoje, a gestão moderna depende muito de como é que comparamos os resultados uns com os outros.

E outra questão, a finalizar: normalmente, as comparações eram feitas muito só no plano administrativo no passado. Desempenho financeiro, desempenho de compras, custos unitários, isso é importante para o sucesso de qualquer empresa e também para o sucesso da administração do Estado, seja ela administração direta, ou administração indireta. Mas o que nos deve preocupar fundamentalmente, como em qualquer empresa, é: qual é o impacto que isso tem nos meus clientes? Quais são os custos diretos da minha empresa, é importante, mas qual é o impacto desses custos diretos na satisfação

dos meus clientes? Qual é o impacto nos meus clientes do meu aumento ou da minha diminuição de despesa?

E o sistema SINAS permitiu-nos isso porque, não sendo um sistema de avaliação financeira, ele é, essencialmente, um sistema de avaliação clínica. Por exemplo, cirurgia vascular a um aneurisma da aorta: eu sei como é que o meu hospital se compara em termos de resultados de aneurisma da aorta, ou outro procedimento clínico, por hipótese, com outros hospitais. Ainda que o SINAS, na sua génese, não tenha muito a ver com isso, mas que é a questão do valor gerado em saúde, do *value-based healthcare*,

É importante saber se se gasta menos ou mais dinheiro, porque se gastar muito mais do que aquilo que devo também não tenho dinheiro para assegurar um serviço de qualidade e de segurança aos meus doentes. Mas a minha relação fundamental é: qual é o impacto que eu gero na promoção da saúde, no caso, e no tratamento da doença dos meus cidadãos? E eu penso que, na generalidade, o sistema SINAS conseguiu esse objetivo.

NR

Comparando as unidades hospitalares de Fafe, Anadia e Serpa (que já integravam o SNS e foram, entretanto, devolvidas à gestão do sector social) com outras unidades de dimensão semelhante, na mesma área geográfica e ainda sob gestão pública, no seu entendimento, que tipo de vantagens identifica para o Estado entre uma opção e outra?

E7

Isto depende da visão que nós temos para o sistema de saúde. Como é que nós queremos que o sistema de saúde evolua? Queremos que o Estado continue a ser pagador e prestador ou queremos que o Estado seja uma imensa entidade reguladora dos serviços que são prestados?

Por exemplo, a ASAE é uma entidade controladora e fiscalizadora do fornecimento de bens, particularmente de bens alimentares. Agora, imagine se todos os supermercados, mercearias, estabelecimentos que vendem bens alimentares ao retalho ou diretamente confeccionados, como os restaurantes, eram do Estado?

A saúde é um bem essencial, sem dúvida. Mas nós temos outros bens essenciais que determinam a nossa saúde, melhor dizendo outros bens essenciais que precedem a saúde e que determinam a saúde, e há dois que seguramente precedem: primeiro a alimentação, segundo o saneamento básico.

Sabe porque é que morriam muitas crianças nos anos 60? Não havia água potável, nem saneamento básico. E daí as elevadas taxas de mortalidade infantil. E, depois a fundação pelo saudoso Professor Albino Aroso do programa materno-infantil. Primeiro bem essencial: alimentação. Segundo bem essencial: água potável. Terceiro bem essencial: saneamento básico. Quarto bem essencial: saúde. E qualquer um destes bens, pela ordem crescente, determina os bens seguintes. Pela ordem decrescente são determinados pelo bem anterior. Bom, e então porque é que nós não temos aqui um Serviço Nacional de Alimentação?

Por conseguinte, os portugueses têm que decidir até onde querem a intervenção do Estado na saúde. Se querem que o Estado pague e preste o serviço. Ou se querem que o Estado, em determinada medida, ou na totalidade da medida, pague. Dou um exemplo: temos um dos melhores sistemas de saúde na Europa, reconhecidamente nas avaliações. Normalmente, diz-se que o Serviço Nacional de Saúde português é dos melhores do mundo, está entre o 12º e o 14º nas avaliações. Mas vá ver os 11 ou os 13 melhores e percebe que nenhum é um modelo de Serviço Nacional de Saúde, todos são Sistemas, e sistemas bismarquianos. Por contraposição, no nosso caso o modelo é Beveridgiano, de Lorde Beveridge.

A Holanda não tem hospitais públicos, tem um Estado, e os hospitais são todos privados, com uma condição: é que não podem distribuir lucros. Todo o resultado líquido positivo, por determinação do Governo, tem que ser reinvestido no próprio hospital, no sentido da promoção de melhores condições de qualidade e de segurança. Agora, o Estado é que paga esses serviços. Portanto, o Estado afastou-se da prestação, contrata com os prestadores e contrata também a prestadores sociais, nomeadamente igrejas luteranas. O Norte da Europa é mais protestante e nós aqui, a Sul, somos mais católicos, mas com todo o respeito pelas duas visões crentes superiores, digamos, do espiritual, as igrejas luteranas são um pouco o sucedâneo das nossas Misericórdias, que também têm inspiração divina. Até conto um episódio que vivi na Holanda. Em

determinado dia, conheci o Ministro da Saúde da Holanda, talvez em 1997, o qual fazia parte de um governo que em termos políticos se diria de direita, centro-direita, e que me disse: provavelmente vamos perder as eleições, sabe? E nós podemos dizer que a saúde aqui na Holanda é privada, mas o próximo Governo, que seguramente vai ser de esquerda, vai dizer que a saúde é pública. E sabe uma coisa, eles têm razão e nós também temos. E vai ver que eles não vão mexer nem um milímetro do nosso ordenamento de saúde. Se olhamos para o lado do financiamento, é público. Se olhamos para a prestação, ela é privada ou do setor social. Mas é como digo, eu também sou doente, já estive internado, tenho doença crónica. Quando vou a um hospital, quando qualquer pessoa vai ao hospital, a última coisa que cuida de saber é se é público ou privado, a pessoa quer é a prestação do cuidado.

E depois, claro, se é um bem essencial, de primeira necessidade, há uma responsabilidade social do Estado de assegurar a despesa, particularmente em relação aos mais desfavorecidos.

NR

Apesar de seguirem o mesmo modelo de acordo de gestão, estabelecido entre as respetivas Misericórdias e Administrações Regionais de Saúde, os resultados alcançados apresentam alguma discrepância de unidade para unidade. No seu entendimento, as diferenças podem ser explicadas por:

- a) incumprimento da respetiva Misericórdia relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- b) incumprimento do Estado relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- c) Incumprimento de ambas as partes. E se sim, em quê?
- d) Outras razões. Quais?

E7

Inclinar-me-ia mais para outras razões, até porque não tenho informação rigorosa, objetiva, específica sobre o que é que foi cumprido, o que é que não foi cumprido. O

que sei é que quando há acordos, há sempre algum grau de incumprimento, de parte a parte, isso é da natureza das coisas.

Em termos globais, houve cumprimento. Não sei os eventuais incumprimentos. Agora o que eu sei?

São 3 hospitais. Ainda que a missão esperada pudesse ser relativamente a mesma, em Portugal somos felizmente um país com grande diversidade: cultural, geográfica, climática, etc. E os meios onde estão inseridos esses 3 hospitais, Fafe, Anadia e Serpa, são totalmente distintos.

Ainda que os 3 sejam um pouco, em termos de ocupação da população, um pouco semelhante. Em termos económicos, a população tem basicamente a mesma ocupação, ainda que exista mais indústria em Anadia, mas tudo bem.

E isso está estudado epidemiologicamente, as necessidades das populações em matéria de saúde obedecem a muitas variáveis. E uma das variáveis que influencia muito a procura de cuidados é a ocupação económica das pessoas. Se eu estou num meio essencialmente fabril, a procura de cuidados para os operários fabris é muito diferente da procura de cuidados, por exemplo, aqui na zona onde estamos, do Minho, em que basicamente é população mais agrícola. Portanto, em suma, os resultados têm a ver com várias, com outras razões, fundamentalmente da ocupação económica da população e também da ocupação do território.

Se olhar para Anadia e para Fafe, em termos de ocupação do território, a ocupação é mais concentrada. Se olhar para Serpa, é uma ocupação mais dispersa e, em suma, e a ocupação do território e a ocupação económica determinam também aquilo que é a eficiência dos cuidados. Por exemplo, no Concelho de Serpa haverá talvez mais de 100 povoados que têm abaixo de 5 pessoas. O que não lhe acontece aqui no Minho, em Fafe, e também não lhe acontece em Anadia. Portanto, isso determina e condiciona muito a oferta de cuidados. Não a mesma coisa prestar cuidados a uma população de um povoado com 5 pessoas a 40 ou 50Km de Serpa. O que se passa em Serpa, não com tanta graduação, mas é a mesma coisa que se passa em Mértola.

NR

Na sua perspetiva, e partindo da experiência recolhida nas unidades hospitalares do SNS cuja gestão foi devolvida às Misericórdias (nos primeiros cinco anos, 2015-2020) que medidas futuras podem ser adotadas para que este tipo de parcerias possa ser mais efetivo, assente em relações de cooperação e com benefícios de boa governança para todos os parceiros envolvidos?

E7

Este movimento que foi iniciado na segunda década do atual século deveria ser mais estudado no sentido das perguntas que me formulou.

Vamos ver o que é que funcionou bem, o que é que funcionou mal e tirar conclusões a partir daí.

E se for o caso, continuar com o programa de devolução dos hospitais às Misericórdias. Dou um exemplo que é um exemplo muito interessante, porque em termos de dimensão não se trata do hospital de Fafe, Anadia ou Serpa, mas, por exemplo, a Misericórdia do Porto e já desde os tempos do Professor Albino Aroso sempre reivindicou a entrega do Hospital de Santo António. E isso nunca foi estudado. Reclamava e reclamava porque é património seu. Eu também reclamo a minha casa, como é óbvio, e cada um a sua, não é? Mas o Estado nunca avaliou esse pedido em termos do impacto futuro. É um exercício de planeamento e para isso é que existe o planeamento. Não planear, não é prever o futuro. Então, como Voltaire costumava dizer, eu tenho tanto respeito pelo futuro que não me atrevo a insultá-lo fazendo previsões, não é? Aqui tratava-se de estudar a situação. O que é que é melhor para a população que frequenta o Hospital de Santo António? É melhor continuar o Estado? É melhor entregar à Misericórdia?

Não podemos andar a tomar decisões de eficiência, de eficácia, e de efetividade, com base na nossa ideologia. A ideologia não trata doentes, nem dá de comer às pessoas.

Em suma, deveria haver uma avaliação, passado este tempo, de como é que evoluíram esses hospitais. E em termos de planeamento, as decisões que se tomar hoje qual é o impacto que se espera no futuro? Há hospitais como Famalicão, ou Santo Tirso, já não falo de Santo António, aqui, na região Norte. Esses Hospitais estão com défices sucessivos, continuam com listas de espera enormes, com fraca capacidade de oferta a necessidades da população, a não conjugação da oferta com os movimentos da procura.

E o que eu sei é que as Misericórdias têm conseguido, apesar de tudo, uma boa conjugação entre aquilo que é a procura de serviços e aquilo que elas podem oferecer.

Entrevista 8

NR

No seu entendimento, como evoluiu a relação entre o Estado e as Misericórdias no setor da saúde em Portugal ao longo do período democrático?

E8

O Estado tomou conta de uma oferta muito ampla que os Misericórdias tinham antes do 25 de Abril.

É preciso ter presente que o Estado, tirando Lisboa, Porto e Coimbra, onde estavam centradas as ofertas mais diferenciadas, os cuidados diferenciados, portanto, e sempre aqui ligados também aos Hospitais-escola, à formação Superior, o Estado não dispunha de nenhuma rede até então de serviços diferenciados de saúde no país. A maior parte da oferta que existia era realmente proporcionada pelas Misericórdias através dos hospitais que tinham, na sua grande maioria, um âmbito concelhio, e nalguns casos um âmbito distrital.

O que o Estado fez a seguir ao 25 de Abril para suprir essa lacuna foi, na prática, tomar a rede que existia. Não creio que o Estado tenha alguma vez acordado com as Misericórdias uma compensação por essa decisão que tomou a seguir ao 25 de Abril. O que fez foi tomar como suas aquelas unidades, possivelmente pagando rendas dos edifícios, mas não lhes permitindo regressar a qualquer atividade nesse domínio da prestação dos serviços.

Creio que, portanto, a relação que existiu com as Misericórdias se situou sempre ao nível de outros domínios importantes que as Misericórdias foram ganhando ao longo dos anos, sobretudo na área dos cuidados continuados de saúde e na prestação de outros serviços de natureza social, quer na área da educação, quer no âmbito do apoio à velhice, com os centros de acolhimento, fossem os centros de dia, fossem os centros de internamento, e a necessidade de contratualizar com o Estado o apoio público para o funcionamento dessas unidades.

E, portanto, há de certa maneira, uma relação muito próxima com o Estado na medida em que se envolvem numa função de apoio social que a Constituição faz incumbir ao Estado na sua plenitude em termos de responsabilidade.

O Estado, portanto, não deixou de contratualizar com estas instituições ao longo dos anos, na medida das suas possibilidades, à medida que as necessidades foram agravando, sobretudo com o envelhecimento da população. Uma colaboração que foi muito benéfica, quer para o Estado, quer para a sociedade civil, de maneira geral.

Na área da saúde, destaco estas questões relacionadas com cuidados continuados, os chamados hospitais de retaguarda, que foram unidades que foram sendo desenvolvidas com recursos próprios e muitas vezes com recurso a fundos comunitários para os quais, evidentemente, a boa relação com o Estado também é essencial. Isto, até ao tempo em que estive no Governo se ter feito uma contratualização para voltar a entregar as unidades que o Estado tinha tomado logo a seguir ao 25 de Abril, e não terá havido nenhuma outra experiência pioneira que tivesse servido de *benchmark* para estas operações.

NR

No seu entendimento, quais os principais pontos fortes/fracos associados aos acordos de gestão estabelecidos entre o Estado e as Misericórdias, no que se refere ao cumprimento dos objetivos das políticas de saúde na área hospitalar, desde 1974?

E8

O Estado tem há muitos anos um sistema complexo de convenções que estabelece com muitas entidades e admito que também as Misericórdias possam ter sido abrangidas por muitos desses acordos de convenção. Conforme as épocas, o Estado recorreu ao setor privado, ao setor mutualista, e também às Misericórdias, para ampliar a sua capacidade de oferta de serviços e de equipamentos.

Na área de cuidados diferenciados não sei que tipo de protocolos é que existiram com as Misericórdias ao longo desses anos. O que sei é que em 2013 se pretendeu passar a pente fino o conjunto de todas as unidades que o Estado detinha, no sentido, também, de saber se as Misericórdias tinham interesse em ver restituída a gestão dessas unidades.

E eram muitas, realmente, e esse plano não era fácil de fazer. Mas em pouco tempo isso foi feito em relação a um conjunto de unidades. Sei que posteriormente houve uma intenção política em parar esse processo, não sei como é que as Misericórdias em causa avaliam os resultados que foram obtendo com base nos acordos que foram feitos em 2013 para fazer a reversão da gestão destas unidades.

Mas do lado do Estado a intenção era justamente de alargar uma rede que nós sabemos ter de ser mais diversificada por muitos outros operadores que não fosse o Estado.

A ideia de que o Estado tem uma obrigação indeclinável na prestação deste tipo de cuidados não deve ser confundida com a ideia de que é o Estado que deve diretamente prestar a maior parte destes cuidados.

Na altura em que eu estive no Governo, havia muito a noção de que o Serviço Nacional de Saúde era um instrumento muito importante da política de saúde que incumbe ao Estado, mas não tinha de ser o único elemento relevante das políticas públicas. E era importante, também, que nós conseguíssemos ao nível do sistema nacional de Saúde uma relação mais intensa, mais aberta, mais transparente e mais eficiente entre aquilo que eram as unidades públicas, as unidades privadas ou do terceiro setor. E ter as Misericórdias progressivamente envolvidas nessa oferta era para nós importante na medida em que isso servia o propósito de ter uma rede mais alargada e descentralizada, que não fosse estritamente pública. Aliado isso, ao facto de o Estado nunca ter tido uma ação reparadora adequada daquilo que era a intervenção das Misericórdias no tempo em que o Estado não tinha essas preocupações.

O que se procurou, pois, foi ter uma oferta mais diversificada, mais eficiente. A nossa expectativa era que esse serviço poderia ser retomado por algumas Misericórdias com vantagem para os cidadãos e para o Estado.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974/1975, como qualifica os resultados alcançados, na perspetiva das poupanças esperadas pelo Estado? E na perspetiva das Misericórdias?

E8

Não tenho essa informação. Sei o que é que se pretendia: que devia ser uma poupança de cerca de 20% por parte do Ministério. Isso era importante para conseguir, por um lado, sossegar espíritos mais inquietos que podiam achar que a devolução às misericórdias, no fundo, podia servir de uma espécie de disfarce para transferir recursos financeiros que não seriam adequados para instituições não públicas, embora prossigam uma finalidade pública, um serviço público. Por outro lado, também porque havia uma convicção estabelecida de que o nível de ineficiência na prestação por parte dos serviços públicos era razoável, apontado como entre os 20 e os 30%. Embora, isto depois não seja assim muito fácil de “descascar”, de saber o que é ineficiência em resultado de problemas de organização, problemas de gestão, outros que envolvem as quebras de materiais, os contratos pouco eficientes que são estabelecidos nos fornecimentos, etc.

E, portanto, a ideia de que era possível fazer uma certa justiça devolvendo as unidades aos seus iniciais proprietários, por um lado, e, por outro lado, que era possível que o Estado não só poupasse dinheiro como pudesse oferecer, pelo menos, um serviço tão bom, se não melhor, e a ideia era que até fosse possível melhor, do que aquilo que existia antes.

Se os resultados foram ao encontro dessa expectativa, não sei responder porque não conheço. A sua investigação trará dados interessantes sobre isso, e, portanto, espero que possa haver uma conclusão positiva.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos assistenciais?

E8

Não tenho dados. Mas é pouco provável, em todo o caso, que os dados assistenciais, falando da produção dessas unidades, não fossem crescendo ao longo dos anos, porque as necessidades assistenciais têm vindo a crescer.

O ponto que se põe é o de saber se a resposta que foi dada foi suficientemente flexível. Como sabemos, quando o Estado contratualiza alguma coisa com terceiros, até porque há responsabilidades patrimoniais e financeiras, o controlo que exerce sobre essas

contratualizações é um controlo bastante apertado. E, portanto, o Estado, muitas vezes, por essa razão, pode até travar o crescimento da produção. Enquanto nos serviços públicos, não é assim, é o que for. E o custo? É o que for, é o que se apurar no fim.

Seria muito interessante que se pudesse realmente analisar o nível de flexibilidade dessa contratação, porque não tenho dúvidas que as necessidades devem ter crescido porque cresceram em todo o sistema e era importante saber se nesses casos, nesses 3 casos, a procura foi ou não satisfeita com a produção na medida em que ela está contratualizada e essas entidades para poderem prestar, não o podem fazer fora do chapéu financeiro que está acordado.

Foi isso que aconteceu e a produção foi travada? Esse travão não existiu e houve depois uma revisão contratual em função da procura, que foi satisfeita com a produção que foi oferecida? Compara isso bem ou mal com as unidades públicas que no mesmo período tiveram grosso modo a mesma procura crescente? Seria muito interessante saber se o instrumento em si defendia ao mesmo tempo a responsabilidade financeira do Estado e do outro assegura o mesmo nível de flexibilidade que faz com que a procura tenha de ser satisfeita com o aumento da produção quando isso é crítico.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos de sistema de avaliação da qualidade (SINAS, da Entidade Reguladora da Saúde), se aplicável?

E8

A qualidade tem de ser avaliada sempre por dois prismas: um é o próprio regulador, não sei se o regulador tem feito isso. Foi público, há pouco tempo, que deixou de se fazer essa avaliação, não?

De 2015 a 2020, não sei se essa avaliação tinha a qualidade e o escopo que seria necessário ou não. Até admito, enfim, se pudesse ter uma avaliação que pudesse ser pouco útil que gerasse consumos desproporcionados face aos resultados a obter, mas então deveria ter sido substituída por alguma avaliação mais completa, mais exigente. Agora acabar com uma avaliação sem ter qualquer outra é que me parece pouco

prudente. Mas, portanto, o regulador faz uma avaliação e essa avaliação tem também uma componente, uma dimensão, que incide sobre a qualidade, mas depois é preciso fazer um inquérito junto das populações para tentar avaliar se o seu nível de satisfação é ou não o adequado. Que pode depois ser cruzado com as reclamações que são feitas, que são formais.

Em 2014-2015 procurou-se fazer uma avaliação em várias dimensões da execução das políticas e fizeram-se inquéritos desse tipo para as unidades hospitalares. Esses inquéritos foram feitos recorrendo a empresas de sondagens externas, que articularam com o Ministério da Saúde as dimensões a avaliar. Dimensões como o acesso, saber se as pessoas a tinham tido barreiras importantes no acesso aos serviços de saúde públicos, fosse de natureza profissional, financeira, de mobilidade. Um outro estudo, da Universidade Nova, que foi coordenado pelo Pedro Pita Barros, abrangia uma série de dimensões e algumas estavam relacionadas com o acesso, com as barreiras, e isso também incluiu um estudo de satisfação dos utentes do sistema de saúde português.

NR

Comparando as unidades hospitalares de Fafe, Anadia e Serpa (que já integravam o SNS e foram, entretanto, devolvidas à gestão do sector social) com outras unidades de dimensão semelhante, na mesma área geográfica e ainda sob gestão pública, no seu entendimento, que tipo de vantagens identifica para o Estado entre uma opção e outra?

E8

Julgo que o que estamos a observar no tempo presente mostra a pertinência da abordagem que tivemos na altura. Quanto mais o Estado tem uma perspectiva centralizadora e exclusiva na prestação dos cuidados, mais cai a eficiência, e mais a qualidade dos cuidados que são prestados se degrada.

Além de haver um problema de gestão que as entidades públicas não conseguiram resolver, mesmo com a empresarialização das unidades esse problema persiste. O Estado não é muito eficiente na gestão das unidades e isso hoje vê-se, desde logo, pela forma como cresceu significativamente o orçamento da saúde, o programa orçamental

da saúde, que no último ano já atingiu um valor anual na casa dos 14.000 milhões de euros, contra perto de 8.000 milhões de euros em 2015.

Se ao longo destes anos até vivemos em razoável estabilidade nominal, tirando o último ano, há aqui qualquer coisa que não funciona bem, portanto, se o nível de satisfação das pessoas é pior, se os tempos de espera têm aumentado, se apesar do aumento da produção o resultado não é satisfatório, há um problema de gestão, só pode haver um problema. E julgo que o Serviço Nacional de Saúde está a caminhar senão para um colapso, enfim, para qualquer coisa que anda nas vizinhanças do que o que se pode entender por um colapso no funcionamento da política pública.

A perspetiva de que o Estado deve ter uma visão menos restrita do que é responsabilidade constitucional que lhe incumbe do lado da saúde obrigará a olhar de uma forma mais aberta para a colaboração que o Estado deve ter com outras entidades que possam prestar serviços através de unidades próprias ou através da gestão privada, protocolada com privados, de unidades que são públicas ou, eventualmente, de um sistema de concessão de unidades públicas a privados para efeitos de gestão.

Do ponto de vista da opção política que foi prosseguida com as Misericórdias inseria-se nesta visão mais alargada de que o Estado deve, com transparência, não gastando mais, não estando a procurar endossar aos contribuintes uma fatura maior do que aquela que existiria se os serviços fossem prestados diretamente pelo Estado, deve procurar uma cooperação, uma rede de colaboração com o terceiro setor e com os privados que satisfaça melhor os objetivos de não só prestar um bom serviço, mas ser o mais eficiente possível. Para que todas estas opções de política possam ser devidamente avaliadas seria muito importante que a informação que é indispensável para perceber esse tipo de avaliações fosse disponibilizada. E para esse efeito ela tem que ser colhida, tem que haver indicadores que estejam criados transversalmente que permitam essa comparação, e tem que haver alguma estabilidade para que as políticas tenham ganho um mínimo de tração para poderem ser avaliadas.

Claro que nós sabemos que, mesmo assim, há opções de política que se orientam por outras preocupações que não as da eficiência ou as da satisfação dos utentes. Esse caso está muito visível com o que se passou com as chamadas parcerias Público-privadas. Percebe-se, onde elas duraram pelo menos um tempo suficiente para poderem ser

avaliadas, que a avaliação que foi feita foi bastante positiva, fosse a do próprio regulador, fosse a do Tribunal de Contas, fosse a feita pelo Conselho de Finanças públicas. Em todas estas avaliações os resultados foram francamente positivos e nas piores conclusões apresentadas os resultados eram pelo menos indiferentes.

Se no pior dos casos é indiferente e se no melhor dos casos é melhor, porque razão é que essas opções foram descontinuadas? Por uma opção de política orientada por outras preocupações que não têm a ver nem com a satisfação das pessoas, da sociedade, nem com a eficiência.

NR

Apesar de seguirem o mesmo modelo de acordo de gestão, estabelecido entre as respetivas Misericórdias e Administrações Regionais de Saúde, os resultados alcançados apresentam alguma discrepância de unidade para unidade. No seu entendimento, as diferenças podem ser explicadas por:

- a) incumprimento da respetiva Misericórdia relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- b) incumprimento do Estado relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- c) Incumprimento de ambas as partes. E se sim, em quê?
- d) Outras razões. Quais?

E8

É muito natural que as unidades possam não ter todas o mesmo desempenho. Nem todas têm exatamente a mesma cultura, nem os mesmos antecedentes, e isso é tão válido para unidades públicas como para unidades não públicas.

Creio que a resposta a essas perguntas, que são importantes, tem que ser objetiva, não pode ser subjetiva.

Os contratos fazem-se rigorosamente para esse efeito, podem não ser concebidos de forma perfeita e não haverá contratos perfeitos, mas constituirão uma base objetiva de

avaliação que permitirá, depois, uma conclusão objetiva também. Espero que ela seja possível de alcançar.

NR

Na sua perspectiva, e partindo da experiência recolhida nas unidades hospitalares do SNS cuja gestão foi devolvida às Misericórdias (nos primeiros cinco anos, 2015-2020) que medidas futuras podem ser adotadas para que este tipo de parcerias possa ser mais efetivo, assente em relações de cooperação e com benefícios de boa governança para todos os parceiros envolvidos?

E8

Se partirmos do princípio que os resultados que se alcançaram, não se desviam significativamente dos propósitos que foram enunciados, que a satisfação não piorou, que a produção foi aquela que era adequada à procura e que, do ponto de vista financeiro, o Estado não foi defraudado no sentido em que em resultado da execução dos contratos tenha ficado muito aquém dos objetivos que estabeleceu de eficiência, de redução da despesa para o nível de serviço que estava apontado, teríamos de concluir que a experiência foi positiva e devia ser seguida e alargada.

Do ponto de vista de uma opção de fundo, a situação ideal do ponto de vista da gestão dos equipamentos, das unidades e, portanto, da prestação dos serviços, era defender uma coisa parecida com o que funciona com a ADSE. O ideal era o Estado não ter unidades nenhuma a funcionar, como um grande seguro público que pudesse contratualizar nas melhores condições, nas condições mais favoráveis, a prestação dos Serviços. Mas o Estado, não tendo alguma produção própria, terá sempre muita dificuldade em ter a força regulatória adequada. Não creio que isso exija uma rede muito ampla explorada diretamente pelo Estado, não creio que seja necessária uma grande rede, mas é preciso ter alguma para que o poder negocial efetivo e, portanto, o poder regulador do Estado seja satisfatório.

Ninguém consegue controlar bem o que não conhece. E para conhecer bem o setor, o Estado tem de o explorar também, tem que ter alguma prestação. Tem de lá estar, tem que ter contato com essa realidade e portanto, por essa razão, o ideal não é materializável, nunca seria operacionalizável adequadamente. Mas o tempo que estamos

a viver mostra que temos rapidamente de evoluir no sistema que temos, porque ele está manifestamente a responder mal, cada vez pior.

Não creio que do ponto de vista da procura, os problemas possam aliviar porque a procura será cada vez por cuidados mais intensos e caros, quer porque as pessoas vivem razoavelmente mais, a esperança de vida à nascença é maior, quer porque nos temas que são relevantes para os custos dos cuidados a prestar, que estão relacionados com as doenças crónicas elas tendem, no tipo de sociedade que é a nossa, a ter um peso cada vez maior. Portanto, os cuidados não são apenas mais caros, porque as pessoas vivem mais e os velhos precisam mais de cuidados de saúde que os novos, mas também porque o tipo de patologias que estão associadas a esse envelhecimento são caras, cada vez mais caras.

E, portanto, os problemas do lado da procura vão-se adensar e do lado da oferta o Estado não está a fazer nada para ser mais eficiente e para gerir melhor. Quanto mais centralizar aquilo que é a sua resposta, mais será obrigado a entregar, em piores condições, aos privados a satisfação de uma parte grande destes cuidados que são necessários. Esperemos que os privados tenham também, eles próprios, alguma estratégia que tenha em conta esta degradação progressiva da oferta pública, porque senão vão degradar-se ambas. Se os privados não estiverem a contar com este colapso da oferta pública, se estiverem apenas a olhar para o lado financeiro, e não se prepararem para ser ainda mais eficientes e alargarem o tipo de resposta que as pessoas virão a precisar o que vai acontecer é que as pessoas e os profissionais, que é o mais relevante aqui, fogem do público, mas depois também não estarão satisfeitos com a resposta privada.

Entrevista 9

NR

No seu entendimento, como evoluiu a relação entre o Estado e as Misericórdias no setor da saúde em Portugal ao longo do período democrático?

E9

A minha perceção é de que a relação foi um bocadinho de altos e baixos.

As Misericórdias tinham um papel fundamental no início do período democrático, porque tinham uma grande importância, uma grande extensão. Como hoje, colmatavam muitas lacunas. Muitas das vezes até eram o principal operador, portanto, não se tratava como hoje de um papel complementar, mas muitas das vezes eram o pilar mais forte do próprio sistema, uma vez que as designadas caixas de previdência ainda estavam a fazer o seu caminho.

Com a criação do Serviço Nacional de Saúde, que em boa hora foi criado, tentou-se de alguma forma fortalecer o Serviço Nacional de Saúde e, com o tempo, o Estado foi contando menos com as Misericórdias no que à saúde respeita. Mas continuou a vê-las como parceiro na parte da segurança social, na parte assistencial, na parte de apoio a deficientes, na parte de apoio a doentes de longa duração, na parte de centros de dia, na parte de acolhimento, na parte da saúde mental. Mas pelo que eu percebo, sem ter feito aqui um estudo histórico, na parte da saúde o Estado quis ser autónomo e criar um Serviço Nacional de Saúde autónomo, independente e para todos os portugueses, como estava, aliás, previsto na Constituição.

Dentro deste espírito novo, de acordo com a Constituição da República, também me parece que houve altos e baixos, porque houve períodos de grande afastamento e houve períodos de bastante maior proximidade face à importância das unidades, quer em termos de algumas especificidades, por exemplo, regionais. Todos nós sabemos que há Misericórdias desde sempre com muito maior tradição na saúde em certas regiões do país do que noutras, portanto não há uma uniformidade.

Por outro lado, também sabemos que há Misericórdias que têm várias valências, o que leva a que o próprio Estado consiga sinergias onde noutro contexto não consegue. O caso que eu tenho mais presente é o do período 2011 até 2023.

O período entre 2011-finais de 2015, foi marcado por uma aproximação às Misericórdias no sentido de se estabelecer uma relação com um financiamento mais importante às Misericórdias para poderem desempenhar o seu papel numa altura de emergência social.

Aliás, eventualmente, esta maior aproximação que eu vejo às Misericórdias agora mais recentemente, a partir do ano 2020, também passa pela questão de crise e da pandemia. No fundo, há opções políticas, mas também há opções de conveniência e de servir a população e tirar maior apoio de um conjunto de infraestruturas e de um conjunto de equipamentos e pessoas que sabem de saúde, para ajudar quando é preciso.

NR

No seu entendimento, quais os principais pontos fortes/fracos associados aos acordos de gestão estabelecidos entre o Estado e as Misericórdias, no que se refere ao cumprimento dos objetivos das políticas de saúde na área hospitalar, desde 1974?

E9

A maior proximidade que houve desde 2011 ao início de 2016 foi por causa do Estado de emergência, mas também foi nessa altura em que houve enorme expansão, por exemplo, de todo o tipo de camas contratualizadas. Não se conseguiu fazer tudo o que se queria, por exemplo não se conseguiu fazer nas áreas paliativas, embora depois criou-se a rede de paliativos que ainda está a ser constituída. Na parte da contratualização, na parte de camas de longa duração, camas de cuidados intermédios, um maior relacionamento também para os SIGICs. Não havia desconfianças nem preconceitos. Havia boa satisfação em termos locais, quer dizer, as pessoas, se conhecessem as unidades, preferiam ser intervencionadas naquela unidade. Obviamente, se fossem de Albufeira tinham mais dificuldade em querer um vale para serem operadas em Arcos de Valdevez.

Depois uma terceira vertente, e na altura até houve um diploma muito completo sobre isso, foi analisada a possibilidade de alguns dos hospitais públicos, basicamente todos os de pequena dimensão, excluiu-se logo à partida o Santo António, com o acordo das partes. Mas tudo o que seriam pequenos hospitais, muito de proximidade, e sem grande diferenciação, mas que tinham a vantagem de proximidade, que podiam ter sinergias com outras áreas das próprias Misericórdias.

Portanto, tentou-se devolver, os contratos de gestão foram bastante discutidos, especialmente porque o que o que interessava era ver como é que se podia medir os ganhos de produtividade em termos de diferenciais. Ou seja, havia que contratualizar, havia que fazer, mas também ver se o Estado não só assegurava o que já tinha, mas se havia algum ganho que fosse partilhado entre as partes.

Nesse sentido, achei que era positivo. Deu-se tempos para fazer análises, deu-se tempos para avaliar resultados, para depois se prosseguir ou não prosseguir com outras unidades.

Depois, houve a interrupção dos outros processos que estavam para avançar. Houve um maior afastamento, cujo paradigma foi, no início da pandemia, os setores estarem todos, enfim, de costas voltadas. No sentido de que havia preconceito de mandar doentes para aqui ou para ali, e depois havia queixas de um lado e de outro, e, portanto, essa foi uma parte que correu francamente mal, porque se deixou de pensar onde é que o doente era melhor atendido e em que não ficasse à espera mais tempo.

Neste momento, parece-me que as coisas funcionam de uma forma mais pragmática e mais normal. Ou seja, reconhece-se a imprescindibilidade do setor social. Reconhece-se a necessidade de nas redes nacionais ter mais unidades das Misericórdias e, sobretudo, parece-me que se reconhece, e infelizmente há aqui uma constante que é a pobreza no país sobretudo nas alturas de crise, a necessidade destas instituições e a quantidade de pessoas que recorrem a elas.

E no fundo aquilo que eu acho que tem um grande valor é não só a proximidade como o *know-how*, mas também as sinergias. Portanto, se eu consigo apoiar idosos, se eu consigo apoiar crianças, se eu consigo ter centros de dia, depois, também, ter outro tipo de valências, clínicas, também faz sentido. Já para não falar dos casos sociais que todos

os grandes hospitais têm e que podiam ter aqui uma retaguarda. Não que as Misericórdias estivessem totalmente vocacionadas para isso, mas que, de alguma maneira, podiam ser soluções bastante mais económicas e podiam libertar muitos dos hospitais mais diferenciados.

Portanto, a relação Estado-Misericórdia parece-me que se tem vindo a normalizar. É claro que as questões orçamentais são sempre difíceis, quando é que são atualizadas ou não são atualizadas, se faz face à inflação, quais são as grandes diferenças...

Mas vejo atualmente, outra vez, pela força das estruturas das Misericórdias, que, entretanto, se profissionalizaram mais. Não conheço todas as Misericórdias, mas há várias que têm capacidade de gestão, que eu admito que não tivessem muito há 20 anos, não era há 50 nem há 100, era há 20. E isso também faz com que sejam um parceiro mais confiável no sentido que as pessoas podem ter todas muito boas intenções, mas é se não houver boa gestão... Aliás, a Organização Mundial de Saúde diz que uma das principais questões na saúde é a má gestão das unidades de saúde.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974/1975, como qualifica os resultados alcançados, na perspetiva das poupanças esperadas pelo Estado? E na perspetiva das Misericórdias?

E9

Se em termos de *outcomes* se melhorou muito e se houve grandes poupanças, não sei, mas pelo menos houve uma coisa de imediato, é que no contrato estava previsto que a despesa não aumentasse ao mesmo nível do que estava a aumentar com o Serviço Nacional de Saúde, em geral.

E, portanto, a primeira perceção foi positiva, se bem que notou-se algo que é imprescindível, que é indispensável ter uma contabilidade analítica para estes hospitais. Isso, os grandes hospitais conseguem. Quer dizer, os pequenos é mais difícil, mas têm que ter.

A pessoa vai ao Hospital da Luz e toda a gente sabe quanto é que aquilo custa e quanto é que vem discriminado. Ali, houve um bocadinho de dificuldade das Instituições conseguirem uma contabilidade analítica, de quantificar os *outcomes*, reinternamentos, taxas de mortalidade, etc.

Mas ainda hoje, infelizmente em Portugal, nós não temos os *outcomes* que queríamos por unidades de saúde, quando já os tivemos, depois deixámos de ter, depois só tínhamos em algumas áreas que os queriam publicar, e, quer dizer, é dos maiores atrasos que nós temos.

Mas, portanto, a perceção inicial foi positiva, mas precisava-se de mais tempo para se ter uma conclusão clara, com números.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos assistenciais?

E9

Não li o seu relatório, não tenho números para estar a responder a isso. Mas o que eu lhe posso dizer é que os acordos de devolução que foram concretizados, foram-no de uma forma harmoniosa e sem reclamação por parte dos utentes. E foi alargada a prestação de serviços que era feita, isso foi a perceção na altura.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos de sistema de avaliação da qualidade (SINAS, da Entidade Reguladora da Saúde), se aplicável?

E9

NR

Comparando as unidades hospitalares de Fafe, Anadia e Serpa (que já integravam o SNS e foram, entretanto, devolvidas à gestão do sector social) com outras unidades

de dimensão semelhante, na mesma área geográfica e ainda sob gestão pública, no seu entendimento, que tipo de vantagens identifica para o Estado entre uma opção e outra?

E9

A vantagem para o Estado que identifico são as sinergias.

Por exemplo, a Misericórdia gerir um hospital onde não tem grande implantação, onde não tem grande obra social, onde não tem acordos para camas de longa duração e de curta duração, nem tem centros de dia, aí acho muito difícil haver grandes vantagens.

Se não houvesse já toda uma estrutura, se não houvesse um *know-how* de gestão, não me parece que haja nenhuma vantagem evidente se eu for gerir um destes hospitais de uma forma isolada de uma estrutura. Por outro lado, se uma Misericórdia tem uma estrutura clara, tem um corpo clínico, tem um corpo de gestão, tem um equilíbrio financeiro, tem uma parte de receitas que consegue mais diversificada, eu aí vejo vantagens.

Para além de que o Serviço Nacional de Saúde relativamente a unidades mais pequenas dificilmente lhes prestará a mesma atenção que uma Misericórdia que só esteja focada naquela região, naquelas instalações, etc. Portanto, há aqui uma questão que as pessoas menosprezam todas, mas que eu como gestor, não tenho qualquer dúvida que é muitíssimo relevante, que é, digamos, a atenção do acionista. Não tenho nenhuma dúvida sobre o que é a questão de estar lá próximo, ou o que é gerir 80 coisas ou 104 e ser mais uma e ser da dimensão que é.

NR

Apesar de seguirem o mesmo modelo de acordo de gestão, estabelecido entre as respetivas Misericórdias e Administrações Regionais de Saúde, os resultados alcançados apresentam alguma discrepância de unidade para unidade. No seu entendimento, as diferenças podem ser explicadas por:

- a) incumprimento da respetiva Misericórdia relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?

b) incumprimento do Estado relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?

c) Incumprimento de ambas as partes. E se sim, em quê?

d) Outras razões. Quais?

E9

Não tenho dados para lhe poder responder.

NR

Na sua perspetiva, e partindo da experiência recolhida nas unidades hospitalares do SNS cuja gestão foi devolvida às Misericórdias (nos primeiros cinco anos, 2015-2020) que medidas futuras podem ser adotadas para que este tipo de parcerias possa ser mais efetivo, assente em relações de cooperação e com benefícios de boa governança para todos os parceiros envolvidos?

E9

Há algumas lições que devem ser aprendidas, o Estado não tem vocação para gerir unidades de muito pequena dimensão.

Para mim, o essencial é que o Estado tenha uma rede nacional e, sobretudo, uma rede de hospitais diferenciados e centrar-se em hospitais universitários. Isto deve continuar no Estado, o Estado deve desenvolvê-los, deve investir bastante, porque são hospitais de ponta, e não é, com todo o respeito, à misericórdia que deve caber isso e nem a própria misericórdia quer. Isto é, um núcleo essencial que cubra o país para as coisas mais diferenciadas e, sobretudo, agora que nós temos os centros de referência.

Outra coisa são pequenas unidades que tem que se aprender com os dados do que aconteceu, mas que me parece que podem ter grandes vantagens em serem administradas pelas Misericórdias, sendo que tem que haver aqui, diria eu, uma melhor pré-qualificação das Misericórdias em termos de gestão, em termos de contabilidade analítica, em termos de captação de sinergias, e isso vir logo à cabeça. E, portanto, nesse sentido, o que eu veria interessante era aprender com estas experiências concretas. Ver também o que é que são unidades que funcionam e que não foram devolvidas, que

funcionam muito bem como Vila Verde, como Riba d'Ave, perceber que tipo de boas práticas é que têm e podem ser adotadas para outras unidades de pequena dimensão.

E, portanto, o que eu veria natural seria ter critérios de onde é que há capacidades e sinergias das Misericórdias. Onde é que há hospitais que para o Estado são secundários e não afetam a cobertura nacional que o Estado tem que ter. Os que não são os estratégicos e que o Estado não tem sequer pessoas para gerir, quer dizer, obviamente que, por exemplo, em Cantanhede o Estado não consegue ter uma lista de 5 gestores para escolher.

As pessoas que sabem de gestão de saúde são escassas e, portanto, se puderem ser aproveitadas, tanto melhor.

Entrevista 10

NR

No seu entendimento, como evoluiu a relação entre o Estado e as Misericórdias no setor da saúde em Portugal ao longo do período democrático?

E10

Por um lado, as Misericórdias foram um parceiro inquestionável e cada vez mais necessário da função do Estado, foram um complemento importante na prestação de cuidados de saúde. Ainda hoje as Misericórdias conseguem chegar onde o Estado não chega. E isto é válido para todo o percurso, até recuando temporalmente até onde nós podemos. Sem as Misericórdias havia uma quantidade substancial de portugueses e uma quantidade substancial de serviços de saúde que não teriam sido prestados.

Na minha visão houve períodos, nomeadamente os períodos da governação socialista, e em particular a da geringonça, em que o Estado fez uma tentativa desesperada de se ver livre das Misericórdias. O problema é que não conseguiu porque se o Estado, por redução ao absurdo, um dia resolvesse cortar definitivamente com a colaboração das Misericórdias, cortava definitivamente com centenas de milhares de portugueses que ficavam sem acesso a cuidados de saúde. Portanto, as Misericórdias foram construindo uma relação com o Estado que hoje se torna uma relação imprescindível.

O Estado não consegue chegar a todos os portugueses, ou seja, não consegue cumprir com o que está estipulado na Constituição da República, os cuidados de saúde têm tendencialmente que ser gerais e tendencialmente gratuitos. O acesso tem que ser universal e geral, e este serviço complementar que as Misericórdias prestam vem ajudar a que o acesso a cuidados de saúde seja universal e geral.

Portanto, têm um papel relevantíssimo, imprescindível, apesar das tentativas do Estado quando governado pela geringonça, sobretudo, que estava refém de partidos extremistas. Mas mesmo nessa altura, e apesar de quererem, nunca se conseguiram libertar das Misericórdias porque têm um papel relevante e imprescindível.

NR

No seu entendimento, quais os principais pontos fortes/fracos associados aos acordos de gestão estabelecidos entre o Estado e as Misericórdias, no que se refere ao cumprimento dos objetivos das políticas de saúde na área hospitalar, desde 1974?

E10

Há aqui uma questão importante relativamente ao acesso: o acesso é a primeira preocupação dos cidadãos. Depois vem a qualidade, a segurança, mas o acesso é claramente a primeira das preocupações. E as Misericórdias têm este papel complementar que se tornou imprescindível.

Bom, eu chamaria um ponto fraco esta dependência do Estado que quer ser, mas vai cada vez ser menos, mas que queria ser o único prestador de cuidados de saúde. E se quisermos, podemos entender como um ponto fraco, ele não vai conseguir ser! Portanto, foi criando dependências do Estado social, das instituições de solidariedade social. E, portanto, tem essa dependência.

Por outro lado, considero um ponto forte essa mesma dependência, porque o Estado consegue chegar e prestar a cumprir com a sua Missão chegar às pessoas.

No âmbito da questão económica, o Estado tem sido pouco cumpridor, não tem sido um cumpridor assíduo com as Misericórdias. Isto também pode ser um ponto fraco para o próprio Estado porque as Misericórdias vivem do seu trabalho, do investimento que é feito em função da receita que têm, e se o Estado tardar em cumprir pode pôr em causa o funcionamento dessas mesmas instituições, que têm que pagar aos médicos, têm que pagar equipamentos, o funcionamento das instituições.

Portanto, há aqui este ponto fraco que é se o Estado tardar muito em cumprir com as suas obrigações, pode deixar de ter o apoio das Misericórdias. E, ao deixar de ter o apoio das Misericórdias, este ponto fraco reflete-se numa ausência de serviços aos cidadãos, porque há zonas do país em que os cuidados de saúde são maioritariamente assegurados pelas Misericórdias.

Se o Estado não cumprir com as suas obrigações, as Misericórdias deixam de ter capacidade de fazer executar os serviços.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974/1975, como qualifica os resultados alcançados, na perspetiva das poupanças esperadas pelo Estado? E na perspetiva das Misericórdias?

E10

Houve uma clara evolução positiva da eficiência económica, ou seja, conseguiu-se fazer mais, melhor, gastando menos. Portanto, a eficiência económica foi maximizada.

O que deveria colocar problemas de consciência terríveis aos governantes que tentaram inverter esta tendência, porque se nós estamos a produzir melhor serviço, com melhor custo, qual é o problema de estarmos a fazê-lo com um prestador que não é o Estado?

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos assistenciais?

Os resultados foram significativamente bons, geraram evidência para nós podermos acreditar neste modelo de funcionamento. Geraram evidência, deram números, resultados que mostram que esta foi uma boa decisão e, sobretudo, que reverteu em favor dos cidadãos.

E acho que o mais importante disto tudo, já não sei se vai ao encontro da pergunta, que é uma boa base de trabalho para se tomarem decisões para o futuro. Ou seja, se tivesse o poder de decisão política neste momento, olhava para esses resultados, ia ver onde é que há outras IPSS e até mesmo entidades privadas onde eu pudesse aplicar um modelo semelhante porque é urgente neste momento a prestação de cuidados de saúde chegar às pessoas, independentemente do modelo.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos de sistema de avaliação da qualidade (SINAS, da Entidade Reguladora da Saúde), se aplicável?

E10

Tenho muita atenção a isso, porque estive ligado, criei o sistema de avaliação dos hospitais, portanto fui sempre muito atento e o que verifiquei é que mantivemos ou melhoramos a qualidade e a segurança dos serviços.

O Estado só está a ganhar com isso, está a gastar menos dinheiro, está a chegar a mais pessoas com mais qualidade, com mais segurança. Não posso agora precisar uma a uma, mas numa avaliação global, diria que essas unidades ganharam eficiência económica prestando bons serviços aos cidadãos.

Se este modelo mostra que é eficiente sob o ponto de vista económico, se aumentou a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde, é um modelo no qual temos que investir.

NR

Comparando as unidades hospitalares de Fafe, Anadia e Serpa (que já integravam o SNS e foram, entretanto, devolvidas à gestão do sector social) com outras unidades de dimensão semelhante, na mesma área geográfica e ainda sob gestão pública, no seu entendimento, que tipo de vantagens identifica para o Estado entre uma opção e outra?

E10

Vem no seguimento do que temos estado a falar. Há gestões públicas muito boas, o problema é que é um fenómeno raro, não é regra geral.

Assim como há gestões também não tão boas no setor privado e no setor social. O problema é que também não é essa a regra geral, ou seja, a regra geral no setor privado e no setor social, é que a gestão é eficiente.

E eu também acredito numa coisa que é a necessidade imperiosa, neste tipo de prestação, da existência da entidade reguladora. Portanto, havendo regulação, uma regulação forte e uma regulação independente e eficaz, acho que o setor privado e o setor social têm sabido gerir melhor a prestação de cuidados de saúde porque recebem menos dinheiro, fazem mais com melhor qualidade e está demonstrado.

Por outro lado, o setor Público não quer dizer que seja por regra e que venha a ser sempre a má gestão. Tem havido muito pouco cuidado nas nomeações das administrações do setor público, nomeadamente com administrações de indivíduos mal preparados, que não só no setor da saúde, como recentemente aconteceu numa anterior direção da entidade reguladora da saúde.

Aproveito aqui para lhe dar uma nota, que depois pode servir para o seu trabalho. Esta coisa que andam a dizer que os hospitais do Norte são melhores que os do Sul, não é verdade. Temos que analisar bem. E o que é que há de diferente? A grande diferença é que os hospitais do Norte foram geridos por médicos devidamente preparados para a gestão e os do Sul não foram. Não estou a dizer que só tem que ser médico, agora ser uma pessoa do setor da saúde com experiência na saúde que já trabalhou na saúde durante alguns anos, e, por maioria de razão, os médicos são os que mais tempo estiveram na Saúde, e se os médicos tiverem preparação para a gestão, os resultados estão à vista. Portanto, há hospitais públicos que tiveram boa gestão.

De qualquer modo, o *modus operandi*, as regras de funcionamento do setor público, em que há pouco respeito pela hierarquia, em que toda a gente manda, em que há pouco controlo, em que há mais desperdício, há mais fraude... Tudo isto contribui para uma perda muito grande da eficiência económica. Acho que o setor público, em bom rigor, vai ter sempre muita dificuldade em controlar estes pontos que eu lhe disse, daí que acredito mais na gestão privada.

Isto não quer dizer que acredite numa prestação só privada de cuidados de saúde, acho que o setor público tem um lugar indispensável e inquestionável. Acho é que o privado e social cada vez têm um papel mais importante pelo que se está aqui a ver.

Mas acredito, também, que, apesar de termos gente muito boa e muito capaz a gerir o setor público, ele nunca vai conseguir ter a eficiência que tem o privado e o social.

O nosso país tem essa felicidade de ter, ao longo destes 40 e tal anos de democracia, sabido conviver, em regime de complementaridade, com os três setores.

E acho que o futuro passa cada vez mais por aí. Por maioria de razão, o setor social tem muita implantação no nosso país. Tem gente séria e gente capaz, tem instituições cada vez mais diferenciadas, com mais capacidades. E, portanto, acho que o futuro do setor

social na saúde é irreversível e tem tendência a crescer, ou seja, mais instituições de carácter social irão aparecer naturalmente e se continuarem nesta rota, vão continuar a prestar um bom serviço ao país.

NR

Apesar de seguirem o mesmo modelo de acordo de gestão, estabelecido entre as respetivas Misericórdias e Administrações Regionais de Saúde, os resultados alcançados apresentam alguma discrepância de unidade para unidade. No seu entendimento, as diferenças podem ser explicadas por:

- a) incumprimento da respetiva Misericórdia relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- b) incumprimento do Estado relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- c) Incumprimento de ambas as partes. E se sim, em quê?
- d) Outras razões. Quais?

E10

Para se poder ter uma resposta assertiva, obriga a conhecer profundamente o funcionamento das instituições. Sei que o Estado, como já disse no início, não tem sido o melhor dos cumpridores e isso provoca ruído e provoca dificuldades na gestão, o que pode levar a algumas insuficiências.

Sei também que nem todas as Instituições têm os melhores gestores e as pessoas mais capazes. Pode haver aqui também um fator de ineficiência.

E depois também há uma coisa muito importante, que é o ajustamento do risco em função do universo dos atendimentos que o hospital faz, da dificuldade dos doentes tratados. Não sei qual o universo de cada uma dessas instituições tem, às vezes uma pode ter o azar de ter tido doentes com mais complexidade, com mais comorbilidades, o que é mais exigente sob o ponto de vista médico, político, etc., e também consome mais recursos. Temos que ver que universo de utentes é que cada um deles teve, que equipas de gestão é que cada um teve. Quem é que tem pagamentos mais atempados e menos

atempados e outras dificuldades imponderáveis que também surgem no dia a dia de uma instituição.

Portanto, tudo isto tem que ser ponderado, mas para ser uma resposta mais profunda, era preciso conhecer profundamente todas estas vertentes das instituições.

NR

Na sua perspetiva, e partindo da experiência recolhida nas unidades hospitalares do SNS cuja gestão foi devolvida às Misericórdias (nos primeiros cinco anos, 2015-2020) que medidas futuras podem ser adotadas para que este tipo de parcerias possa ser mais efetivo, assente em relações de cooperação e com benefícios de boa governança para todos os parceiros envolvidos?

E10

Isso tem uma resposta muito simples, que é estratégica e que assenta em premissas. Primeira premissa: existe de facto mais valia neste tipo neste modelo, ou seja, nós temos instituições de carácter social, com capacidade, que se desenvolveram para prestar este serviço, o que se revelou uma mais-valia muito interessante para a missão do Estado de garantir cuidados de saúde às pessoas.

A condição que eu considero estratégica para isto continuar, e é uma aposta que eu fiz ao longo de toda a vida, é que tem de haver um sistema de avaliação sério que permita a quem paga ter a garantia de que quem presta o serviço está a fazê-lo nas condições certas, cumprindo com rigor a excelência clínica, a segurança, a qualidade.

Ou seja, o Estado deve continuar a financiar, o Estado deve ter uma ferramenta e que seria uma das componentes da regulação. A regulação é fundamental para garantir que o setor funcione de uma forma equitativa e no âmbito da regulação devia ter um sistema de avaliação, incluindo a própria performance da gestão. Se o Estado financia, tem todo o direito, ou melhor, tem o dever, de exigir que quem é financiado presta o serviço, então tem que ter uma ferramenta para avaliar se essa prestação de cuidados e serviços está a ser feita.

Portanto, para mim, uma peça integrante de todo este sistema para que tudo funcione melhor para o futuro, e até para que aumente, é haver uma regulação eficiente e, no

âmbito dessa relação, um sistema de avaliação que diga ao Estado que o prestador está a cumprir e está a usar o financiamento.

De entre muitas vantagens, algumas óbvias, isto tem ainda a vantagem de dar ao Estado a capacidade de poder financiar mais ou menos e de poder escolher a quem financia, e a quem não financia, com a segurança de que está a defender os cidadãos.

Entrevista 11

NR

No seu entendimento, como evoluiu a relação entre o Estado e as Misericórdias no setor da saúde em Portugal ao longo do período democrático?

E11

É uma faixa muito vasta. Entendo que o relacionamento com o Estado melhorou. Houve fases em que foi menos bom. Mas outras matérias que, efetivamente, continuam na mesma.

NR

No seu entendimento, quais os principais pontos fortes/fracos associados aos acordos de gestão estabelecidos entre o Estado e as Misericórdias, no que se refere ao cumprimento dos objetivos das políticas de saúde na área hospitalar, desde 1974?

E11

Relativamente à gestão do hospital, só fizemos um acordo, que está ainda em vigor e não foi alterado desde que foi feito. Foi feito por 10 anos, está a terminar agora.

A maior preocupação das instituições que têm esse tipo de acordos é cumprir. Cumprir para receber o trabalho que fazem. Se houvesse alguma falha nesse percurso, estaríamos mal neste momento.

Mas tem sido efetivamente uma mais-valia para a instituição o acordo que foi feito com o Ministério da Saúde.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974/1975, como qualifica os resultados alcançados, na perspetiva das poupanças esperadas pelo Estado? E na perspetiva das Misericórdias?

E11

Desde 2015 que os resultados têm vindo a crescer, têm sido positivos. Com a nossa administração, o Estado poupa, desde logo não tem que investir nada.

Temos tido resultados muito positivos, também temos investido algum dinheiro no hospital, na unidade de cuidados de convalescença, na fisioterapia, e noutras coisas do dia a dia, ainda agora andamos a remodelar para colocar o Hospital em melhores parâmetros, por exemplo nas consultas externas, na cardiologia, na radiologia. Levamos alguns anos a chegar a resultados equilibrados.

Os serviços estão bem, estamos bem relacionados com a população que necessita, só temos ouvido dizer bem dos serviços do hospital.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos assistenciais?

E11

Acho que a população ganhou e as pessoas também falam disso. Claro que nunca ninguém está totalmente satisfeito com o que tem. Temos aqui na Mealhada, portanto a 10 km, um hospital que também faz os mesmos serviços. Se quero fazer um qualquer exame, e aqui nalguma fase tiver que esperar, só daqui a 3 semanas, ouve-se coisas então vou à Mealhada que eles fazem na hora. Portanto, começa a haver uma certa concorrência.

Por outro lado, nós temos um contrato para determinadas consultas e cirurgias. Quando elas acabam, podemos fazer mais e ninguém nos paga adicionalmente. Se fizermos a menos, também não pagam.

Em Águeda há um hospital que neste momento não está a prestar serviço, mas que vai ter uma urgência. Depois, estamos a 30 Km de Aveiro, a 30 km de Coimbra, mas há mais serviços que podiam estar aqui implantados. Nós já tivemos uma urgência que funcionava 24 horas/dia mas que acabou, ainda antes de o Estado nos devolver o Hospital.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos de sistema de avaliação da qualidade (SINAS, da Entidade Reguladora da Saúde), se aplicável?

E11

Eu tenho lido os relatórios. Nunca li nenhum que fosse contra a gestão do nosso hospital.

NR

Comparando as unidades hospitalares de Fafe, Anadia e Serpa (que já integravam o SNS e foram, entretanto, devolvidas à gestão do sector social) com outras unidades de dimensão semelhante, na mesma área geográfica e ainda sob gestão pública, no seu entendimento, que tipo de vantagens identifica para o Estado entre uma opção e outra?

E11

O Estado ganha dinheiro, aliás, gasta menos com uma gestão por parte das Misericórdias ou de outra entidade qualquer privada.

Aquando da devolução ficamos com o pessoal que estava no setor público e, apesar de sermos Misericórdia, pagamos como se continuassem a ser funcionários públicos o que criou discrepâncias com os que já eram nossos trabalhadores.

O número de funcionários com a entrega do hospital duplicou.

Comparando os custos com os trabalhos desenvolvidos, não tenho dúvidas que o Estado ganhou muito dinheiro com a decisão de nos devolver a gestão do nosso hospital.

E nós até podíamos fazer o dobro do que fazemos em termos de cirurgias se nos pagassem essa produção. Na radiologia ou na fisioterapia também podíamos fazer mais se nos pagassem.

Ainda recentemente investimos 2 milhões de euros, tivemos que pedir à banca um financiamento de 1 milhão. O Estado não teve que investir nada.

NR

Apesar de seguirem o mesmo modelo de acordo de gestão, estabelecido entre as respetivas Misericórdias e Administrações Regionais de Saúde, os resultados alcançados apresentam alguma discrepância de unidade para unidade. No seu entendimento, as diferenças podem ser explicadas por:

- a) incumprimento da respetiva Misericórdia relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- b) incumprimento do Estado relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- c) Incumprimento de ambas as partes. E se sim, em quê?
- d) Outras razões. Quais?

E11

Não tenho ideia de ter havido nada na administração que possa ser apontado à Misericórdia. Temos cumprido, até para mais do que era suposto.

O Estado só teve a ganhar com o acordo que fez.

NR

Na sua perspetiva, e partindo da experiência recolhida nas unidades hospitalares do SNS cuja gestão foi devolvida às Misericórdias (nos primeiros cinco anos, 2015-2020) que medidas futuras podem ser adotadas para que este tipo de parcerias possa ser mais efetivo, assente em relações de cooperação e com benefícios de boa governança para todos os parceiros envolvidos?

E11

O contrato podia e devia ser melhorado. Designadamente, no número de atos a fazer no hospital.

Entrevista 12

NR

No seu entendimento, como evoluiu a relação entre o Estado e as Misericórdias no setor da saúde em Portugal ao longo do período democrático?

E12

Eu já estava cá e era Presidente do Conselho de Administração do então hospital do setor público administrativo.

O primeiro contato que tive com as Misericórdias foi quando o hospital foi devolvido. Pedir-me uma opinião para trás, eu posso tê-la, mas não é uma opinião fundamentada em nada. O que posso é falar da relação que nós tivemos com o Estado na altura da devolução e após essa devolução. Na altura, fez-se um trabalho conjunto. Ainda estava a trabalhar para a administração pública enquanto decorria o processo de transição, portanto, também tratei do processo de transição. Correu tudo muito bem.

A esta distância quase posso dizer que foi perfeito, porque foi tratar um a um dos recursos humanos que cá estavam, de tudo o que estava cá dentro. Ficou tudo a contento de ambas as partes. Não houve aqui nenhuma situação que possa recordar que tenha corrido menos bem.

De lá para cá, temos um acordo de cooperação por 10 anos. O acordo foi feito naquela altura, não houve qualquer alteração. Neste momento, a nossa relação com a Administração Regional de Saúde do Centro, que é, basicamente, com quem nos relacionamos, é pacífica.

No final de cada ano, dentro do “bolo” financeiro que nos foi atribuído anualmente, temos que estabelecer o que é que queremos fazer em consultas e em cirurgias. Somos nós que escolhemos os números que queremos fazer. Eles nunca contestaram isso. A nossa relação com eles é ótima. Acho que ficaram a ganhar com a devolução.

NR

No seu entendimento, quais os principais pontos fortes/fracos associados aos acordos de gestão estabelecidos entre o Estado e as Misericórdias, no que se refere ao cumprimento dos objetivos das políticas de saúde na área hospitalar, desde 1974?

E12

Os pontos fortes são seguramente a produtividade e a eficiência. Não queria entrar muito na crítica ao sistema público. Este hospital já foi Público, tinha 150 trabalhadores. E uma produção mínima porque não era possível produzir mais. Não era humanamente possível, diria que era materialmente impossível produzir mais: algumas pessoas estavam aqui sem fazer nada, a verdade é essa. Quando passamos para a Misericórdia, os recursos humanos foram criteriosamente estudados para a produção que tínhamos.

E aí só quando tivermos em consideração no ano, no primeiro ano, só tivemos em consideração o acordo de cooperação, porque não sabíamos, não tínhamos nada, não tínhamos seguros, não tínhamos privado, não tínhamos nada. Não havia histórico aqui, portanto, tínhamos que criar isto tudo.

Adequamos o número de recursos humanos e a qualidade de recursos humanos, à produção que eventualmente iríamos fazer e reduzimos substancialmente esse número. Relativamente à produção, os nossos médicos não estão no quadro, a contrato, nem sequer em avença, os médicos aqui trabalham ao ato. O trabalhar ao ato tem uma vantagem enorme porque: se trabalha ganha, se não trabalha, não ganha. É uma percentagem daquilo que se produziu.

No setor Público não é assim, a pessoa está ali, ganha, nem à hora é ao mês e nem sequer é avaliada nem à hora, nem ao mês, nem ao ano. Não é avaliada, de todo. Por exemplo, 2 médicos: um faz 1000 cirurgias, o outro faz 20 e ganham o mesmo. Não há incentivos para quem produz mais. Aqui, o incentivo é esse mesmo, trabalha mais, ganha mais.

Quanto ao resto, são estabelecidos mínimos de produtividade para todos serviços em que os trabalhadores são do mapa pessoal de Santa Casa. E por tudo isto, acho que é uma diferença muito grande.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974/1975, como qualifica os resultados alcançados, na perspetiva das poupanças esperadas pelo Estado? E na perspetiva das Misericórdias?

E12

Na perspetiva das poupanças esperadas pelo Estado, eu não tenho essa análise. O Dr. Humberto é que a fez e apresentou. Eu contribuí na altura, mas neste momento não tenho presente. Mas o preço de cada ato para o Estado era significativamente menor do que se fosse praticado pelo setor Público.

Para a Misericórdia, nós temos várias atividades, além do acordo de cooperação, mas claro que o acordo de cooperação é uma segurança financeira grande. Podemos contar com isso se tudo correr mal, o que não tem sido o caso, mas se tudo correr mal, nós temos esta segurança, esta almofada financeira com a qual podemos contar e é uma tranquilidade grande.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos assistenciais?

E12

Acho que são muito bons. Pelo menos é esse o feedback que temos, que são mesmo muito bons.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos de sistema de avaliação da qualidade (SINAS, da Entidade Reguladora da Saúde), se aplicável?

E12

Também são bons. No SINAS nós só temos a cirurgia de ambulatório. Temos ali um problema com as instalações que, pelos vistos, não são fantásticas. Mas sim, no global têm sido bons.

NR

Comparando as unidades hospitalares de Fafe, Anadia e Serpa (que já integravam o SNS e foram, entretanto, devolvidas à gestão do setor social) com outras unidades de dimensão semelhante, na mesma área geográfica e ainda sob gestão pública, no seu entendimento, que tipo de vantagens identifica para o Estado entre uma opção e outra?

E12

Este hospital continua a ser um hospital do SNS. Com sinceridade e com alguma fundamentação, naquilo que vou dizer, os hospitais de Fafe, Serpa e Anadia são completamente diferentes.

Sei que há uns que correm melhor do que outros. Mas também não sei como é que estão, neste momento, os hospitais vizinhos da dimensão do nosso. Não sei como é que está, por exemplo, Cantanhede que tem tido muitas alterações ao longo deste tempo, portanto, não posso responder a isso com sinceridade.

NR

Apesar de seguirem o mesmo modelo de acordo de gestão, estabelecido entre as respetivas Misericórdias e Administrações Regionais de Saúde, os resultados alcançados apresentam alguma discrepância de unidade para unidade. No seu entendimento, as diferenças podem ser explicadas por:

- a) incumprimento da respetiva Misericórdia relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- b) incumprimento do Estado relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- c) Incumprimento de ambas as partes. E se sim, em quê?
- d) Outras razões. Quais?

E12

Só tenho conhecimento de um hospital, Serpa, e sei que houve incumprimento por parte do Estado, nomeadamente na referência dos centros de saúde para lá. Portanto, a falta foi por parte do Estado e não por parte da Misericórdia.

Aqui em Anadia correu tudo bem, de parte a parte. Embora no princípio, nos primeiros 6 meses, também ninguém referenciava. Fomos aos centros de saúde, eu, o diretor clínico, o enfermeiro diretor. Falamos com os médicos, falamos com as pessoas e de repente tivemos que fazer a produção toda desse ano desde Setembro até Dezembro. Fizemos tudo. Era de dia, de noite, aos sábados, aos domingos, mas conseguimos cumprir o acordo.

NR

Na sua perspetiva, e partindo da experiência recolhida nas unidades hospitalares do SNS cuja gestão foi devolvida às Misericórdias (nos primeiros cinco anos, 2015-2020) que medidas futuras podem ser adotadas para que este tipo de parcerias possa ser mais efetivo, assente em relações de cooperação e com benefícios de boa governança para todos os parceiros envolvidos?

E12

Em Anadia, creio que os nossos acordos de cooperação podem duplicar o valor financeiro. Nós temos capacidade instalada para isso. E podemos alargar esse acordo a outras áreas.

Nomeadamente, este hospital já teve urgência, portanto, poderia voltar a ter. Foi encerrada pouco antes da devolução. Eu ainda cá não estava quando isso aconteceu, mas foi um dos casos que acabou por fazer cair o Ministro Correia de Campos. Acho que que se podia fazer isso aqui e nas outras unidades, uma vez que há todas as condições para que isso aconteça, pelo menos aqui.

O Estado poupa muito dinheiro com os serviços que nós prestamos. Acho que havia vantagens em que, de facto, isso se fizesse também com os hospitais que já estiveram para ser devolvidos e acabaram por não o ser. Seria uma boa aposta.

Entrevista 13

NR

No seu entendimento, como evoluiu a relação entre o Estado e as Misericórdias no setor da saúde em Portugal ao longo do período democrático?

E13

A minha leitura é que houve uma evolução no sentido de reconhecer o papel das Misericórdias. Não só no sentido de prestarem o serviço diretamente à população, mas de procurar ver onde é que as sinergias entre a sua capacidade, aquilo que eram necessidades públicas, necessidades do Estado, pudessem, digamos, fazer mais sentido passarem para as Misericórdias.

Portanto, penso que isso é notório. Há aqui uma área que aparece como um exemplo paradigmático e que é a dos cuidados continuados. Não tenho os números recentes, mas julgo que a evolução foi quase uma forma de voltar a reposicionar as Misericórdias como um elemento forte do sistema de saúde. Talvez agora, muitas vezes, quando nos referimos ao sistema de saúde, começamos a ver que há aqui três componentes com uma importância grande. A parte pública, evidentemente, como a matriz do sistema português, mas depois também as outras duas. Desde o social que eu julgo que também ganhou muito mais capacidade, qualificou-se, reforçou a sua capacidade de gestão, nos sistemas de comunicação, de interação com os utentes. Acho que há aí uma evolução muito notória e eu, felizmente, não sendo um utilizador como utente, mas até também tendo algum contato, por razões familiares, com esse setor acho que há, de facto, aqui uma evolução que é altamente positiva.

NR

No seu entendimento, quais os principais pontos fortes/fracos associados aos acordos de gestão estabelecidos entre o Estado e as Misericórdias, no que se refere ao cumprimento dos objetivos das políticas de saúde na área hospitalar, desde 1974?

E13

Como ponto forte, haver aqui um alinhamento, ou uma complementaridade, em termos de resposta. Julgo que esse ponto é bastante importante. Aliado a isso, evidentemente,

também assegurar que se mantém os níveis de qualidade. Quer dizer que estamos a contratar, mas também estamos a preservar, digamos, o nível de serviço que temos, o que queremos prestar. Não sei se os pontos fracos, às vezes, pode ser alguma insuficiente previsibilidade. Às vezes, enfim, estas flutuações podem existir ao longo do tempo, que é talvez um problema que nós temos em várias áreas, não necessariamente só esta. Se conseguíssemos ter aqui uma continuidade, uma maior previsibilidade, provavelmente seria vantajoso para ambas as partes e, portanto, talvez aí tenha havido algumas lacunas que não são exclusivas deste relacionamento, mas que provavelmente aqui também existiu.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974/1975, como qualifica os resultados alcançados, na perspetiva das poupanças esperadas pelo Estado? E na perspetiva das Misericórdias?

E13

Não tenho esses números presentes. Recordo perfeitamente que o pressuposto foi que os dois lados sentissem que havia ganho em termos dessa nova modalidade, que houvesse um bom relacionamento efetivada essa devolução, mantendo-se um determinado nível de prestação para o setor público, mas que não era exclusivo. Não tenho notícia de que tenha havido sobressaltos nesse processo, portanto, julgo que terá sido um resultado positivo.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos assistenciais?

E13

Daquilo que conheço os resultados são muito bons. Julgo que houve essa preocupação. No fundo essa fase é completamente diferente da anterior, portanto, também já tínhamos outros instrumentos que estiveram no processo de devolução, de negociação, na

contratualização, estavam inerentes mecanismos já bastante diferenciados em relação àquilo que inicialmente existia.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos de sistema de avaliação da qualidade (SINAS, da Entidade Reguladora da Saúde), se aplicável?

E13

Esse aspeto é extremamente importante, porque o nível, enfim, aquilo que há pouco chamei de serviço, mas, digamos, a qualidade da prestação é essencial e ela tende a estar dentro dos parâmetros adequados, nessa avaliação que é idónea, feita pela Entidade Reguladora da Saúde, e que deve ser a base de qualquer modelo contratual.

NR

Comparando as unidades hospitalares de Fafe, Anadia e Serpa (que já integravam o SNS e foram, entretanto, devolvidas à gestão do setor social) com outras unidades de dimensão semelhante, na mesma área geográfica e ainda sob gestão pública, no seu entendimento, que tipo de vantagens identifica para o Estado entre uma opção e outra?

E13

NR

Apesar de seguirem o mesmo modelo de acordo de gestão, estabelecido entre as respetivas Misericórdias e Administrações Regionais de Saúde, os resultados alcançados apresentam alguma discrepância de unidade para unidade. No seu entendimento, as diferenças podem ser explicadas por:

- a) incumprimento da respetiva Misericórdia relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- b) incumprimento do Estado relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?

c) Incumprimento de ambas as partes. E se sim, em quê?

d) Outras razões. Quais?

E13

Eu admito que possa haver responsabilidades de ambas as partes na situação de Serpa. Tem que haver capacidade nalguma resposta contratada, tem que haver uma boa articulação com a região de saúde e tanto quanto percebi houve essa dificuldade em Serpa. Tem que haver essa potencial área de abrangência que não ficou articulada. Mas não creio que possamos pensar que as causas estão apenas num dos lados.

NR

Na sua perspetiva, e partindo da experiência recolhida nas unidades hospitalares do SNS cuja gestão foi devolvida às Misericórdias (nos primeiros cinco anos, 2015-2020) que medidas futuras podem ser adotadas para que este tipo de parcerias possa ser mais efetivo, assente em relações de cooperação e com benefícios de boa governança para todos os parceiros envolvidos?

E13

Não tenho reservas a que possa haver essas parcerias, desde que elas sejam as mais adequadas para a melhor resposta. Nós temos que ser muito criteriosos na gestão dos recursos e não há dúvida nenhuma que há níveis de exigência, de complexidade, que temos que ser capazes de prestar. E provavelmente aí o Estado tem de facto que ter um grande investimento. E tem que estar presente. Há outros níveis em que pode ser mais eficiente pela via de tentar encontrar os melhores prestadores. Olhando para aquilo que é o concreto das necessidades, ver como o sistema está e como é que pode ser melhor articulado. Parece-me que há essa preocupação agora e acho que é positiva.

Entrevista 14

NR

No seu entendimento, como evoluiu a relação entre o Estado e as Misericórdias no setor da saúde em Portugal ao longo do período democrático?

E14

Foi uma relação com altos e baixos.

Primeiro, há um período imediatamente pós-25 de Abril, em que manifestamente houve dificuldades. Há uma tentação de pensar que as dificuldades foram do foro ideológico. Eu acho que elas resultaram de um aspeto prático, da prática efetiva. As Misericórdias, os seus Hospitais, a maior parte deles hospitais concelhios, mas alguns de maior dimensão, já viviam com uma parte muito significativa do seu orçamento, financiado com participação do Estado. E todo esse sistema foi profundamente abalado pela revolução, além de que os trabalhadores em geral, e aqui também se incluem os trabalhadores das Misericórdias, quiseram ver muito revalorizada a sua situação remuneratória, isso criou uma situação insustentável. A nacionalização dos Hospitais das Misericórdias, na altura, foi uma operação tida como inevitável pelos os agentes do setor. Não nego que pode ter sido encorajada por um certo ambiente político que se vivia no pós-25 de Abril, mas a verdade é que não causou estranheza a ninguém e foi até vivida por muitos dirigentes das Misericórdias com alívio. Não sabiam muito bem como é que conseguiriam aguentar, digamos, aquela operação naquelas circunstâncias.

Eu acho que nós, depois, demoramos muito tempo para recompor essa relação, foi um processo muito lento de normalização dessa relação. Não é apenas a devolução de hospitais concelhios que, mantendo-se nas mesmas funções, foi algo que só aconteceu já na segunda década deste século. Mas mesmo acordos claros do Estado com as Misericórdias que mantiveram ou recuperaram mais cedo a capacidade de prestação de cuidados de saúde são uma coisa que só ficou verdadeiramente clarificada em 2010. Até 2010 existiam despachos que permitiam que alguns doentes fossem tratados nas Misericórdias, mas sempre com alguma ambiguidade em matéria de regras, em matéria de procedimento, em matéria de número de doentes que podiam ser abrangidos. Ora, isto é mesmo muito tempo.

Acho que, no meio de tudo isto, aconteceu uma coisa muito positiva quando o Professor Correia de Campos, em 2006, na prática, criou com as Misericórdias a Rede de Cuidados Continuados Continuados. A Rede tem setor Público, tem setor privado, tem vários componentes do setor social, mas não há dúvida nenhuma que a presença dominante nos Cuidados Continuados são as Misericórdias. E também acho que não há nenhuma dúvida nenhuma que é mesmo uma vocação das Misericórdias fazerem uma operação que é tão complexa porque combina de forma tão delicada o aspeto da saúde com o aspeto social. Esse é o ponto de encontro melhor para, no fim, envolver as Misericórdias na área da saúde.

NR

No seu entendimento, quais os principais pontos fortes/fracos associados aos acordos de gestão estabelecidos entre o Estado e as Misericórdias, no que se refere ao cumprimento dos objetivos das políticas de saúde na área hospitalar, desde 1974?

E14

Há dois pontos fortes, que são evidentes: as Misericórdias fazem um trabalho com grande qualidade, com grande empenho e com grande dedicação. Estão muito focadas na satisfação do utilizador, na satisfação da sua família, na satisfação da Comunidade. Para uma Misericórdia isso é essencial e o Estado tem boas razões para confiar nas Misericórdias como alguém que trabalha com qualidade, com foco no utente. Por outro lado, uma segunda vantagem é, evidentemente, o controle dos custos, porque todos esses contratos se baseiam em contratos “fechados” e há uma perspetiva de estabilidade orçamental, que é positiva do ponto de vista do interesse das contas públicas.

Diria que os pontos fracos se prendem com a certa altura, estas operações serem pequenas operações e poderem sair do foco da atenção da política pública. O setor público pode considerar que tem este problema resolvido e não avaliar com rigor o que esteja a acontecer. E também há um risco que não se pode negar, e que os últimos anos têm acentuado, que é um risco financeiro porventura desequilibrado para as Misericórdias. Quando os riscos inflacionários se tornam mais significativos, o Estado normalmente demora muito tempo para reconhecer o impacto que isso tem na atividade daqueles com quem contratou os serviços. E se controlar as contas públicas é algo que é

positivo isso não pode ser feito à custa de um sacrifício financeiro excessivo do parceiro social.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974/1975, como qualifica os resultados alcançados, na perspetiva das poupanças esperadas pelo Estado? E na perspetiva das Misericórdias?

E14

Em relação às contas públicas, no aspeto orçamental, não há dúvida nenhuma que são operações absolutamente tranquilas para o Estado. Há um cabal cumprimento da ideia de contenção da despesa pública nesta matéria. Em relação àquilo que era a resposta expectável da situação das Misericórdias, eu acho que a situação não é exatamente igual, porque a verdade é que, demonstrando que a heterogeneidade que existe na operação pública, também existe na operação dos outros setores. No setor social, nós temos Misericórdias que mantiveram integralmente a sua capacidade de resposta em matéria de saúde. E que até a desenvolveram, em Fafe ou na Anadia, mas não podemos ignorar que outras Misericórdias, porventura com uma estrutura mais frágil, com mais problemas, que enfrentaram muitas dificuldades, em Serpa verdadeiramente nós temos um problema que ainda não está resolvido de recuperação da capacidade de resposta à população daquela zona. É também uma zona com menos densidade habitacional, com menos suporte comunitário. A verdade é que não podemos classificar que isto seja igual.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos assistenciais?

E14

Não há dúvida nenhuma que nos casos da Anadia e de Fafe os resultados são muito positivos. Do ponto de vista de um decisor político, a ausência de notícias significativas

significa sempre muito boa notícia! Significa que estão a correr como devem correr. E não há dúvida nenhuma que mesmo os hospitais públicos dessas áreas, tipicamente hospitais mais diferenciados, reputam como positiva a relação que têm com esses hospitais e não há nenhuma referência a fenómenos, como tantas vezes falamos de ligação dos diferentes setores, de desnatação, seleção adversa, não há nenhuma referência desse comportamento por parte das Misericórdias. Repito, o caso de Serpa é mais difícil de avaliar, porque há dificuldades objetivas no funcionamento da resposta em matéria de saúde em Serpa que espero que sejam superadas a curto prazo.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos de sistema de avaliação da qualidade (SINAS, da Entidade Reguladora da Saúde), se aplicável?

E14

É inquestionável que, no caso das duas Misericórdias que foram avaliadas, Fafe e Anadia, os resultados são muito positivos. Mas devo dizer, aliás, que que no SINAS, que está em reformulação e que eu espero que rapidamente seja retomado um qualquer projeto com esta orientação por parte da Entidade Reguladora da Saúde, se há coisa que garantia aos portugueses e acho que isso é muito positivo é que o essencial dos prestadores de uma certa dimensão, fossem sociais, públicos ou privados, tinham bons resultados na sua prestação de cuidados de saúde.

Quem conhece o sistema de saúde português acredita que é predominantemente assim, até porque a qualificação dos profissionais é muitíssimo elevada e os profissionais são o principal determinante da qualidade em saúde. Mas é muito positivo perceber que a aplicação destes critérios, nomeadamente nestas Misericórdias, resultava numa avaliação muito positiva.

NR

Comparando as unidades hospitalares de Fafe, Anadia e Serpa (que já integravam o SNS e foram, entretanto, devolvidas à gestão do setor social) com outras unidades de dimensão semelhante, na mesma área geográfica e ainda sob gestão pública, no seu

entendimento, que tipo de vantagens identifica para o Estado entre uma opção e outra?

E14

Os hospitais geridos diretamente pelas Misericórdias têm uma evidente vantagem de flexibilidade de gestão. Aliás, o drama maior do setor público na área da saúde é que os hospitais, mesmo os hospitais de dimensão relativamente pequena, são estruturas empresariais muito complexas que envolvem operações muito diversas, que envolvem comportamentos muito diversos, muito dependentes de uma presença muito massiva de recursos humanos, os cuidados de saúde são intensivos em recursos humanos, recursos humanos muito qualificados e cujos interesses, para uma estrutura funcionar bem, têm que ser cooperantes, mas nem sempre isto “apaga” inteiramente os interesses divergentes e as Misericórdias têm uma agilidade de gestão que nas pequenas unidades, aumenta muito a capacidade de responder às necessidades de cada momento.

Não conheço o suficiente dos indicadores de gestão para os poder comparar. Diria que, em geral, a avaliação da destes pequenos hospitais geridos pelo setor social é muito positiva e pode até ser inspiradora para os hospitais públicos da mesma dimensão.

NR

Apesar de seguirem o mesmo modelo de acordo de gestão, estabelecido entre as respetivas Misericórdias e Administrações Regionais de Saúde, os resultados alcançados apresentam alguma discrepância de unidade para unidade. No seu entendimento, as diferenças podem ser explicadas por:

- a) incumprimento da respetiva Misericórdia relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- b) incumprimento do Estado relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- c) Incumprimento de ambas as partes. E se sim, em quê?
- d) Outras razões. Quais?

E14

Acho que, para ser franco, não é diretamente por nenhuma destas razões. Onde é manifesto que houve maiores dificuldades é em Serpa e acho que às vezes há um conjunto de circunstâncias adversas que se juntam nestes processos. Sou um fortíssimo adepto da intervenção do setor social na vida pública do país, nomeadamente na área da saúde. Acho que o país ganha com isso. As estruturas do setor social pelo facto de terem objetivos e valores muito adequados, não significa que tenham capacidade organizacional que corresponda à ambição e à justeza dos seus valores e uma operação de saúde é sempre uma operação complexa. Não é suficiente que estejamos bem intencionados, é preciso ver se estamos dotados dos recursos, nomeadamente dos recursos em matéria de capacidade de gestão, que nos permitam corresponder a esses valores. Acho que há também uma aprendizagem nestes processos. Nós temos que fazer intervir estruturas que possam assegurar o funcionamento pleno de um hospital. Quando nós transitamos esse hospital do setor público para o setor social, porventura, a diferença do que acontece de forma muito positiva na Anadia com o que acontece de forma menos positiva em Serpa, também tem a ver com uma maior ou menor participação da União das Misericórdias, do Grupo Misericórdias Saúde, que talvez seja indispensável como estrutura de transição, pelo menos de uma gestão pública para uma gestão puramente da Misericórdia local, porque não é obrigatório que a Misericórdia local esteja dotada dos recursos necessários para resolver os problemas, que são muito complexos. Porque muitos dos problemas não são apenas do quotidiano, precisam de uma visão estratégica, de uma certa capacidade, de uma certa experiência.

NR

Na sua perspetiva, e partindo da experiência recolhida nas unidades hospitalares do SNS cuja gestão foi devolvida às Misericórdias (nos primeiros cinco anos, 2015-2020) que medidas futuras podem ser adotadas para que este tipo de parcerias possa ser mais efetivo, assente em relações de cooperação e com benefícios de boa governança para todos os parceiros envolvidos?

E14

Temos que reforçar a avaliação destes resultados. Acho que verdadeiramente nós temos que fazer uma medição que torna evidente as vantagens que aconteceram para as pessoas e que aconteceram para o Serviço Nacional de Saúde, entendendo que estes

hospitais, por terem gestão do setor social, não deixam de ser hospitais do SNS. E é preciso colocar isto em evidência para saber que problemas existiram, que vantagens existiram e como é que nós devemos prosseguir nesta experiência, com que dimensão. Devo dizer que já não há tantos casos quanto isso de hospitais que sejam suscetíveis de uma operação deste tipo, progressivamente o país foi-se dotando da sua própria rede pública de hospitais, mas ainda há um punhado de casos e acho que essa equação deve ser colocada, e deve ser colocada em vários domínios de transmissão global do hospital ou de transferência do hospital com operação depois contratualizada noutros termos. Porque acho que nesta análise também devíamos incorporar os acordos de valor muito significativo que o Estado tem hoje com cerca de uma dezena de Misericórdias no norte do país. São acordos em que anualmente há uma compra muito significativa de serviços. E há uma referenciação direta dos centros de saúde. Hoje em dia, mais de 120 mil consultas especializadas por ano e cerca de 30 mil cirurgias por ano, é um volume que agregadamente tem o seu significado. E que também merecia uma avaliação mais objetiva, porque todos os elementos que temos são elementos de grande sucesso desta operação nas comunidades, junto das pessoas.

Entrevista 15

NR

No seu entendimento, como evoluiu a relação entre o Estado e as Misericórdias no setor da saúde em Portugal ao longo do período democrático?

E15

Do meu ponto de vista e do que conheço mais concretamente nestes últimos tempos, não consigo pronunciar-me sobre um tempo mais atrás, mas considero que poderiam estar criadas as condições caso o acordo de cooperação com o Estado tivesse salvaguardado, por um lado com equipamentos em condições e com qualidade para assegurar a melhor qualidade de serviço aos utentes e, por outro lado, a sustentabilidade de quem tinha ficado com a gestão, tendo em conta as oscilações previsíveis de situações que não se conseguem resolver, mas que tinham que ter ficado acauteladas. Caso estas condições tivessem existido, a gestão de um hospital por parte da Misericórdia teria efeitos práticos e positivos porque, por um lado, há a proximidade com as pessoas, com a população, por outro lado, é o conhecimento da questão demográfica, da desertificação, do próprio envelhecimento ativo que passa a ser um conhecimento muito próximo por parte das Misericórdias e que permitiria depois, caso as condições tivessem inicialmente sido dadas, permitiriam, sim, adequar, melhorar porque os relatórios de execução que habitualmente só são em termos de número têm que ter aqui a outra parte qualitativa, e é este equilíbrio entre a avaliação qualitativa e a quantitativa que faria a diferença.

NR

No seu entendimento, quais os principais pontos fortes/fracos associados aos acordos de gestão estabelecidos entre o Estado e as Misericórdias, no que se refere ao cumprimento dos objetivos das políticas de saúde na área hospitalar, desde 1974?

E15

Primeiro, mais uma vez, tinham que ser apetrechados com equipamentos de suporte de vida, de condições verdadeiramente garantidas para que um hospital no âmbito de um acordo de cooperação funcionasse como um reforço ao hospital principal, neste caso a

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo. Ele tinha que funcionar como um hospital que, pelo número de utentes e pela especificidade de utentes que a ele recorressem, diminuísse as listas de espera, diminuísse o fluxo ao hospital principal. Portanto, funcionaria como um hospital secundário, mas que desse a melhor resposta, daí a necessidade dos equipamentos. Quando nós recebemos um utente que precisa de um raio X e nós não temos um equipamento de raio X em condições e ele tem que seguir para o hospital distrital estamos a perder tempo, estamos a recuar. Daí a necessidade do equipamento em condições que no caso concreto do acordo de cooperação de Serpa, iniciado em 2015, nunca de facto aconteceu.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974/1975, como qualifica os resultados alcançados, na perspetiva das poupanças esperadas pelo Estado? E na perspetiva das Misericórdias?

E15

Penso que é relativamente fácil, porque pelo lado do Estado, na perspetiva do Estado, houve de facto aqui ganhos substanciais e com certeza muito elevados. Esses ganhos para o Estado correspondem a prejuízo das Misericórdias e prejuízos muito mais elevados do que só em termos financeiros, o que por si só já é muito mau, porque a própria gestão e a necessidade de recorrer a recursos para essa mesma gestão exige no dia a dia uma organização, um planeamento de que a maior parte das vezes, quem está à frente das Misericórdias não tem e não está preparado para tal.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos assistenciais?

E15

Em termos assistenciais, nós temos tido bons clínicos, bons enfermeiros, recursos humanos que quase se substituem, se é possível dizê-lo, aos equipamentos, mas

ninguém se substitui aos equipamentos, precisamos de ter, ou precisaríamos de ter, condições de qualidade para poder termos meios complementares de diagnóstico nas melhores condições e não só termos os equipamentos que se vêem mas que estão completamente obsoletos. Foi logo também um dos princípios economicistas do Estado aquando da negociação desse acordo de cooperação: não investiu no que era preciso. Primeiro investia-se naquilo que era necessário em termos de equipamentos e depois o acordo aconteceria.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos de sistema de avaliação da qualidade (SINAS, da Entidade Reguladora da Saúde), se aplicável?

E15

Não é positiva essa avaliação porque, ainda por cima, também temos que nos lembrar dos equipamentos, edifícios, que têm que obedecer a procedimentos obrigatório no âmbito da Entidade Reguladora da Saúde que não foram acautelados antes da devolução à gestão da Misericórdia.

NR

Comparando as unidades hospitalares de Fafe, Anadia e Serpa (que já integravam o SNS e foram, entretanto, devolvidas à gestão do setor social) com outras unidades de dimensão semelhante, na mesma área geográfica e ainda sob gestão pública, no seu entendimento, que tipo de vantagens identifica para o Estado entre uma opção e outra?

E15

Ou as duas em paralelo! Nós temos um hospital distrital, a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, portanto estamos a falar do serviço Público, e temos uma extensão, entre aspas, e que é o Hospital de Serpa, através do acordo de cooperação. Primeiro esta questão foi completamente desinformada, nunca houve uma informação até em termos da comunidade. Nunca houve uma informação que permitisse perceber que o “todo” é

serviço público. Hospital de Serpa, com a Santa Casa da Misericórdia de Serpa na sua gestão, mas que faz a gestão de um serviço público.

Nunca isto foi devidamente informado à própria população, o que também originou um nível de desconfiança que nunca poderia ter existido. Portanto, este fator de confiança e de segurança que, por vezes, não é no imediato avaliado teve uma importância grande. Por outro lado, também aqui referir o seguinte: este acordo de cooperação e esta devolução do Hospital à Misericórdia de Serpa por parte do Estado, deveria ter envolvido de uma outra forma a autarquia no processo de preparação da devolução. Seria também muito mais vantajoso porque ao termos um serviço aberto em que os próprios médicos de família do centro de saúde não referenciavam os utentes para as consultas de especialidade do hospital de São Paulo, mas sim para Évora ou para bem mais longe, estavam a inverter o processo. Portanto, se o acordo de cooperação tem a ver com produção os utentes ao invés de virem a uma consulta de oftalmologia, ou outra qualquer especialidade, iam a essa consulta fora estava-se a diminuir a proximidade e qualidade do serviço aos utentes e, por outro lado, a prejudicar a próprio acordo de cooperação e isso aconteceu e foi uma constante.

NR

Apesar de seguirem o mesmo modelo de acordo de gestão, estabelecido entre as respetivas Misericórdias e Administrações Regionais de Saúde, os resultados alcançados apresentam alguma discrepância de unidade para unidade. No seu entendimento, as diferenças podem ser explicadas por:

- a) incumprimento da respetiva Misericórdia relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- b) incumprimento do Estado relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- c) Incumprimento de ambas as partes. E se sim, em quê?
- d) Outras razões. Quais?

E15

Primeiro, de facto, nunca foram criadas as condições necessárias que o Estado obrigatoriamente teria que ter criado no início deste acordo. Depois, sim, houve incumprimento por parte da Misericórdia de Serpa e esse incumprimento refere-se a quê? Um acordo que refere um bloco cirúrgico desde 2015 foi construído agora e ainda não está a produzir. Logo, há um acordo que refere o bloco cirúrgico que não existia e que se deixou à responsabilidade da Misericórdia a sua construção. Nunca podia ter acontecido desta maneira. Depois, por outro lado, a própria Misericórdia, por causa dos equipamentos que não estavam em condições, não tinha sustentabilidade financeira para os adquirir. Logo, ao nível dos meios complementares de diagnóstico, as lacunas e o défice de qualidade e de resposta aos utentes. A Misericórdia tentou, em 2019, abrir um centro de cardiologia e abriu funcionou em 2019 e 2020 e acabou por fechar em 2021. Porquê? Pela dificuldade de sustentabilidade, tanto mais que também houve a circunstância do período pandémico, mas a verdade é que este Centro de Cardiologia, único na região, conseguiu dar resposta a muitos que dele precisavam. Por outro lado, também, o acordo de operação envolvia quatro partes: Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Administração Regional de Saúde do Alentejo, Santa Casa da Misericórdia de Serpa e a Administração Regional de Saúde do Algarve (que só entrava na equação após o bloco estar construído). Mas a necessidade daquela relação de proximidade e maior articulação da própria Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo com a Santa Casa da Misericórdia ficou sempre ali naquela paz... podre. Acho que a melhor forma de expressão é essa.

NR

Na sua perspetiva, e partindo da experiência recolhida nas unidades hospitalares do SNS cuja gestão foi devolvida às Misericórdias (nos primeiros cinco anos, 2015-2020) que medidas futuras podem ser adotadas para que este tipo de parcerias possa ser mais efetivo, assente em relações de cooperação e com benefícios de boa governança para todos os parceiros envolvidos?

E15

Quando falamos nas parcerias e na boa governança a proximidade e mais uma vez as características das regiões e o conhecimento das populações poderiam permitir que a gestão de uma misericórdia se tornasse a melhor solução e a melhor das respostas ao

nível de saúde, mas tínhamos que desmontar tudo isto. E desmontar de que forma? A questão da saúde é responsabilidade e competência do Estado. Como muitas outras competências, que o Estado tem, mas, pelo estrangulamento que o próprio Estado cada vez mais vai tendo a esse nível, o transferir competências na minha análise não é totalmente negativo, desde que criadas as condições para essa transferência de competências. Não podemos é estar a transferir competências como forma de transferir responsabilidades sem preparar o terreno para que quem aceita essa transferência possa ter aqui uma gestão tranquila, uma gestão de sustentabilidade. Portanto, no caso concreto, uma das coisas que fez com que da parte da Misericórdia de Serpa, até ao dia de hoje, se mantivesse o acordo, foi porque a partir do momento em que o Estado não aceitava a devolução isso significaria fechar um serviço público, um serviço de urgência e tudo mais a Santa Casa tomou a si a responsabilidade para que não sentisse o peso do encerrar um serviço público. A duras penas da sua parte. E é disto que se trata, trata-se de uma outra questão que é o Estado tem a obrigação de conhecer, e conhece, a realidade dos números, da realidade que vivemos de há três anos a esta parte, e de reconhecer quem tem assegurado serviço público e tem continuado nesta gestão em nome de um acordo de cooperação. Deveria agora obrigatoriamente reconhecer e apoiar na medida daquilo que é a necessidade dessa instituição.

Só para termos uma ideia dos negativos da Santa Casa da Misericórdia de Serpa no centro de custo do hospital, os mesmos chegaram a ascender a quase €600 mil euros. Só por causa deste acordo de cooperação.

Entrevista 16

NR

No seu entendimento, como evoluiu a relação entre o Estado e as Misericórdias no setor da saúde em Portugal ao longo do período democrático?

E16

Sempre se pautou por uma relação de cooperação. As organizações evoluem e as Misericórdias também evoluíram de alguma forma. Posicionaram-se como prestadores e passaram a negociar, também, o tipo de parcerias que estabeleciam, de acordos, de protocolos, de convenções que estabelecem com o Estado. E, nomeadamente, com o Ministério da Saúde.

Evoluíram, também, no seu modelo de organização. Acho que o facto de termos uma associação nacional representativa das Misericórdias tornou-as um parceiro inalienável. O seu posicionamento é beneficiado por terem, também, uma ligação às comunidades em que se inserem, e isso dá uma maior confiança ao Estado no sentido de serem um parceiro mais aberto e, daí, também o setor social ter uma certa primazia, pode-se dizer, na articulação com o Estado, porque este parceiro também é escrutinado pela comunidade e isso é muito importante, porque evita alguns atropelos ou riscos que as tornam um parceiro mais confiável.

NR

No seu entendimento, quais os principais pontos fortes/fracos associados aos acordos de gestão estabelecidos entre o Estado e as Misericórdias, no que se refere ao cumprimento dos objetivos das políticas de saúde na área hospitalar, desde 1974?

E16

Acho que sempre houve uma relação de parceria, pelo menos na região Centro. Não conheço bem as outras regiões. Na região Centro, a articulação com as Misericórdias sempre foi boa, embora tenha sofrido constrangimentos, muitas vezes decorrentes das circunstâncias políticas e económicas do país. É sabido que, a determinada altura, o Ministério da Saúde ficou com instalações que eram e são das Santas Casas da

Misericórdia. De alguma forma, é algo que ainda tem uma contrapartida e que foi fixada para aí em 1984/1985.

As circunstâncias políticas e económicas do país também marcaram, inclusivamente, a evolução já neste século das parcerias que tínhamos. Nomeadamente quando foi agora do período da Troika, em que a negociação evoluiu porque havia uma necessidade também do Ministério da Saúde de fazer alguma contenção e racionalização de despesa. E, por isso, no fundo, as Misericórdias vieram aqui intervir como parceiros da Comunidade e não numa posição meramente negocial ou de circunstância de negócio. É a ideia que eu tenho.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974/1975, como qualifica os resultados alcançados, na perspetiva das poupanças esperadas pelo Estado? E na perspetiva das Misericórdias?

E16

Não tenho dados para fazer essa avaliação, até porque na nossa região só temos um caso. O que posso dizer é que o contrato é cumprido. Não estive na elaboração, mas é claro que houve um diagnóstico de necessidades e o contrato que foi feito, à data, deve ter decorrido das circunstâncias conjunturais em termos financeiros, que não eram boas. E, portanto, fixou-lhe um valor anual. Para além disso, as necessidades que visava satisfazer eram mesmo necessidades que careciam de resposta e que eram imprescindíveis. Desde que eu aqui estou, desde o Natal de 2017, a Misericórdia sempre cumpriu os protocolos que tinha connosco.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos assistenciais?

E16

São bons. A Misericórdia não faz só a atividade que nos “vende”, faz muito mais atividade, tem os seus próprios meios e os seus recursos e tem-nos estruturados. Não temos tido grande dificuldade, gerimos o acordo existente de acordo com a própria Misericórdia e com as nossas necessidades. Os tempos máximos de resposta são inferiores aos TMRG que estão em vigor no SNS. Racionalizamos a resposta de forma a ir cobrindo sempre as necessidades mais emergentes. A Misericórdia cumpre sempre o contrato, não temos grandes problemas e sempre com o cuidado de a execução se manter equilibrada no tempo. E isto serve até de comparação com outras unidades que abrem logo no início do ano, e que já têm uma lista de espera até ao final do ano. A Misericórdia de Anadia faz uma gestão racional da disponibilidade do contrato e cumpre sempre.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos de sistema de avaliação da qualidade (SINAS, da Entidade Reguladora da Saúde), se aplicável?

E16

Não tenho presente os resultados do SINAS. O que sei é que não tenho queixas.

NR

Comparando as unidades hospitalares de Fafe, Anadia e Serpa (que já integravam o SNS e foram, entretanto, devolvidas à gestão do sector social) com outras unidades de dimensão semelhante, na mesma área geográfica e ainda sob gestão pública, no seu entendimento, que tipo de vantagens identifica para o Estado entre uma opção e outra?

E16

Em termos financeiros, nunca fiz esse estudo. Agora, que é mais tranquilo é. Numa perspetiva do Ministério da Saúde é evidente que é mais tranquilo. Não tem problemas. Os problemas quando surgem vêm normalmente do nosso lado. No sentido, por exemplo, de não se estar a pagar atempadamente.

Falo muito com o Presidente da Câmara de Anadia por força das relações e agora, cada vez maiores, da descentralização de competências na área da saúde. E não, não tenho qualquer problema o que é um bom sinal, até porque é uma coisa em que os presidentes de Câmara atentam. E não tem problemas, não tenho esse reporte. Por outro lado, gera uma concorrência saudável com hospitais vizinhos. De resto, tanto com a Anadia como com a Mealhada nós também temos Cuidados Continuados, que são outra linha e que também corre bem.

NR

Apesar de seguirem o mesmo modelo de acordo de gestão, estabelecido entre as respetivas Misericórdias e Administrações Regionais de Saúde, os resultados alcançados apresentam alguma discrepância de unidade para unidade. No seu entendimento, as diferenças podem ser explicadas por:

- a) incumprimento da respetiva Misericórdia relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- b) incumprimento do Estado relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- c) Incumprimento de ambas as partes. E se sim, em quê?
- d) Outras razões. Quais?

E16

Embora desconheça se as outras duas unidades não cumpriram ou se alguma delas não cumpriu, diria que também tem a ver com os territórios onde estão inseridas. E eu acredito que a unidade do Alentejo possa ter algumas dificuldades em recrutar pessoas, profissionais, porque nós também temos. Por exemplo, se eu olhar para Castelo Branco nós temos dificuldades, não temos neste momento médicos fixos na Idanha, o que vai na sequência do que pode ter acontecido no Alentejo, precisamente por ser um território de baixa densidade. O que nós conseguimos para a Idanha é pôr médicos de Castelo Branco e simultaneamente com a ajuda de algumas entidades, pelo menos duas fundações que apoiam, uma fundação e a Associação de Diabéticos que apoiam com

profissionais que se disponibilizam a trabalhar naquelas zonas e que envolve também a Câmara.

Se olhar para o terreno é a comunidade local que se empenha em dar resposta às necessidades e a ULS também se suporta neles.

Portanto, olhando mais para baixo no país percebo que também tenham esse tipo de dificuldades.

NR

Na sua perspetiva, e partindo da experiência recolhida nas unidades hospitalares do SNS cuja gestão foi devolvida às Misericórdias (nos primeiros cinco anos, 2015-2020) que medidas futuras podem ser adotadas para que este tipo de parcerias possa ser mais efetivo, assente em relações de cooperação e com benefícios de boa governança para todos os parceiros envolvidos?

E16

A única coisa que me ocorre para poder melhorar, se eu olhar para o protocolo da Anadia, ele foi feito por 10 anos. Por um lado, é bom, é um descanso. Agora, é um facto que poderia inclusivamente ser melhor, há alturas em que as necessidades são maiores. Nós devíamos poder renegociar e estabelecer em função das necessidades e das disponibilidades também das partes. Poderia ser por 10 anos, mas com possibilidade de renegociação. A possibilidade de renegociar podia ser uma mais-valia. Dou-lhe o exemplo recente da pandemia em que nós tivemos aflições e mais necessidades. Ter um acordo por 10 anos pode ser confortável, mas não é ágil.

Entrevista 17

NR

No seu entendimento, como evoluiu a relação entre o Estado e as Misericórdias no setor da saúde em Portugal ao longo do período democrático?

E17

A relação tem evoluído bem, mas tem margem para ser aprofundada. Isto não é igual em todas as áreas do país. Eu diria que é uma relação que parece ser mais profunda na região Norte, onde temos outro tipo de acordos, acordos CTH, por exemplo, para receber doentes diretamente dos cuidados primários. E é uma relação que faz sentido aprofundar, particularmente nas áreas onde o SNS está a ser deficitário, em áreas onde existem problemas de acesso, onde existem listas de espera e onde é preciso encontrar acordos de cooperação que nos ajudem a ultrapassar isto, de uma forma mais sustentada no tempo ou de uma forma mais conjuntural. As Misericórdias podem ser o parceiro preferencial para essa relação, até porque a questão de não terem fins lucrativos acaba por ter aqui alguma relevância.

Nos cuidados de saúde agora fala-se muito da possibilidade de criar uma grande ADSE, onde os privados também possam ser parte. Eu tenho imensas dúvidas sobre isso porque a saúde é muito marcada por uma assimetria de informação e, portanto, quem determina o consumo, quem diz ao doente que tem que fazer este exame ou tem que fazer essa cirurgia ou tem que fazer esta consulta é o próprio prestador. Isto coloca-nos um risco brutal, que poucos sistemas de saúde têm capacidade de moderar ou controlar e, portanto, quando nós olhamos para grandes sistemas de saúde que abriram de uma forma absolutamente indiscriminada a sua relação com o privado, foram completamente ultrapassados pela capacidade privada de gerir isto. Isso vê-se nos Estados Unidos e vê-se noutros sistemas de saúde em que isso aconteceu. Portanto, eu acho que o facto de da instituição ter na sua visão, na sua estratégia, ter ou não ter fins lucrativos, a forma como olha para o “negócio”, é relevante quando nós estamos a falar da relação, da cooperação. Quando estamos a pensar em melhorar o acesso, em aumentar a produtividade, nalguns casos, acho que faz sentido que o parceiro preferencial para isso acontecer sejam as Misericórdias, como na área dos Cuidados Continuados, porque pelo

histórico que têm, pela experiência que têm, sem dúvida que são um parceiro preferencial. Tem sido uma relação certamente com altos e baixos, ao longo destes muitos anos, mas é uma relação de confiança. Não é igual em todas as Misericórdias, claro. Também já tive conversas com Misericórdias que, claramente, assumiram que têm uma visão empresarial do negócio. E que só fazem aquilo que acham que devem fazer numa visão muito empresarial. Mas de uma forma global, eu diria que é uma relação de confiança e que tem margem para ser aprofundada com vantagens para ambas as partes e acima de tudo com vantagens para as pessoas, para a população em geral.

NR

No seu entendimento, quais os principais pontos fortes/fracos associados aos acordos de gestão estabelecidos entre o Estado e as Misericórdias, no que se refere ao cumprimento dos objetivos das políticas de saúde na área hospitalar, desde 1974?

E17

Claramente, a experiência das Misericórdias é um ponto forte. É uma experiência de 500 anos a prestar cuidados de saúde. E, portanto, isso é claramente uma vantagem, cria toda uma cultura, todo um conhecimento que é extremamente importante. Nos tempos que correm, particularmente na área dos cuidados continuados, na área dos cuidados de longa duração, na área dos cuidados domiciliários, as Misericórdias têm um conhecimento insubstituível e, portanto, eu diria que esse é o grande ponto forte. Há o facto de as Misericórdias, em alguns casos, aliás em praticamente todos os casos, terem autonomia de gestão e capacidade e ferramentas que nós não temos nos Hospitais do SNS. Isso também pode ser uma vantagem para a relação. Infelizmente, os hospitais do SNS continuam muito condicionados pela relação com as Finanças. Isso continua a acontecer e limita a nossa capacidade de fazer investimento, limita, muitas vezes, também as operações e acaba por condicionar até a nossa eficiência. Pode, de alguma forma, ser ultrapassado por formas de contratualização, por acordos de cooperação que possam passar aqui algum risco para as Misericórdias. Sabendo também que as Misericórdias têm mais ferramentas para conseguir, e muitas vezes implementar alguns projetos, por exemplo, na área dos Cuidados Continuados, levá-los a bom porto, e têm até mais ferramentas do que aquilo que nós teríamos, enquanto Hospitais do SNS. O

facto de isto assentar numa relação de confiança, de as Misericórdias terem mais autonomia do que o Estado, são, eu diria, os pontos fortes que podem ser explorados.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974/1975, como qualifica os resultados alcançados, na perspetiva das poupanças esperadas pelo Estado? E na perspetiva das Misericórdias?

E17

Tenho aqui uma questão que é uma questão complicada. Eu renunciei ao meu lugar no Conselho de Administração de Guimarães por conta do processo de devolução do Hospital de Fafe e, portanto, tenho ideias muito próprias sobre o caso. Não sobre aquilo que ele produziu, porque não tenho dados atualizados sobre aquilo que aconteceu depois de eu sair. A razão que mais me indignou foi que a devolução tinha que ter um pacote de produção suficiente para aquilo ser viável e a produção que foi entregue ao Hospital São José de Fafe não correspondia à sua produção histórica. Podemos discutir se esta produção que foi entregue ao Hospital de São José fazia ou não sentido ser em Fafe, eventualmente sim, mas essa é uma outra discussão. Nós entramos em 2012 em Guimarães, fizemos um esforço tremendo para melhorar a produtividade, para melhorar a eficiência, e em 2 anos, em 2014, o Hospital deu lucro pela primeira vez desde que existia. E de repente em 2015 há um processo, e o processo foi político. Há uma redução de custo para o Estado por conta daquele hospital ser de um grupo de financiamento inferior ao Hospital de Guimarães e, por conta disso, há uma redução do preço pago, por exemplo, por consulta ou por cirurgia. Quando colocamos um Hospital num determinado grupo de financiamento nós colocamo-lo porque, em média, os custos desse hospital, considerando toda a sua produção agregada, os custos médios são aqueles e, portanto, à partida os preços são calculados com base nos custos. Se um hospital tem uma determinada complexidade, tem determinadas responsabilidades dentro da rede do SNS ele tem custos mais elevados. É diferente ter um hospital que tem uma urgência médico-cirúrgica, de ter um hospital que não tem uma urgência médico-cirúrgica ou que não tem uma urgência de todo. A estrutura de custos é completamente diferente. Naturalmente, quando nós olhamos para o mix de produção

de um hospital como o hospital de Guimarães, o custo médio deste mix de produção, considerando tudo, é um custo mais elevado com o hospital de Fafe. Obviamente que se se vai ao hospital de Guimarães e se retira do seu contrato a produção que, à partida, tem custos mais baixos, como consultas de especialidade ou cirurgias de ambulatório, que foi o caso, obviamente que à partida se tem custos mais baixos, mas, de alguma forma, está a fazer-se uma desmatação do Hospital de Guimarães, retirando-lhe parte importante da produção, que tem uma melhor relação entre custos e preços. E, portanto, está-se a tornar a unidade, neste caso, o Hospital de Guimarães mais deficitário em termos da sua operação. Isso aconteceu logo no ano a seguir em que o Hospital de Guimarães passa de um resultado positivo para um resultado altamente negativo. Importante que se diga também é que nem todos os custos foram transferidos, por exemplo, no caso do pessoal. Houve pessoal que foi integrado no Centro Hospitalar do Alto Ave que vinha do Hospital de São José de Fafe e que não regressou ao hospital São José de Fafe. Por exemplo a diretora de serviços de informação do Centro Hospitalar, que era do Hospital de Fafe e que nós achamos que não estávamos em condições, naquele momento, de a “devolver” perdendo a diretora dos sistemas de informação. Então ela ficou em Guimarães. A minha principal razão para ter renunciado ao lugar foi o impacto financeiro que isto ia ter no Hospital de Guimarães. Por nós, nem discutíamos o contrato do Hospital São José de Fafe, o que discutíamos era que esta redução no contrato de Guimarães fosse colmatada com um aumento de produção por parte do Estado e eles não aceitaram isso.

Mas para responder em concreto à pergunta, quais foram as eficiências ou os ganhos, eu não consigo estimar essas poupanças, porque não tenho dados. Essa procura que agora está a ser satisfeita no Hospital São José de Fafe era satisfeita no hospital de Guimarães. Fazia todo o sentido olhar para as contas de uma forma agregada, olhar para as contas dos 2 Hospitais e comparar com as contas do Centro Hospitalar do Alto Ave e ver o que é que resultou em termos de poupança. Não fiz essa simulação.

Eu não tenho absolutamente nada contra este tipo de acordos, percebo que as Misericórdias têm autonomia de gestão, têm ferramentas que os Hospitais não têm. Isso podia ser utilizado como uma vantagem. Há algumas desvantagens que no caso de Serpa são claríssimas, o facto de não se estar inserido numa grande rede, de não se ter

uma tutela que ajude a resolver problemas pode resultar mal. E agora quando se tem uma direção executiva do SNS que à partida procura encontrar soluções, soluções até de partilha entre hospitais do SNS estar-se fora disto pode ser também um problema. De partilha de soluções, por exemplo urgências centralizadas, urgências metropolitanas, mas no futuro podemos falar de outro tipo de coisas, de partilha de áreas logísticas, partilha de departamentos, criação de economias de escala, etc. E que estando os Hospitais das Misericórdias fora disto, obviamente, também os pode prejudicar e no caso de Serpa é um bocadinho isso. Não conheço o caso em detalhe mas admito que eles possam ter sido prejudicados por isto. De não terem esta relação com a tutela e, se calhar, a tutela não ter olhado para aquilo com a atenção que devia.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos assistenciais?

E17

Não sei, não tenho dados sobre isso.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos de sistema de avaliação da qualidade (SINAS, da Entidade Reguladora da Saúde), se aplicável?

E17

Não tenho presente a classificação destes hospitais no SINAS. A ideia que tenho é que o SINAS é um processo de avaliação mais com base em processos, do que propriamente com base em resultados. O São João, por exemplo, que é o Hospital onde trabalho nunca aderiu ao SINAS porque não se revê no processo de avaliação. A própria tutela atual tem dúvidas, tanto é assim que o suspendeu. Eu acredito muito mais em processos focados em resultados para os doentes, em inquéritos aos doentes que meçam o impacto daquilo que se está a fazer na vida dos doentes.

NR

Comparando as unidades hospitalares de Fafe, Anadia e Serpa (que já integravam o SNS e foram, entretanto, devolvidas à gestão do sector social) com outras unidades de dimensão semelhante, na mesma área geográfica e ainda sob gestão pública, no seu entendimento, que tipo de vantagens identifica para o Estado entre uma opção e outra?

E17

Não consigo identificar. Admito que na gestão do dia-a-dia possa ser uma grande vantagem ter autonomia de gestão, poder tomar decisões, e, por exemplo, poder contratar um médico ou poder comprar equipamentos sem ter que ter autorização das Finanças. Penso que essa é a principal vantagem, não sei se essa vantagem foi utilizada pelas Misericórdias com vantagem para as pessoas. Não faço ideia se, por exemplo em relação a Fafe, houve ou não esse investimento na unidade hospitalar.

NR

Apesar de seguirem o mesmo modelo de acordo de gestão, estabelecido entre as respetivas Misericórdias e Administrações Regionais de Saúde, os resultados alcançados apresentam alguma discrepância de unidade para unidade. No seu entendimento, as diferenças podem ser explicadas por:

- a) incumprimento da respetiva Misericórdia relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- b) incumprimento do Estado relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- c) Incumprimento de ambas as partes. E se sim, em quê?
- d) Outras razões. Quais?

E17

Conheço, pela comunicação social, o caso de Serpa. Nos outros, não tenho notícia que tenha havido problemas. No caso de Serpa eu acho que é muito mais culpa da equipa de gestão da Misericórdia, do que propriamente do Estado. O Estado faz um contrato, tem

uma produção prevista, tem uma duração de 10 anos, aquilo baliza a relação entre as partes. Se o contrato não está a ser cumprido, compete à Misericórdia acionar, eventualmente, até os meios legais, alertar o Estado. Se em Serpa porventura aconteceu de a ULSBA deixar de referenciar eu não sei se isso ficou acautelado no contrato, mas se não ficou devia ter ficado porque quando se cria uma ULS há uma forte indução de referência interna. A equipa de gestão do hospital de Serpa não percebeu isso? E não alertou para isso? Se não alertou, devia ter alertado.

A estrutura do Estado tem uma complexidade tal e tem tantas atividades, tantas urgências que resolver que não consegue pensar nessas coisas micro, muitas vezes nem consegue antecipar naquela região que aquela mudança há-de provocar aquela mudança, não consegue.

NR

Na sua perspetiva, e partindo da experiência recolhida nas unidades hospitalares do SNS cuja gestão foi devolvida às Misericórdias (nos primeiros cinco anos, 2015-2020) que medidas futuras podem ser adotadas para que este tipo de parcerias possa ser mais efetivo, assente em relações de cooperação e com benefícios de boa governança para todos os parceiros envolvidos?

E17

Acho que em primeiro lugar nós temos que ter bem definido qual é o objetivo dos nossos contratos. Não ponho de parte que se façam mais contratos, mas temos que perceber para quê. Se é uma questão de custo, se é uma questão de maior acesso, o que é que está em causa? Porque é que nós estamos a fazer isto? E depois ter um modelo de acompanhamento e de contratualização que não se afaste daquilo que é o modelo atual, não podemos ser menos exigentes com os hospitais das Misericórdias do que aquilo que éramos para os do SNS.

Em boa verdade até o modelo de acompanhamento dos hospitais do SNS devia ser, por exemplo, mais parecido com o modelo das PPPs, que era ainda mais exigente em termos de indicadores. E funcionou. O modelo não pode ser menos exigente. No caso do hospital de Fafe, parece-me, do contrato que me recorde de ter sido assinado em 2015, era um contrato menos exigente. E que não tinha garantias para o Estado, quer

dizer, não tinha garantias se não melhorar o acesso, se não melhorar a produtividade, se não melhorar nada, o que é que decorre daí? Portanto, eu acho que o modelo contratual tinha que ser melhorado e tem que responder a insuficiências do SNS. Podíamos agora ter uma discussão ideológica sobre se o Estado deve abandonar a prestação direta, entregar isto a outro tipo de entidades, nomeadamente às Misericórdias, mas essa é uma outra discussão. Portanto, a minha discussão é mais de uma perspetiva da gestão e, na perspetiva da gestão, o modelo contratual tem que evoluir para um modelo mais exigente e mais semelhante àquilo que temos, pelo menos nos hospitais EPE atualmente.

Entrevista 18

NR

No seu entendimento, como evoluiu a relação entre o Estado e as Misericórdias no setor da saúde em Portugal ao longo do período democrático?

E18

Depois de uma primeira fase, da nacionalização dos hospitais das Misericórdias, em 75, houve um afastamento e dificuldade de relacionamento, como é óbvio. Durante o período que vai até aos anos 80, mais coisa, menos coisa, as Misericórdias acabaram por se dedicar à prestação de cuidados em lares e à prestação de cuidados nas creches. A partir de uma certa altura, começou-se a verificar necessidade de colaboração, até porque muitas das Misericórdias mantinham a propriedade dos hospitais. Com o aparecimento das Unidades de Cuidados Continuados começou-se a verificar que as Misericórdias podiam suprir algumas das dificuldades dos hospitais, designadamente ao nível da continuidade de cuidados.

Verifica-se, de igual modo, que a partir dos anos 2000 as Misericórdias começaram a ter uma maior vocação para prestar cuidados de saúde e apareceram, de facto, Misericórdias que, além de manterem os seus lares e as suas creches, começaram a criar verdadeiros hospitais, como Riba de Ave, Póvoa de Lanhoso, Vila Verde. E não podemos esquecer a Misericórdia do Porto, que desde muito cedo criou um hospital altamente diferenciado, designadamente na área da ortopedia e da cirurgia plástica. Foi sobretudo na região Norte que esse movimento se implantou e se diferenciou.

Isso culminou num processo de devolução de alguns hospitais que estavam integrados no setor público. Durante o Governo do Dr. Passos Coelho foi decidido devolver a algumas Misericórdias, alguns hospitais como o de Fafe, o de Anadia e o de Serpa. Hoje em dia, entendo que as Misericórdias desempenham funções de complementaridade altamente necessária e que o Estado não pode dispensar de forma nenhuma. Se dispensasse, na situação em que o SNS se encontra, o SNS acabaria pura e simplesmente. As Misericórdias continuam, digamos, a aguentar o “menino SNS” em muitos aspetos, quer ao nível da prestação de cuidados, quer ao nível dos casos sociais em que os hospitais estão “encharcados”, quer mesmo ao nível de prestação de

cuidados, em termos de proximidade, que os hospitais muitas vezes não conseguem prestar. Portanto, estou convencido que se as Misericórdias, de um dia para o outro, desistissem de prestar cuidados de saúde o SNS colapsava completamente. É a minha opinião, sinceramente. E não tenho qualquer *parte pri* nisto.

Mesmo ao nível dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, fisioterapias, etc., apesar de a privada, nos últimos anos, ter feito uma aposta forte, designadamente na região Norte, a verdade é que as Misericórdias continuam a ter um papel muito importante e a suprir até, também, incapacidades que essa privada tem em termos de contratualização com o Estado.

NR

No seu entendimento, quais os principais pontos fortes/fracos associados aos acordos de gestão estabelecidos entre o Estado e as Misericórdias, no que se refere ao cumprimento dos objetivos das políticas de saúde na área hospitalar, desde 1974?

E18

Os pontos fortes têm a ver com a proximidade. Se no início havia algumas dúvidas relativamente à diferenciação dos profissionais que ali prestavam cuidados, designadamente em termos de enfermagem, mais do que em termos médicos porque os médicos eram os mesmos que operavam nos hospitais públicos, na generalidade dos casos. E isso até poderia ser, eventualmente, um ponto fraco, ou seja, a promiscuidade relativamente à prestação de cuidados e a qualidade da diferenciação dos enfermeiros, auxiliares de enfermagem, auxiliares de ação médica. Portanto, quanto a pontos fracos, acho que está identificado: é a questão de os médicos poderem ter alguma promiscuidade relativamente aos hospitais e a diferenciação dos enfermeiros. Relativamente aos pontos fortes, vemos a proximidade, vemos a inexistência ou quase inexistência de listas de espera, e a incapacidade de o SNS, naquelas áreas, responder adequadamente às necessidades da população.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974/1975, como qualifica os resultados

alcançados, na perspetiva das poupanças esperadas pelo Estado? E na perspetiva das Misericórdias?

E18

Na perspetiva das Misericórdias, não sei. Mas, relativamente ao Estado, segui de perto e fui de certa forma responsável pela assinatura dos protocolos de Fafe, e sei que a negociação permitia ganhos financeiros para o Estado na ordem dos 25%. A nível das especialidades que estavam previstas, o Estado conseguiu ganhar algumas especialidades que as Misericórdias, na altura, tinham alguma dificuldade em aceitar. Estou-me a lembrar, por exemplo, de oftalmologia e que eu considerava que em termos de proximidade era uma dificuldade que nós tínhamos em termos de listas de espera e que a Misericórdia poderia resolver. Entendo que a capacidade de resposta que seria conseguida com aqueles protocolos seria superior àquela que, na altura, o hospital de Fafe tinha quando integrado no Centro Hospitalar com Guimarães. Essas foram as vantagens fundamentais que eu vi nesses protocolos. Eram as especialidades e eram os ganhos em termos de custos da prestação pelo Público.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos assistenciais?

E18

Não tenho dados que me permitam afirmar o que quer que seja sobre essa matéria em termos de qualidade dos cuidados, sendo certo, deixe-me dizer, sendo certo que relativamente à quantidade dos cuidados os resultados não têm sido tão negativos quanto isso.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos de sistema de avaliação da qualidade (SINAS, da Entidade Reguladora da Saúde), se aplicável?

E18

Uma das questões que há bocado não referi e que agora me é suscitada é que, de facto, quando Fafe estava junto com Guimarães, com gestão centralizada, digamos que Fafe não tinha autonomia de gestão suficiente para se poder diferenciar. Estava sempre sujeito não a servir as populações de Fafe, mas a colmatar as dificuldades de Guimarães e essa era uma realidade que nós tínhamos na altura identificada. Guimarães, inclusivamente, nas reuniões em que estive, assumia que Fafe servia para colmatar as dificuldades de Guimarães, não propriamente para responder às necessidades da população de Fafe.

NR

Comparando as unidades hospitalares de Fafe, Anadia e Serpa (que já integravam o SNS e foram, entretanto, devolvidas à gestão do sector social) com outras unidades de dimensão semelhante, na mesma área geográfica e ainda sob gestão pública, no seu entendimento, que tipo de vantagens identifica para o Estado entre uma opção e outra?

E18

Depende da comparação, depende da localização dessas mesmas unidades. Fafe foi uma boa solução. Na altura, havia outras como Peso da Régua, por exemplo, em que não se conseguiu avançar, mas que tinha todas as condições para poder ser devolvida. Só que essa Misericórdia também não queria criar ali um hospital. Queria ter consultas externas e tal, mas não mais do que isso. Estou-me a lembrar também de Amarante, mas a Misericórdia também não estava interessada. Por outro lado, era também preciso conjugar as vontades das populações em causa e dos seus representantes.

São João da Madeira era outra possibilidade embora fosse difícil, por razões políticas. Santo Tirso teria sido uma boa oportunidade também.

NR

Apesar de seguirem o mesmo modelo de acordo de gestão, estabelecido entre as respetivas Misericórdias e Administrações Regionais de Saúde, os resultados

alcançados apresentam alguma discrepância de unidade para unidade. No seu entendimento, as diferenças podem ser explicadas por:

- a) incumprimento da respetiva Misericórdia relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- b) incumprimento do Estado relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- c) Incumprimento de ambas as partes. E se sim, em quê?
- d) Outras razões. Quais?

E18

A única razão tem a ver com a cultura. Comecei a minha vida profissional como administrador do hospital de Santarém, passei para o hospital de Santa Maria, passei pelo hospital de Vila Franca, passei por vários hospitais na região sul. E vim para Barcelos em 1990. Encontrei uma diferença impressionante no empenho e na vontade de que as coisas funcionassem na região Norte. A organização, isso está mais do que documentado, na região norte os resultados são certamente diferentes dos do Centro e do Sul. Não tem a ver com incumprimentos. Tem a ver com uma atitude, com uma cultura civilizacional que é diferente do resto das Regiões e tenho a certeza absoluta daquilo que estou a dizer.

O empenho e a vontade de que as coisas funcionem não tem comparação. Pode haver “guerras”, como em todo lado, pode haver conflitos, mas, quando existem, os conflitos são baseados na vontade de fazer coisas. Portanto, a minha experiência pessoal, também noutros hospitais como o da Prelada, o Hospital de Santo António, o Hospital de Vila Nova de Gaia, em todos eles, por mais conflitualidade que existisse, ela era baseada na vontade de prestar os melhores cuidados, de fazer mais, de se diferenciar, de andar para frente. Portanto, não era por razões corporativas, embora também houvesse alguma componente corporativa, ou por razões individuais ou por interesses pessoais.

NR

Na sua perspectiva, e partindo da experiência recolhida nas unidades hospitalares do SNS cuja gestão foi devolvida às Misericórdias (nos primeiros cinco anos, 2015-2020) que medidas futuras podem ser adotadas para que este tipo de parcerias possa ser mais efetivo, assente em relações de cooperação e com benefícios de boa governança para todos os parceiros envolvidos?

E18

Tenho alguma dificuldade em responder a essa questão, mas entendo que a profissionalização da administração das Misericórdias poderia ser boa, sendo certo que, enquanto administrador hospitalar que sou, devo dizer que a qualidade da formação dos cursos de administrador hospitalar mais recentes tem vindo a decair. Mas que deveria haver alguma profissionalização adicional em termos de gestão, acho que sim. Uma transparência adicional dos acordos que existem, por parte do Estado, não estou a falar por parte das Misericórdias. Aquando da devolução de hospitais, criou-se um grupo conjunto entre o Estado e a União das Misericórdias, no sentido de uniformizar esses protocolos e era um trabalho que podia ser ainda mais aprofundado no futuro.

Entrevista 19

NR

No seu entendimento, como evoluiu a relação entre o Estado e as Misericórdias no setor da saúde em Portugal ao longo do período democrático?

E19

Basicamente, eu diria que tem dois momentos. Um primeiro momento, cuja duração é difícil de quantificar e não sou capaz de atribuir verdadeiramente um momento de início. Mas, claramente, os momentos distinguem-se por um antes e um depois da constituição da rede de cuidados continuados integrados. É um momento determinante na relação com os Misericórdias, aliás, a própria razão de ser de parte do desenvolvimento desse processo deu-se porque o Estado percebeu que as Misericórdias poderiam dar aí uma resposta que o Estado não tinha na sua rede hospitalar e na segurança social. E depois, na sequência desse momento que na realidade abriu perspectivas novas para as Misericórdias, eu estabeleceria claramente dois momentos: um momento pré-crise de 2008-2011, e o processo posterior a isso. O momento anterior à crise de 2008-2011 é, obviamente, de expansão da relação. A partir da crise de 2008, e em particular depois da entrada da *troika* a partir de 2011, essas relações de alguma forma azedaram porque o Estado deixou de ser capaz de cumprir aquilo que eram as expectativas das Misericórdias em termos de manutenção de contratos financeiramente sãos, do ponto de vista do aumento da despesa. Imagino que, com o agravamento da inflação, essa relação se tem ainda mais deteriorado.

NR

No seu entendimento, quais os principais pontos fortes/fracos associados aos acordos de gestão estabelecidos entre o Estado e as Misericórdias, no que se refere ao cumprimento dos objetivos das políticas de saúde na área hospitalar, desde 1974?

E19

O grande problema até à entrada em vigor da rede nacional de cuidados continuados integrados é que os hospitais das Misericórdias tendo sido abruptamente nacionalizados, em alguns momentos o Estado honrou os seus compromissos através de contratos de

arrendamento que eram marcadamente, eu diria, exploradores, relativamente às próprias Misericórdias. Depois, a pouco e pouco, e à medida que as Misericórdias recuperaram alguma coisa em áreas que não foram investimentos próprios para a constituição de unidades de cuidados continuados. Eu penso que, e depois veremos isso mais a seguir, depende muito daquilo que é a própria dimensão do hospital. Mais do que tudo, não tanto daquilo que é a relação com as Misericórdias, mas a relação com o contrato na sua dimensão de concretização possível e desse ponto de vista há disparidades.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974/1975, como qualifica os resultados alcançados, na perspetiva das poupanças esperadas pelo Estado? E na perspetiva das Misericórdias?

E19

Sobre essa matéria tenho dificuldade. Você estará melhor habilitado do que eu, porque eu não me voltei a debruçar sobre os valores. Não faço a mínima ideia.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos assistenciais?

E19

É a mesma coisa. Estou numa fase do “ouvir dizer”. E, portanto, não tenho capacidade de ir para lá daquilo que é o que se ouve dizer.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos de sistema de avaliação da qualidade (SINAS, da Entidade Reguladora da Saúde), se aplicável?

E19

Parece-me que o SINAS não é um bom sistema de avaliação da qualidade pelas circunstâncias que têm que ver com o trabalhar com variáveis discretas, muito latas, e, como facilmente se percebe da leitura, os resultados são globalmente muito bons para todo lado. Portanto, eu não depositaria muita confiança naquilo que são os dados do SINAS. Primeiro, porque os avaliadores de qualidade em saúde são muito complicados e, porventura, são muito poucos aqueles que são verdadeiramente aceitáveis e padronizados internacionalmente e, depois, por outro lado, o SINAS, tal como os resultados são apresentados, basicamente, não é difícil para as unidades cumprirem aquilo e, portanto, não ficamos surpreendidos que os resultados sejam sempre todos demasiadamente bons. Há uma discrepância entre aquilo que é, provavelmente, a percepção real e a opinião pública e aquilo que são os resultados. E acho que isso deve ser entendido como, porventura, a necessidade de o SINAS melhorar muito a sua forma de avaliação de resultados.

NR

Comparando as unidades hospitalares de Fafe, Anadia e Serpa (que já integravam o SNS e foram, entretanto, devolvidas à gestão do sector social) com outras unidades de dimensão semelhante, na mesma área geográfica e ainda sob gestão pública, no seu entendimento, que tipo de vantagens identifica para o Estado entre uma opção e outra?

E19

Não conheço os resultados, mas, claramente, e porque penso que a contratualização da prestação de cuidados com o setor social tem grandes vantagens, eu diria que as principais vantagens têm que ver, em primeiro lugar, com uma maior capacidade de contratualização relativamente à prestação de serviços por pessoas. Ou seja, a vantagem do setor privado e do social, neste caso, é de poder contratar quem precisa, exatamente na dimensão exata para a tarefa que tem de ser desempenhada e por um preço que é considerado aceitável por todas as partes. Isto faz uma grande diferença do ponto de vista da eficiência e depois, por outro lado, tem também uma possibilidade de resposta de proximidade, uma vez que o desenho da sua área de atuação é obviamente muito melhor ponderado do que aquele que corresponde às áreas de atuação do SNS que são demasiado grandes para o para o efeito. Portanto, desse ponto de vista, proximidade e

capacidade, bem como a maior flexibilidade na contratualização de serviços ao nível de recursos humanos, são duas vantagens gigantescas.

NR

Apesar de seguirem o mesmo modelo de acordo de gestão, estabelecido entre as respetivas Misericórdias e Administrações Regionais de Saúde, os resultados alcançados apresentam alguma discrepância de unidade para unidade. No seu entendimento, as diferenças podem ser explicadas por:

- a) incumprimento da respetiva Misericórdia relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- b) incumprimento do Estado relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- c) Incumprimento de ambas as partes. E se sim, em quê?
- d) Outras razões. Quais?

E19

O hospital de Serpa sempre foi um problema. Quando foi decidido devolvê-lo às Misericórdias, basicamente, a posição em que o Estado se encontrava, ao contrário do hospital de Anadia e do hospital de Fafe, é de que poderia existir a médio prazo um encerramento dessa unidade. Aliás, o hospital não foi pura e simplesmente encerrado porque não era propriedade do Estado e, portanto, o Estado fez aquilo que podia fazer que foi devolver ao “criador” o edifício e a prestação e entendeu-se na altura que poderia haver alguma vantagem. Entendeu-se na altura negociar com o “senhorio” para a prestação de um conjunto de serviços que, inclusivamente, na altura, por exemplo, e isto ainda agora levantou uma questão importante, não incluía a prestação de serviços de urgência por considerarmos, logo à partida, que não haveria condições do ponto de vista do hospital de Serpa para o poder fazer. Portanto, o hospital de Serpa, relativamente a Fafe e a Anadia, estava numa desvantagem que tinha que ver, em primeiro lugar, com a demografia. Quanto à população servida é indiscutível que a dispersão demográfica e o número de potenciais utilizadores em Serpa seria sempre muito menor do que aquilo que acontece em Fafe e Anadia e isto condiciona os níveis de eficiência de um hospital

e condicionando também aquilo que era a capacidade de resposta do hospital de Serpa em termos de serviços disponíveis. Agravando esta circunstância, a Administração Regional de Saúde, nomeadamente naquilo que corresponderia ao setor Público instalado hospitalar, nunca contou muito com Serpa, ao contrário de Anadia e Fafe, que foram uma boa ajuda, e já se imaginava que fossem desde o primeiro momento, para os hospitais da zona. Houve aqui, claramente, um processo de esvaziamento da capacidade de resposta de Serpa. Depois, por erros do Estado que se têm vindo a acumular, não houve uma utilização do hospital de Serpa como uma unidade de cuidados primários, mas foi sempre visto como unidade de consultas de especialidade, para os quais, porventura, não teria aporte de número suficiente de clientes e, portanto, o hospital acabou por ser vítima disso. Inclusivamente, do meu ponto de vista, estabeleceu em algumas áreas, nomeadamente urgência, contratos que em boa medida não deveria ter celebrado por não ser capaz de os cumprir. E, portanto, resumindo, acho que há aqui claramente uma questão de demografia que tem que ver com a forma como o hospital de Serpa continua a ser encarado como um hospital, quando, do meu ponto de vista, aquilo que devia ter sido feito em Serpa devia ter sido duas coisas: por um lado, tentar criar uma forma de o hospital de Serpa contribuir para a rede de cuidados primários, o que seria um passo importante e poderia permitir que o hospital cumprisse uma função de contratualização de médicos para essa função específica que o SNS não é capaz de fazer e, depois, por outro lado, ter uma unidade de retaguarda de cuidados primários, para ajudar a unidade local de saúde existente. Tudo o resto, claramente, seria votado ao insucesso e continuamos no mesmo ponto em que estávamos quando foi feita a devolução. Nessa altura, conforme estava, o Hospital de Serpa não tinha qualquer razão de ser. A Misericórdia era proprietária, estabeleceu ainda algum protocolo connosco, mas foi claramente, do ponto de vista do Estado, uma tentativa de satisfazer a Misericórdia relativamente àquilo que era a sua circunstância. Fafe e Anadia nós tínhamos a noção clara que aquilo tinha razões para continuar a trabalhar bem e eventualmente melhor. Nessa altura nós já tínhamos a intenção de fazer a avaliação que você está agora a fazer e se haveria outras unidades com dimensão adequada para devolução ao setor social. O Estado não foi capaz de cumprir aquilo que, de alguma forma, considerava como essencial, porque a ARS-Alentejo não tinha interesse nenhum naquilo e, portanto, não cumpriu. Claramente o hospital teve mais olhos que barriga e

acabou por aceitar uma contratualização que depois estendeu para outros serviços, nomeadamente para o setor da urgência, que não tinha condições, de todo, para cumprir. Em última análise, acho que o grande problema é que, do ponto de vista da Misericórdia, acho eu, eles não fizeram a análise suficientemente ponderada do contrato e aceitaram que o hospital de Serpa continuasse a ser um hospital quando, do meu ponto de vista, devia ser transformado num centro de saúde. Era aquilo que eles deveriam ter feito.

Depois, em 2017, houve uma decisão do ponto de vista político de, por um lado, “empurrar com a barriga” e, por outro lado, dar a entender que se estava a fazer qualquer coisa para aumentar a capacidade de oferta quando não era aquele o sítio para se fazer isso.

NR

Na sua perspetiva, e partindo da experiência recolhida nas unidades hospitalares do SNS cuja gestão foi devolvida às Misericórdias (nos primeiros cinco anos, 2015-2020) que medidas futuras podem ser adotadas para que este tipo de parcerias possa ser mais efetivo, assente em relações de cooperação e com benefícios de boa governança para todos os parceiros envolvidos?

E19

Um dos caminhos mais importantes é o “hospital”, enquanto hospital, transformar-se e poder ser, porque tem condições para isso, em particular, alguns hospitais mais pequenos, ou poder desempenhar funções ao nível daquilo que poderiam ser os centros de saúde de última geração, porque esses hospitais têm capacidade instalada de produção, de meios complementares de diagnóstico, e têm especialidades complementares e de apoio aos cuidados primários e deveriam prestar também cuidados primários, ou seja, terem zonas de captação específicas que depois podem ou não ser complementadas por médicos de especialidade. E, obviamente, depois dar resposta em alguns aspetos que me parecem importantes, sempre que a procura se justifique, nomeadamente, na área do acompanhamento obstétrico ou ginecológico e obstétrico, na área da pequena cirurgia ou da cirurgia de ambulatório, e até, eventualmente, em internamentos específicos e de curta duração para a patologia corrente, dentro daquilo

que é a área de captação. Infelizmente, e aqui é um comentário político, do meu ponto de vista, está-se a cometer um erro ao querer proliferar grandes estruturas, do género das ULS sem se perceber que há diferenças regionais territoriais que condicionam que o facto de uma ULS ter sido um êxito num sítio, não necessariamente garantem que tenha que ser êxito noutro sítio. Aliás, as poucas avaliações que existem de eficiência das ULS são muito pouco favoráveis ao modelo e, portanto, eu teria feito o trabalho de casa, ao contrário. Teria tentado perceber, através de simulação, quais são os sítios onde, eventualmente, há hipótese de as ULS poderem funcionar. Olhar para as ULS que, entretanto, foram estabelecidas e falharam e perceber porque é que falharam, antes de estar a fazer ULS “a pontapé”, porque, no conceito, a ideia é muito interessante, mas, na prática, provavelmente não vai dar o resultado que se espera.

Entrevista 20

NR

No seu entendimento, como evoluiu a relação entre o Estado e as Misericórdias no setor da saúde em Portugal ao longo do período democrático?

E20

Penso que foi uma relação sempre de alguma incompreensão, penso que havia ali um problema filosófico, ideológico, que fazia com que a gestão do SNS não visse com bons olhos tudo aquilo que pudesse ser complementar, ou mesmo concorrente. Havia de facto uma certa aversão. Claro que nós sabemos que nos meios complementares de diagnóstico sempre houve alguma abertura dada a insuficiência de resposta, mas em tudo aquilo que eram áreas em que o SNS podia dar resposta, supostamente a 100%, havia sempre uma incompreensão relativa a potenciais prestadores complementares ou mesmo concorrenciais. Era um problema ideológico, penso eu. Como houve a nacionalização dos hospitais, primeiro, depois o processo tornou a relação um pouco difícil. Mais tarde, as parcerias Público-privadas vieram demonstrar que havia grande falta de explicitação das regras, em que o SNS funcionava. Os contratos, quer com os hospitais públicos, quer com os centros de saúde, tinham muitas fragilidades. Quando foi necessário explicitar um contrato vai-se ver que, de facto, havia ali uma zona de grande fragilidade. Portanto, a relação com as Misericórdias, penso eu, foi sendo difícil porque havia aqui talvez este aspeto ideológico que dificultava. Acabou por ser necessária, depois, algures no tempo, e possibilitou começar a resolver de forma tecnicamente mais acertada esta questão.

NR

No seu entendimento, quais os principais pontos fortes/fracos associados aos acordos de gestão estabelecidos entre o Estado e as Misericórdias, no que se refere ao cumprimento dos objetivos das políticas de saúde na área hospitalar, desde 1974?

E20

Penso que a vertente em que houve maior sucesso foi nos cuidados continuados. Claro que o Estado tem sempre aquela lentidão na atualização dos preços e o SNS é muito

centralizador. Aquela dificuldade do distanciamento, do planeamento, da centralização, as ARS tentam minimizar essas dificuldades, mas também acabam por enfermar do mesmo centralismo. Nos casos em que o Estado tinha, de facto, oferta autónoma este modelo centralista dificulta muito a relação e vai sempre fazendo exigências que são exigências por vezes desproporcionais. Nos cuidados continuados, como havia essa necessidade e o Estado não tinha oferta a abertura para a resolução tinha que ser superior.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974/1975, como qualifica os resultados alcançados, na perspetiva das poupanças esperadas pelo Estado? E na perspetiva das Misericórdias?

E20

Quando os contratos foram desenhados, estabeleceu-se logo uma percentagem de poupança que, nalguns casos, até era considerado um bocadinho violenta. Os contratos tinham que passar pelo Tribunal de Contas e também era uma forma ultrapassar eventuais desconfianças que pudessem existir. Portanto, quanto a poupanças, sei que de início para o Estado havia. Os acordos foram muito restritos, digamos assim, e procuravam ir de encontro a necessidades que havia. Sei que houve poupanças para o Estado, para as Misericórdias não faço ideia se foi benéfico. Agora, a perceção que havia é que a devolução seria benéfica para as populações e as unidades devolvidas estavam na órbita de unidades maiores e estavam, de alguma forma, secundarizadas ou bastante abandonadas. O sistema é muito napoleónico e tem dificuldade em atender às necessidades das populações, atende mais aos grupos profissionais e aos *stakeholders* que estão à volta.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos assistenciais?

E20

Os resultados são positivos. Na passagem de um modelo de gestão para outro, para ser bem feita, tem que haver vontade de todos. No caso de Serpa desde o início se criou um ambiente de aversão, designadamente por parte do Hospital de Évora. Havia uma aversão incrível, mesmo uma “guerra” em relação ao Ministério, e a passagem foi muito a contragosto. Houve logo uma animosidade em relação ao pessoal que ficava em Serpa, ao que passaria para Évora. Depois havia quem puxasse as expectativas muito para cima, outros muito para baixo, havia um desequilíbrio e não puxavam todos para o mesmo lado. Ao contrário, por exemplo, de Anadia em que se sentiu desde o início que correria bem.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos de sistema de avaliação da qualidade (SINAS, da Entidade Reguladora da Saúde), se aplicável?

E20

Não acompanhei esses resultados. Pelo menos, posso dizer que não continuaram naquela “amálgama”, passaram a ser avaliados e isso é uma vantagem. Se não eram avaliados até à devolução e passaram a ter esse olhar externo, esse foco, isso é positivo, é muito importante.

NR

Comparando as unidades hospitalares de Fafe, Anadia e Serpa (que já integravam o SNS e foram, entretanto, devolvidas à gestão do sector social) com outras unidades de dimensão semelhante, na mesma área geográfica e ainda sob gestão pública, no seu entendimento, que tipo de vantagens identifica para o Estado entre uma opção e outra?

E20

Estes anos todos já deram para perceber que o Estado ganha em contratualizar mais e em regular do que em prestar diretamente os serviços. Portanto, este modelo tem essa vantagem. O Estado faz um contrato, exige, contratualiza níveis de prestação de serviço,

financia a prestação, se a prestação não for de qualidade, pode haver penalizações. Acho que isso significa uma vantagem incrível. Enquanto nos hospitais da mesma dimensão, mas que continuam no Serviço Nacional de Saúde, porventura o Estado está a ter resultados negativos de forma sistemática, e vai tendo que cobrir os défices e sem ter a certeza de que está a ter qualidade.

NR

Apesar de seguirem o mesmo modelo de acordo de gestão, estabelecido entre as respetivas Misericórdias e Administrações Regionais de Saúde, os resultados alcançados apresentam alguma discrepância de unidade para unidade. No seu entendimento, as diferenças podem ser explicadas por:

- a) incumprimento da respetiva Misericórdia relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- b) incumprimento do Estado relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- c) Incumprimento de ambas as partes. E se sim, em quê?
- d) Outras razões. Quais?

E20

Seria preciso ter um nível de detalhe de informação que não tenho. Prefiro não responder.

NR

Na sua perspetiva, e partindo da experiência recolhida nas unidades hospitalares do SNS cuja gestão foi devolvida às Misericórdias (nos primeiros cinco anos, 2015-2020) que medidas futuras podem ser adotadas para que este tipo de parcerias possa ser mais efetivo, assente em relações de cooperação e com benefícios de boa governança para todos os parceiros envolvidos?

E20

As questões do financiamento, da medição por GDHs, da complexidade de cuidados, não sei como é que os contratos-chapéu, atualmente, têm vindo a evoluir. Os contratos, à data, eram similares aos do Serviço Nacional de Saúde.

Essas unidades de gestão que foram devolvidas são muito próximos à população e aquilo que se espera é que respondam de forma rápida, e, portanto, evitem contactos sucessivos, evitem despesa adicional por atos que podiam ser evitados. Podia pensar-se em que componentes os contratos de gestão podiam ter e que não têm. Estas pequenas unidades entregues às Misericórdias poderiam ser sementes do tipo de controlo de gestão que as unidades do setor público deviam ter e não têm. Muitas vezes a auditoria nos hospitais públicos é quase nenhuma. Não deve existir apenas preocupação com o controlo clínico, mas também com o controlo de gestão. E este controlo é muitas vezes demasiado napoleónico, por via de entidades como o Tribunal de Contas. Estas pequenas unidades podiam servir de exemplo ao que é preciso fazer no setor público que é ter um controlo mais permanente, diário, com mecanismos de proximidade, de boa governação. Os novos contratos poderiam ter essa componente. E novos indicadores, que saiam fora do que é tradicional. Quando fizemos os primeiros não quisemos fazer diferente do que era feito para o SNS em geral. Numa filosofia do Estado como “contratador-financiador” os novos contratos podiam potenciar esses princípios de auditoria interna regular, essa mudança de filosofia como, de certa forma, as parcerias público-privadas também o fizeram enquanto existiram.

Entrevista 21

NR

No seu entendimento, como evoluiu a relação entre o Estado e as Misericórdias no setor da saúde em Portugal ao longo do período democrático?

E21

É uma relação antiga, a relação entre o Estado e as Misericórdias é centenária, não é de apenas 50 anos esta parte. Os fundamentos do Serviço Nacional de Saúde e até da proteção social estão muito ligados ao papel do terceiro setor e, neste caso em concreto, das Misericórdias. Tiveram sempre um papel muito importante, quase sempre supletivo, complementar, mas muitas vezes também substitutivo. É evidente que houve um período difícil, a seguir à revolução do 25 de Abril. Houve dois ou três anos em que, fruto da exaltação revolucionária, foram injustamente cometidos alguns excessos, foi criada uma fratura, mas que rapidamente foi recuperada porque o peso da intervenção das Misericórdias é tão forte e tão ligado às comunidades, que era impossível que isso não acontecesse. Entrados na fase de normalidade democrática pós-constitucional, o caminho foi sendo de progressiva recuperação e depois com o decreto-lei publicado em 2013, iniciou-se o caminho de reequilíbrio e de recuperação de uma relação que era uma relação historicamente muito sólida.

NR

No seu entendimento, quais os principais pontos fortes/fracos associados aos acordos de gestão estabelecidos entre o Estado e as Misericórdias, no que se refere ao cumprimento dos objetivos das políticas de saúde na área hospitalar, desde 1974?

E21

Os pontos fortes são sempre aquilo que eu identifico como o valor maior das Misericórdias que é a proximidade e a continuidade territorial. É o conhecimento da realidade local, das pessoas em concreto, do seu modo de vida, das suas necessidades e, portanto, usando uma expressão inglesa que é o “*small is beautiful*”, quer dizer, o pequeno é bonito ou é bom. As Misericórdias têm essa capilaridade territorial e social

que os grandes equipamentos públicos não conseguem ter. Portanto, se me perguntam se é um caminho que deve ser aprofundado e deve ser alimentado: claramente que sim.

Quanto aos pontos fracos: acontece com o setor social e com as Misericórdias, o que acontece com o setor privado, que é, muitas vezes, a fragilidade do Estado em ser um bom árbitro, por um lado, mas também um bom avaliador. E os juízos serem feitos de uma forma justa ou injusta, por falta de avaliação e monitorização. Eu acho que o aprofundamento destas relações para o futuro beneficiará muito de o Estado avaliar, porque quem avalia conhece e, portanto, discrimina. Mesmo dentro do setor social, há unidades melhores e unidades piores. Portanto, era essa a nota que eu diria como ponto fraco: o nível de avaliação e de monitorização.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974/1975, como qualifica os resultados alcançados, na perspetiva das poupanças esperadas pelo Estado? E na perspetiva das Misericórdias?

E21

Tenho aqui uma visão que não é de detalhe, tenho uma visão de conjunto daquilo que resulta da minha experiência governativa e também da minha relação forte, sempre antes e depois de estar no governo, com o setor social. Eu acredito que as expectativas foram de uma forma geral cumpridas. Houve unidades que superaram essas expectativas, outras ficaram atrás. Mas de uma forma geral, este papel de suplemento nas respostas foi alcançado. E eu diria que, nalguns casos até foi superado. Estou-me a lembrar que a Norte, sobretudo a Norte, há experiências muito positivas. Não quero estar a individualizar nenhuma, mas de memória tenho conhecimento de que há 3 ou 4 unidades que, a Norte, tiveram um impulso fortíssimo e que preencheram esse vazio de respostas que o sistema público, o SNS, não estava a conseguir dar. Portanto, acho que o balanço é francamente positivo, mas, lá está, até para benefício das partes, quer da decisão política, quer do desempenho das Misericórdias, uma avaliação séria e independente só beneficiaria.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos assistenciais?

E21

As Misericórdias têm uma particularidade que é serem sensíveis à qualidade. Não tendo um foco prioritário no lucro, digamos, na criação de valor para acionistas, acabam por fazer com menos recursos mais coisas e sempre com uma preocupação grande em fazer bem. Também recomendaria, eu diria, que quer o Estado quer as próprias Misericórdias fossem os primeiros a avaliar o que fazem bem, porque se faço bem, porque razão não hei-de mostrar que faço bem?

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos de sistema de avaliação da qualidade (SINAS, da Entidade Reguladora da Saúde), se aplicável?

E21

Creio que há margem para progresso, mas nós quando estamos a olhar para o SINAS estamos a falar de realidades muito diferentes. Eu sou crítico do SINAS, portanto, devo fazer aqui este *disclosure*. Creio que o SINAS não é o melhor sistema de avaliação, não é discriminativo o suficiente e não faz uma distinção clara entre a tipologia das instituições e as atividades que elas prestam. De qualquer das maneiras, descontando este distanciamento crítico não deixa de ser um instrumento e dentro desse instrumento, é um instrumento que avalia e avalia com a metodologia que escolheu. E penso que também aí, de uma forma geral, os hospitais das Misericórdias se têm saído bem. E de uma forma geral, os melhores devem constituir-se como exemplo para puxar aqueles que estão ainda numa fase mais débil do seu processo.

NR

Comparando as unidades hospitalares de Fafe, Anadia e Serpa (que já integravam o SNS e foram, entretanto, devolvidas à gestão do sector social) com outras unidades

de dimensão semelhante, na mesma área geográfica e ainda sob gestão pública, no seu entendimento, que tipo de vantagens identifica para o Estado entre uma opção e outra?

E21

Não tenho dados objetivos que me permitam responder a essa pergunta, portanto, eu preferia não responder a essa pergunta porque não tenho dados que me permitam responder com rigor.

NR

Apesar de seguirem o mesmo modelo de acordo de gestão, estabelecido entre as respetivas Misericórdias e Administrações Regionais de Saúde, os resultados alcançados apresentam alguma discrepância de unidade para unidade. No seu entendimento, as diferenças podem ser explicadas por:

- a) incumprimento da respetiva Misericórdia relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- b) incumprimento do Estado relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- c) Incumprimento de ambas as partes. E se sim, em quê?
- d) Outras razões. Quais?

E21

Não ajudaria se fizesse um juízo errado e precipitado sobre as questões que me está a colocar. Quando eu estabeleço um contrato ou faço uma contratualização com entidades públicas, sociais ou privadas, eu, Estado, tenho obrigação de estar convicto de que os termos do contrato são adequados, e de, ao longo da vigência do contrato, ter instrumentos de monitorização e de avaliação. As respostas a essas questões só podem ser feitas com rigor e objetividade através de um processo de avaliação: avaliação interna e avaliação externa. Tudo o resto seria emitir uma opinião sobre resultados e seria muito injusto, para não dizer incorreto, fazê-lo.

NR

Na sua perspetiva, e partindo da experiência recolhida nas unidades hospitalares do SNS cuja gestão foi devolvida às Misericórdias (nos primeiros cinco anos, 2015-2020) que medidas futuras podem ser adotadas para que este tipo de parcerias possa ser mais efetivo, assente em relações de cooperação e com benefícios de boa governança para todos os parceiros envolvidos?

E21

Para já, assumir politicamente o papel decisivo e importante que os hospitais de Misericórdias têm na sua atividade complementar, supletiva, de apoio, de cooperação com o setor Público. Podem constituir, de facto, um estabilizador para falhas. Segundo: repensar os termos da contratualização de uma forma mais aberta e mais abrangente e transformar esses hospitais verdadeiramente como agentes públicos, de serviço público. E, em terceiro lugar, e aqui volto a repetir-me, em relação ao que disse anteriormente, insistir muito em modelos de governação transparente, ou seja, que sejam auditáveis, verificáveis e que o utilizador, o cidadão, possa em qualquer momento saber. Ok, estabeleci um acordo com dinheiro público, com uma entidade social. Isto está a significar valorização do meu esforço fiscal, porque pago naturalmente os impostos? Isso até serviria para quebrar alguns mitos e algumas ideias erradas e, provavelmente, até dar um suplemento de maior motivação para que o Estado possa alargar este perímetro de acordos não apenas às unidades atuais, mas a outras que possam preencher critérios e requisitos e entrar dentro dos acordos globais e, nessa medida, em zonas como há pouco referiu, por exemplo Serpa, no Baixo Alentejo, que é uma zona tão carenciada. O setor social pode ser verdadeiramente transformador e enquanto o SNS não se afirma nalguns que locais do país. E sejamos claros: há zonas do país em que o SNS vai ter dificuldade em se afirmar porque a mobilização de recursos não é fácil. Então, essas estruturas de proximidade, com outro tipo de lógicas de funcionamento, podem ser a salvação ou a chave para responder às necessidades das pessoas que estão por ser satisfeitas.

Entrevista 22

NR

No seu entendimento, como evoluiu a relação entre o Estado e as Misericórdias no setor da saúde em Portugal ao longo do período democrático?

E22

É do conhecimento geral que as Misericórdias, antes da revolução do 25 de Abril, eram detentoras praticamente da rede hospitalar nacional, com mais de 100 hospitais ativos e espalhados pelo território nacional, com mais incidência na linha do litoral. Com o 25 de abril dá-se a nacionalização dos Hospitais das Misericórdias, enquadrada numa política que tem muito a ver com a ideologia da revolução. As Misericórdias foram espoliadas dos seus hospitais, tanto da parte da gestão hospitalar, como do próprio património. Nos anos 80 houve uma reposição, diria que parcial, devolveram a “propriedade”, mas não devolveram fisicamente as instalações nem a gestão. As Misericórdias voltaram a ter como um seu ativo os edifícios, mas o Estado continuou a gerir os estabelecimentos hospitalares.

Portanto, com o conhecido Decreto-Lei de nacionalização de 1975, as Misericórdias foram espoliadas dos seus hospitais, exceto três. O legislador, quando fez o decreto da nacionalização da rede hospitalar, referiu-se a Hospitais Concelhios. Acontece que as Misericórdias, sendo a nível nacional mais do que o número de Concelhos, tinham hospitais em duas freguesias, Riba de Ave e Fão, que assim não foram abrangidos. Houve um terceiro, o Hospital do Marco de Canaveses, que não foi devolvido porque, embora fosse abrangido pelo decreto, não foi transcrito para o Diário da República de então porque um funcionário do Instituto Nacional da Casa da Moeda, que era do Marco de Canaveses, retirou de lá o nome do Hospital do Marco de Canaveses.

Nos anos 80, como disse, reconheceram de quem era a propriedade dos edifícios, mas não devolveram os edifícios. Mais tarde, já nos anos 90, começou a haver alguma negociação. Alguns deles também foram começando a ser desativados. Alguns passaram a integrar Centros de Saúde. Outros foram devolvidos às Misericórdias num estado degradado. Até 1995, último ano dos Governos de Cavaco Silva, fez-se, portanto, alguma devolução de estabelecimentos. E no fim dos anos 90, começaram

outra vez a surgir hospitais das Misericórdias em atividade. Algumas reativaram esses hospitais fazendo obras de valor muito significativo para adaptá-los e regressar à atividade.

A partir daí, já neste século, principalmente a partir do ano 2011, o Estado, juntamente com a União das Misericórdias Portuguesas, fez acordos de cooperação para alguns hospitais, através do CTH (consulta a tempo e horas). Através de eventuais estudos, e há aqui uma dúvida muito grande da nossa parte, quanto à forma como foram atribuídas verbas para as respetivas Misericórdias que aderiram a esses acordos de cooperação CTH, a qual não foi uniforme, baseou-se em critérios que a própria União e muitas Misericórdias ainda hoje questionam se foram os melhores critérios de atribuição das verbas do valor global dos acordos, porque tinham a ver com o histórico da produção dos hospitais das Misericórdias. Ora, nós sabemos que havia hospitais que não fecharam, outros que iniciaram a sua atividade pouco antes de 2011, e, portanto, prepararam-se também para a atividade hospitalar mais atempadamente. E quando é para atribuir as verbas para os acordos de 2011 foram buscar o histórico da produção, nomeadamente o que estava relacionado com os vales de cirurgia, isto é, aqueles que estavam mais ligados à produção para o combate às listas de espera em cirurgia. Com base nesse, que foi um dos critérios, é evidente que quem já estava preparado com blocos operatórios, quem estava preparado já com uma produção contínua e, portanto, com uma relação com a comunidade médica, com a comunidade envolvente, tinha uma área de influência maior e uma capacidade de produção maior. Hospitais esses que, como se sabe, hoje estão muito concentrados na região Norte, mais concretamente nos Distritos de Braga e Porto, também na zona Centro e em Lisboa e Vale do Tejo e, recentemente, no Alentejo. Portanto, esses hospitais começaram a produzir para o Estado com base nos acordos de cooperação. Simultaneamente, também aderiram às convenções, nomeadamente para os meios complementares de diagnóstico e terapêutica, onde aqui destacaria a Imagiologia, os raios X tradicionais, as ecografias ainda não eram nessa altura muito prescritas, mas já começavam, as TACs eram uma coisa que apareceria mais tarde. O forte a nível dos MCDTs era mais na parte da terapêutica, nomeadamente na Medicina Física e de Reabilitação. Além destes hospitais, as Misericórdias também começaram a surgir com unidades, nomeadamente algumas que passaram a designar-se de policlinicas, outras simplesmente de mono-atividade, no caso

concreto da fisioterapia. E muitas delas, também através destas convenções que eram delas ou eventualmente dos privados, faziam acordos para dentro das instalações das Misericórdias poderem implantar o seu negócio e, portanto, as Misericórdias faziam aí parcerias com os privados e daí surge uma coisa muito interessante. É que simultaneamente aos acordos que nós temos com o Estado, nós também fomos estabelecendo, em paralelo, parcerias com o próprio setor privado.

Portanto, nós estamos aqui, enquanto setor social, no meio, estamos aqui num limbo entre a relação que temos com o Estado, na complementaridade ao Serviço Nacional de Saúde. Em contrapartida, também temos acordos de cooperação com aqueles que, para muitos, poderiam ser considerados os nossos principais concorrentes, sobretudo nos meios complementares de diagnóstico e terapêutica. Nas análises clínicas, fundamentalmente, e na imagiologia.

Entretanto, em 2015, nós conseguimos aumentar e melhorar, de uma forma muito significativa, o enquadramento dos acordos de cooperação. Aas próprias minutas que deram origem a esses acordos estavam no alinhamento das minutas dos contratos-programa com os hospitais que hoje são os hospitais EPE. Em 2012, passamos a integrar um grupo de trabalho que tinha como finalidade fazer o enquadramento das Misericórdias: as que já tinham hospital e aquelas que não tinham hospitais em termos de gestão do estabelecimento, mas que eram proprietárias dos edifícios desses hospitais. Essa Comissão visava determinar que hospitais iriam ser devolvidos. Simultaneamente, fazer um enquadramento daqueles hospitais que em 2011 fizeram acordos de cooperação com o Estado e que, portanto, teriam que ser também reenquadrados, para que houvesse uma uniformização a nível da relação entre as Misericórdias e o Estado português.

Os critérios da devolução de hospitais assentaram em três pilares. Primeiro, é que esses hospitais, sendo SNS, não deveriam sair do SNS. Segundo, esses hospitais não poderiam perder em relação à atividade que era, à data, a catalisada pelo Estado, não poderia haver perdas para a comunidade só porque o hospital iria ser devolvido. Outra nota é que esses hospitais também teriam que ter um ajustamento dos recursos humanos em função da produção contratualizada. Recursos humanos que, grande parte deles, aliás, naquela altura, praticamente todos, eram funcionários públicos, tinham contratos

de trabalho em funções públicas. Só havia uma parte, muito residual, que já tinha contratos individuais de trabalho, que são os CIT. E, nesse caso particular, houve também um acordo em que os trabalhadores, também aqueles com contratos em funções públicas, poderiam optar e ficar nesse hospital desde que enquadrados nas necessidades em termos de recursos humanos, através da cedência ao abrigo de interesse público. Fez-se o estudo. Havia 30 hospitais que estavam ativos nessa altura, em 2012. Até 2014 se assinarem os 3 primeiros acordos de cooperação de devolução dos hospitais, que foram o Hospital de Fafe, Serpa e Anadia, havia 30 hospitais em funcionamento, 2 foram desativados. O primeiro desativado foi o Hospital São Marcos. Deu origem ao hospital Escala Braga, que hoje é o Hospital de Braga, que era com base numa parceria público-privada, que hoje também já não é parceria público-privada, é uma EPE. Entregaram as instalações devolutas do São Marcos à Misericórdia de Braga. O segundo foi o hospital de Amarante. Com a construção do hospital de Lamego, o hospital de Amarante também foi desativado e foi entregue à respetiva Misericórdia. E, portanto, passou a ser um universo de 28 hospitais, dos quais, naturalmente, aquele que é a “jóia da coroa” é o Hospital Santo António, que também foi nacionalizado e é propriedade da Misericórdia do Porto, mas que está sob gestão do Estado. Aliás, hoje é já um hospital que faz parte do Centro Hospitalar do Porto, é até um hospital e universidade. Portanto, esse, seguramente, não entrará nunca nas contas de um processo de devolução eventual.

O processo de devolução de hospitais continuou até ao fim de 2015. Em dezembro de 2015, já com o Governo da “geringonça”, as devoluções do hospital de São João da Madeira e do de Santo Tirso, às respetivas Misericórdias, foram revertidas através de uma resolução da Assembleia da República. Não acabaram por, a 1 de Janeiro de 2016, passarem para a gestão das Misericórdias. Tudo isto foi enquadrado numa legislação que foi publicada e já com esse objetivo que é fazer o enquadramento dos hospitais das Misericórdias, da sua relação com o Estado e, simultaneamente, também ter o enquadramento para a devolução dos hospitais que estavam sob a gestão pública, que é o Decreto-Lei nº138/2013, de 9 de outubro. É hoje o decreto que nos regula na relação que temos com o Estado, no que diz respeito aos cuidados de saúde hospitalares. Com base nesse decreto, o Hospital a ser devolvido à respetiva Misericórdia tinha que, através dum estudo de desempenho e económico-financeiro, demonstrar que o Estado iria ter uma poupança, no mínimo, de 25% em relação aos custos de então. As contas

iam até 2013, porque os acordos foram assinados em 14/11/2014 para entrar em vigor em Janeiro de 2015 e, portanto, os últimos dados completos que tínhamos em nossa posse para poder ser estudados eram os do final de 2013. Com base nisso, o volume financeiro do acordo de cooperação para uma determinada produção teria que ter, pelo menos, 25% de poupança para o SNS. A partir desse Decreto, nós começamos a ter uma relação mais bem definida, com mais regras. Sabíamos qual era o Decreto que nos regulava, a relação com as ARS, com a Administração Central do Sistema de Saúde, havendo inclusivamente uma Comissão de acompanhamento dos acordos de cooperação para monitorizar o seu funcionamento. Que, diga-se, está desativada desde há alguns anos a esta parte, desde Janeiro de 2016. Em particular, com a entrada da Ministra Marta Temido para o Ministério, enquanto ela foi ainda Presidente da ACSS tínhamos a comissão de acompanhamento dos acordos a funcionar, nomeadamente com a coordenação dela e também com a supervisão do atual Secretário de Estado da Saúde, Ricardo Mestre.

Portanto, nós passamos a ter também como indicadores, os termos de referência de contratualização da ACSS para os hospitais EPE, portanto, as regras dos hospitais EPE aplicam-se aos nossos acordos de cooperação, seja a nível dos preços das consultas, primeiras e subsequentes, seja o valor a pagar pelas cirurgias, sejam as de ambulatório ou as convencionais, para determinação do índice de case-mix (ICM), e através de um valor que eles determinavam para o Grupo de Diagnóstico Homogêneos (GDH) cirúrgico, que é definido todos os anos pela ACSS e depois com base no tal ICM, o índice de complexidade cirúrgica do hospital, que é diferente tanto o ambulatório cirúrgico, como o ambulatório médico, como o cirúrgico convencional, são valores diferentes. Anda à volta de 0.6 para o convencional, para o ambulatório cirúrgico, 0.25/0.24 para os GDHs médicos e cerca de 0.9/1, havendo hospitais das Misericórdias que ultrapassam 1, nomeadamente 1.2, e quando nós falamos no 1 é que o índice de complexidade nacional é 1 e, portanto, é para saber se estamos acima ou abaixo de complexidade das cirurgias realizadas na totalidade do país.

Com base nisso estamos obrigados aos nossos acordos de cooperação a cumprir naturalmente esses pelo acordo em quantidade de primeiras consultas das diferentes especialidades, em regra são as especialidades médico-cirúrgicas. Há alguns casos, no

caso dos hospitais devolvidos, em que há também especialidades médicas, casos da cardiologia, dermatologia e medicina interna, basicamente. De resto, as outras especialidades são praticamente as médico-cirúrgicas que são cirurgia geral, cirurgia vascular, ginecologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, ortopedia, urologia e plástica. São basicamente as especialidades que os hospitais das Misericórdias contratualizaram através dos acordos de cooperação do CTH. E, em paralelo, também temos as convenções que têm uma particularidade importante: quando saiu o Decreto-Lei 138/2013 também foi publicado o Decreto-Lei 139/2013 que tem a ver com as convenções. Esse Decreto-Lei demorou imenso tempo a ser regulamentado e, portanto, a ter efeitos práticos e consequências na sua aplicação. Como é que as Misericórdias conseguiram ou como é que as Misericórdias tinham as convenções? O Decreto-Lei 138/2013 determina três formas de relacionamento com o Estado português, nomeadamente o Ministério da Saúde, através de acordos de gestão, acordos de cooperação e convenções. Ora, nós estamos aqui no nível dos acordos de cooperação, quando estamos a falar nos Hospitais que foram devolvidos e nos hospitais que também transformaram os seus acordos a nível dos acordos de cooperação, mas simultaneamente nós conseguimos incluir nos nossos acordos, os meios complementares de diagnóstico e terapêutica que estávamos interessados em realizar e que o Estado também estava interessado em que realizássemos, porque ia de encontro às suas necessidades e pagavam-nos pela tabela dos convencionados. E, portanto, isso ultrapassou o facto de nós não sermos obrigados a concorrer a convenções que eram lançadas ou abertas pela ACSS em determinados momentos. Hoje, por exemplo, as convenções estão praticamente fechadas, exceto a de Gastroenterologia, que era até ao fim do ano anterior, mas não sei se a prorrogaram. Por outro lado, também fizemos acordos com o Estado para o combate às listas de espera em cirurgia. Quando disser que fizemos uns acordos, fizemo-lo mesmo, em 3/01/2017, a União das Misericórdias Portuguesas fez um acordo-chapéu com o Ministério da Saúde que tinha como objetivo que os hospitais das Misericórdias que tivessem acordos de cooperação, portanto, não são todos os hospitais nem todas as unidades hospitalares, que tivessem eventualmente a área da saúde, meios complementares de diagnóstico, que tivessem eventualmente consultas médico-cirúrgicas ou apenas médicas, mas que não tivessem acordo de cooperação não estavam integrados. Um exemplo concreto: o Hospital de Valpaços e o Hospital da

Misericórdia de Vila do Conde. Vila do Conde não aceitou o acordo de 2015, em função da verba que lhe estava destinado. Achou que a verba era irrisória e não ativou o acordo de cooperação. Ora, esse acordo de cooperação, não estando ativo, fez com que em 2018 a Misericórdia de Vila do Conde não tivesse essa facilidade, não pudesse fazer essa adesão ao acordo-chapéu para as cirurgias de combate às listas de espera SIGIC que pudessem, portanto, ser feitas pelas Misericórdias. Com a particularidade de nós termos que fazer 10% de desconto, com base na portaria que determina os preços das cirurgias de SIGIC. Essa parte foi muito importante e punha-nos ao nível dos hospitais EPE. O que demonstra aqui uma coisa que mais tarde foi posta em causa, através da nova Lei de Bases. A Ministra Marta Temido fez ali, portanto, umas alterações no sentido de que em vez de sermos complementares ao SNS, passamos a ser subsidiários. Mas o que é certo é que na relação diária, entre os hospitais das Misericórdias e o Estado português, cada vez mais eles continuam a precisar de nós e, portanto, os nossos acordos já foram renovados. Há aqui uma particularidade: no caso dos hospitais devolvidos os acordos de cooperação foram feitos por 10 anos, podendo ser renovados sucessivamente. Foi um bocado, de certa maneira, ir buscar o modelo das PPP. Numa PPP como a de Braga havia um contrato de gestão de 10 anos e um contrato, da parte da construção, para 30 anos. Ora, aplicando isso às Misericórdias, a questão da construção não se punha porque eles foram nacionalizados em 1975. Mas, então, no caso dos hospitais desnacionalizados os acordos também foram por 10 anos. Relativamente aos outros hospitais das Misericórdias que estavam em funcionamento e sob gestão da respetiva Santa Casa, o que é que aconteceu com o Decreto-Lei 138/2013? No caso da ARS Norte, os novos acordos de cooperação fizeram-se por 5 anos, ou seja, até ao limite daquilo que o Decreto-Lei permitia. No caso da ARS Lisboa e Vale do Tejo, que tinha 2 hospitais sob influência, como o da Misericórdia de Benavente e o da Misericórdia do Entroncamento, fizeram-se acordos anuais. Na ARS-Centro, em que havia o hospital da Mealhada, fizeram acordos de 3 anos. Houve aqui, portanto, vários entendimentos, várias interpretações no que dependia das ARS. Ou seja, não há uma política universal, homogénea, do Ministério da Saúde, porque dependia muito das ARS, deixava ao critério das ARS que tinham que fazer um estudo financeiro, de ganhos de eficiência, demonstrar o benefício para o SNS desses acordos. Aliás, no caso do Norte, para os últimos que foram assinados, ou renovados, em 2022, sabemos que o

estudo económico-financeiro foi feito pela Deloitte, mas a ARS-Norte nunca no-lo mostrou. Nós acreditamos que, efetivamente, aquilo que os estudos demonstram é favorável às Misericórdias e eles não querem, portanto, dar-nos esse conhecimento.

Hoje, as Misericórdias têm relação com o Estado, nomeadamente ao nível dos hospitais devolvidos mas também dos não devolvidos, através dos acordos de cooperação, onde estão incluídas as convenções e através também de acordos para o combate às listas de espera em cirurgia, e, ultimamente, estão a surgir metodologias de relacionamento contratual que têm a ver, já não com as ARS, mas diretamente com os hospitais EPE, que é uma situação que já tinha sido pelo menos falada entre a União das Misericórdias Portuguesas e o Ministério da Saúde quando estiveram em discussão as novas minutas dos acordos de cooperação, onde era nossa intenção, e também a intenção do atual Secretário de Estado, Ricardo Mestre, que estava na ACSS, que a minuta do corpo daquela declaração pudesse contemplar a recente situação que é, além de nós termos uma relação com as ARS, às quais reportamos até agora, no futuro vamos ver como é que vai ser com o aparecimento das ULS e o desaparecimento das ARS. Além dos acordos de cooperação serem outorgados com as ARS, nós podíamos também fazer acordos de cooperação com os hospitais EPE. Essa minuta nunca foi transformada em resolução, em despacho, oficializada, homologada, pelo respetivo Secretário de Estado. Mas o que é certo é que depois da pandemia, a partir do ano 2021, os hospitais EPE, em particular o hospital de Braga começou a contratualizar com as Misericórdias diretamente através de uma metodologia que é a “contratação excluída”. Se olharmos para um contrato programa e um acordo de cooperação, se não nos detivermos no título, muitas vezes até podemos confundir o que é que é o quê. E o Hospital de Braga passou a utilizar exatamente essa prerrogativa legal, que é contratualizar com os privados e as Misericórdias através da “contratação excluída”. Isto é: eles têm produção, tem um volume de produção atribuída tanto em cirurgias como em consultas, como em meios complementares de diagnóstico, percebem que não têm capacidade instalada interna, ou porque não têm equipamentos, não têm instalações adequadas e dimensionadas, ou porque essa é a parte que normalmente pesa mais, não têm recursos humanos para poderem dar resposta àquilo que é o que está contratualizado. Então, recorrem através da contratação excluída, à prestação de serviços pelos privados ou pelas Misericórdias. Inicialmente, começaram com os Misericórdias. Pediam três propostas às Misericórdias,

até um determinado valor que não levasse a obrigatoriedade do visto prévio do Tribunal de Contas, até para agilização do processo e tinham, numa primeira fase, os 10% de desconto com base no acordo-chapéu do SIGIC porque esse acordo-chapéu previa, além de combater a lista de espera em cirurgia, também podermos realizar meios complementares de diagnóstico, nomeadamente TACs e outros meios complementares de diagnóstico com 10% de desconto pela tabela do SNS. Numa primeira fase, o hospital de Braga fez isso. Viu qual era o valor do procedimento de SIGIC, descontava 10%. E qual era a variável? É que as equipas médicas eram deles, ou seja, eles tinham que nos descontar o valor que nós pagávamos às equipas médicas. Num segundo momento, eles esqueceram por completo esses valores e esse acordo-chapéu e começaram a impor preços, preços competitivos, preços para o mercado. Foi quando começaram também a incluir os privados. Portanto, qual era o fator de atribuição? Era o preço. E hoje nós temos Misericórdias, da área da ARS-Norte, e mais ligadas à área de influência do hospital de Braga, que, além do acordo de cooperação, além das convenções, além de estarem no combate à lista de espera no SIGIC, têm “contratação excluída” com o Hospital de Braga. Primeiramente para cirurgias, agora para consultas, de especialidades em que eles têm grandes dificuldades, por exemplo, não têm endocrinologistas, portanto, não conseguem fazer as consultas e poderem, portanto, daí partir para a cirurgia bariátrica, portanto, têm a jusante um problema, não conseguem fazer cirurgias porque não conseguem fazer as consultas e, portanto, fazer a triagem para a cirurgia e agora também na própria dermatologia, têm uma lista de espera brutal que não tem capacidade de resposta. Porque, como nós, os utentes que são referenciados pelos cuidados primários para os acordos de cooperação, temos uma área de influência do nosso acordo de cooperação, através desses ACES têm os Centros de Saúde ou as Unidades de Saúde Familiar através da Plataforma AlertP1, se o acordo de cooperação estiver ativo, o médico de família pode referenciar para o nosso Hospital, como também para o Hospital de Braga. Naturalmente, o hospital de Braga tem uma influência muito maior e muito mais referência é feita para lá e também a referência interna do próprio hospital leva a que haja muito mais referência para consultas internas de especialidade. Quando eu me refiro a o nosso acordo estar ativo é que os nossos acordos têm uma componente que é um anexo, o anexo 2, que é um componente de produção que determina, por exemplo, nas primeiras consultas, que são as previamente definidas,

quais são as especialidades, nós temos, por exemplo, 5.000 primeiras consultas conhecidas. Temos, por exemplo, 2.500 consultas subsequentes. Temos 2.000 cirurgias de ambulatório, temos 30 ou 40 ou 50 GDHs médicos e temos, por exemplo, 250 cirurgias convencionais de internamento e depois os meios complementares de diagnóstico que não entram para o valor do acordo, porque são referênciação de P1s diretos e, portanto, são faturados diretamente em função de cada P1.

Mas com os nossos acordos, pela referênciação que é feita, chegámos a Junho na maior parte dos nossos acordos, temos que fechar a referênciação, temos que pedir à ACSS para fechar a referênciação porque já esgotamos o plafond. Isso entra depois naquilo que é, portanto, a importância dos hospitais das Misericórdias no SNS, se nós podemos fazer muito mais do que o que estamos a fazer e a que preço.

Portanto, basicamente, a nível das relações que temos com o Estado, estão no nível da ACSS, das ARS e também dos próprios hospitais EPE.

NR

No seu entendimento, quais os principais pontos fortes/fracos associados aos acordos de gestão estabelecidos entre o Estado e as Misericórdias, no que se refere ao cumprimento dos objetivos das políticas de saúde na área hospitalar, desde 1974?

E22

Pelo Decreto-Lei 138, o que é um acordo de gestão? É um acordo que se faz com o Ministério da Saúde em que um edifício ou estabelecimento público pode ser gerido pelo setor social, nomeadamente, em particular, pelas Misericórdias. Isso aconteceu, por exemplo, com o Centro de Reabilitação do Norte (CRN), que era um estabelecimento que estava fechado, no tempo do Ministro Paulo Macedo foi feito um acordo, já depois do Decreto-Lei 138/2013 ser publicado, e o CRN foi entregue à responsabilidade da Misericórdia do Porto através de um acordo de gestão, por 3 anos. Podia ser até 5 anos, na tal lógica que o Decreto-Lei permitiria. Fizeram por 3. Depois, com a entrada do Governo da “geringonça”, não renovaram o acordo de gestão e integraram o CRN no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, e, portanto, desfizeram o modelo de gestão e aquilo que eram os serviços prestados à Comunidade. Na nossa opinião, resultou numa

regressão, numa perda de serviços aos utentes, mas isso depois “são outros 500”, como se costuma dizer.

Quanto aos pontos fortes é que, efetivamente, em relação ao serviço à Comunidade há um serviço de maior proximidade, acompanhado com uma evolução a nível do investimento das Misericórdias a nível dos equipamentos, a nível dos edifícios, e, portanto, temos hospitais que se comparam, não a hospitais públicos, mas a hospitais privados, ao nível da qualidade do serviço e na qualidade das instalações. Temos, naturalmente, também os ganhos que nos nossos acordos de cooperação tivemos de demonstrar, ao abrigo do Decreto-Lei 138, que resultavam em ganhos efetivos para o SNS. E eles classificaram-nos a todos como hospitais do grupo A! Os Hospitais do grupo A são aqueles que em termos de remuneração, são os que têm uma remuneração mais baixa. Nomeadamente, neste momento, o hospital do grupo A recebe por uma consulta de especialidade, €42 euros. Depois se for a primeira consulta, como é através da referenciação eletrónica, os P1 têm 10% de majoração, o que dá €46,20 euros.

Portanto, o que nós sabemos é que por essas consultas subsequentes eles pagam-nos €42 euros, e só temos duas subsequentes, e pagam-nos €46,20 euros pela primeira consulta, mas o utente que é referenciado pelos cuidados de saúde primários pelo médico de família para a respetiva especialidade, já vem previamente diagnosticado. Por isso é que o médico referencia para oftalmologia e não referencia para urologia, ou referencia para ginecologia e não referencia para vascular. Ou seja, há um estudo prévio do médico de família. E quando o utente, através do AlertP1, é referenciado para o nosso hospital nós temos indicadores de qualidade que temos que seguir, sob pena de sermos penalizados e essas penalizações estão já também definidas nos nossos acordos.

O valor que nos pagam é um valor compreensivo da consulta, em que estão incluídos, nomeadamente, os meios complementares de diagnóstico e terapêutica. Um exemplo? Há uma referenciação para ortopedia. Esse utente vai à primeira consulta de ortopedia, o médico especialista para melhor análise, para melhor diagnóstico, necessita que seja feito uma TAC. E marca uma consulta subsequente para analisar o TAC. Quem paga o TAC? É a Misericórdia. Ou seja, o Estado não paga os meios complementares de diagnóstico associados ao diagnóstico feito pelo médico na consulta de CTH. Mas se ele precisar fazer uma ecografia, se precisar de raio X, se precisar de análises clínicas,

independentemente dos parâmetros, mais ou menos complexos, todos os exames são incluídos no preço compreensivo. É um custo. O que quer dizer que, em tese, as consultas de CTH dão prejuízo às Misericórdias, porque nós inclusivamente temos outros custos, além desses meios complementares, temos que pagar ao médico, temos os custos de funcionamento, temos, por trás de tudo isto, uma organização que vai desde o *front-office*, o atendimento, as marcações, os call-center, a enfermagem, toda a parte relacionada com os FSE, há aqui um custo inerente. Ou seja, em rigor, as consultas de CTH dão prejuízo. Então, as Misericórdias têm sustentabilidade com os acordos de cooperação? A sustentabilidade ou equilíbrio advém basicamente da referenciação para cirurgia. Portanto, a cirurgia é que equilibra basicamente o acordo de cooperação. Permite, portanto, alguma estabilidade em termos daquilo que são os resultados, não são resultados extraordinários, mas são resultados que permitem um equilíbrio. Isto, até, porque o próprio Estado, a ACSS, nos tais documentos que genericamente em Novembro de cada ano publica, que são termos de referência para o ano seguinte, em 2023, lá para Novembro, vão sair os critérios para 2024 tiveram o cuidado de, além de aumentar o preço das consultas, também aumentaram o valor dos GDH cirúrgicos. E o valor de GDH cirúrgico que depois multiplicado pelo índice de case-mix dá o valor que nós recebemos, e nós recebemos não por procedimento cirúrgico, nós recebemos por doente equivalente. O que é que isso quer dizer: o ICM é uma média entre a maior complexidade e a menor complexidade. Em cirurgias de ambulatório há cirurgias de grande complexidade, que têm um custo superior ao valor atribuído ao doente equivalente que anda por volta de €1.800 euros. Há cirurgias que custam €1.000 euros, há cirurgias que custam €1.200 euros, mas também há cirurgias que custam €2000 euros e tal em ambulatório. Portanto, esse valor do ICM permite-nos que o valor atribuído a todas as cirurgias nos dê uma margem que permite um equilíbrio que não temos nas consultas. Portanto, os acordos de cooperação têm esse ponto fraco ao nível das consultas.

Os pontos fortes são para a comunidade, a proximidade, a rapidez de execução, que nós obviamente temos cumprido os tempos máximos de resposta garantidos que estão definidos nos termos de referenciação e contratualização da ACSS que são, neste momento, 120 dias para a primeira consulta. Isto é, quando nós recebemos um P1 através da plataforma, nós temos 5 dias para triar. Se não triarmos em 5 dias, e

indicarmos qual é o médico temos uma penalização. Depois do dia em que recebemos o P1, temos 120 dias para realizar a primeira consulta. Se não realizarmos a primeira consulta em 120 dias somos penalizados. Faço aqui um parêntese: até 2012, havia um indicador, que foi alterado agora, que era nenhuma consulta ou cirurgia pediu ultrapassar o TMRG. Bastava que houvesse um para nós sermos penalizados. Agora já não é pelo valor absoluto é pela mediana. Tem que dar 99%, por exemplo, das cirurgias têm que estar dentro do TMRG. Quando nós, por exemplo, fazemos consultas, não em 119 dias ou 120 dias, mas fazemos muitas vezes em 60 dias, portanto, isso baixa a mediana. Nas cirurgias é a mesma coisa: nós temos que fazer cirurgia, depois da referência para cirurgia pelo médico especialista, temos 90 dias para realizar a cirurgia. Exatamente como os hospitais EPE, sob pena, se não realizarmos em primeiro lugar, somos penalizados, portanto temos uma penalização no acordo, pagam-nos menos, por isso é que os nossos acordos têm, em termos financeiros, uma regra que é o acordo de cooperação global, o valor total do acordo é dividido por 12 duodécimos. Eles pagam-nos, não é 100%, mas pagam 90% do valor do duodécimo, retêm até ao fim do ano 10% do acordo de cooperação para que no último relatório que se faça da produção, juntamente com a ARS respetiva, até Fevereiro nós temos que fazer o relatório final e até Março eles tinham que fechar as contas. Isto é, cumprimos os acordos de cooperação a 100%, não tivemos penalizações, cumprimos os TMRG nas consultas, nas cirurgias cumprimos a cirurgia segura, cumprimos todos os itens do anexo que tem a ver com as penalizações, então eles têm que nos pagar os 10% que estão no acordo.

Em regra geral, demoram um ano a pagar, aquilo que devia ser determinado em Fevereiro e pago em Março do ano seguinte, neste momento ainda não fechamos 2022, por exemplo, no caso do hospital de Anadia ainda não se recebeu cerca de €270 mil euros que têm a ver com esses 10% do acordo, que falta pagarem porque estiveram retidos.

Voltando aos pontos fortes, as Misericórdias asseguram proximidade, serviços de qualidade, adaptaram as suas instalações, equipamentos e hoje são, em regra geral, instalações modernas. Os acordos de cooperação têm a esse nível o tal problema de remuneração das consultas que é compensado de alguma forma pela parte de

remuneração das cirurgias. Outro ponto fraco é que os acordos são reduzidos, nós temos capacidade instalada para responder às necessidades do SNS, em regra geral, no mínimo, o dobro. Isto é, quando eles contratualizam com as Misericórdias, no seu todo, umas mais, outras menos, um determinado valor, o número de consultas e cirurgias poderia duplicar esse valor dos acordos de cooperação com a vantagem para o SNS, de uma forma significativa, nomeadamente as consultas são pagas com um preço compreensivo, o Estado tem já a previsibilidade da despesa e sabe que a despesa é feita com qualidade, porque nós também somos monitorizados com indicadores de qualidade, que são feitos a tempo e horas, sob pena de se não o fizerem a tempo e horas são penalizadas e, portanto, o Estado tem retorno. Por outro lado, sabem que poderíamos combater a lista de espera em consultas e em cirurgias e não o fazem, portanto, há aqui uma perda para o utente porque poderia ser atendido de uma forma mais célere e, portanto, o seu problema ser tratado. O que acontece muitas vezes é que, não sendo eles tratados no SNS, chegamos ao último quadrimestre de cada ano e verificamos, em regra geral, nos nossos hospitais um aumento de solicitação dos utentes que estão em lista de espera nos hospitais públicos ou que não puderam ser atendidos nos nossos, porque tivemos que suspender a referenciação pelas razões referidas, os médicos percebem que eles vão à consulta particular, percebem que têm um problema que tem que ser resolvido rapidamente, nomeadamente no âmbito cirúrgico, muitas vezes acionam seguros ou pagam particularmente. Portanto há aqui um custo para o utente desnecessário se o acordo de cooperação tivesse mais capacidade. Ou seja, há aqui uma situação que hoje se verifica e se fala muito é que o SNS não dando resposta objetiva e a tempo e horas às necessidades da população, esta recorre aos seguros. Um primeiro seguro é a ADSE, cerca de 1.500.000/1.600.000 utentes com ADSE, um seguro dos funcionários públicos, que são atendidos no setor social e no setor privado. Depois temos os seguros de saúde e depois temos uma coisa que é os cartões de acesso a serviços de saúde, por exemplo a União também lançou um cartão para permitir que a custos mais baixos, através de uma tabela de preços definidos mais baixos do que a tabela social ou particular das Misericórdias as pessoas possam ser atendidas a preços mais em conta. Portanto, esse é um problema que o Estado resolveria se, de facto, olhando para a capacidade instalada das Misericórdias, porque eles fazem os seus estudos, sabem inclusivamente qual é o nosso corpo clínico, sabem qual é a capacidade

instalada para produção de consultas como de cirurgias, têm um histórico definido. Obviamente, teriam aqui um ganho muito significativo se aumentassem a relação que têm com as Misericórdias. Quem é que aproveitou essa oportunidade? Os Hospitais EPE. E aproveitaram essa oportunidade com ganhos efetivos. Porque eles recebem por doente equivalente. E o doente equivalente é: vem um doente para uma consulta num hospital que já não é do grupo A, mas pode ser do Grupo D, já não recebe 42 euros, recebe 60 e poucos euros por consulta. Depois têm que fazer cirurgias, e têm listas de espera. Mas os hospitais públicos não têm suspensão de referênciação. Portanto, não há essa prerrogativa de suspenderem. Têm um determinado volume para urgências, como para consultas, como para hospital de dia, enfim, para outras áreas de intervenção. Têm que estar abertos 24 horas, 365 dias, então quem entra tem que ser atendido bem, mas como há um afluxo muito grande, e eles não têm capacidade de resposta, a lista de espera é muito grande. Qual foi o modelo que os EPE encontraram a partir de 2021? Fazer, através da “contratação excluída”, acordos com as Misericórdias. Tinham feito com os privados, não estão muito satisfeitos com os privados. Porque os privados, como visam o lucro, apenas lhes interessa fazer um procedimento cirúrgico ao mais baixo custo possível e, portanto, quando puderem poupar, mesmo naquilo que é, enfim, o estado da arte... portanto, há um grau de insatisfação, muitas vezes porque nem cumprem prazos ou não cumprem procedimentos. Os hospitais EPE viram que as Misericórdias são um parceiro natural, perceberam que temos qualidade, instalações, equipamentos, recursos humanos, que respondemos de forma positiva àquilo que são os parâmetros dos acordos e estão, de certa maneira, a ir buscar uma capacidade instalada das Misericórdias, que podia ser diretamente com o SNS, e estão a aproveitar essa oportunidade para poderem fazer produção. E para quê, se eles recebem por doente equivalente os tais €1.800 euros? As cirurgias pagam-nos por procedimento. Isto é, pelo procedimento com a tabela que inicialmente era do SIGIC, que agora é a tabela que eles querem. E, portanto, eles fazem, por exemplo, uma cirurgia qualquer, que a nível da tabela de SIGIC custava 1.200 euros, eles retiram a equipa médica que eles pagam e dizem assim: nós vamos pagar 800 euros. Quer dizer que eles iriam pagar à equipa médica 800, eles pagam, pois a própria equipa médica, porque aí também aproveitam o facto de poderem remunerar de uma forma melhor os médicos através da produção cirúrgica adicional. Tem uma tabela através da qual são mais bem remunerados do que a

tabela normal de serviço normal e, portanto, também é uma forma de os “prender” para que eles não saiam do SNS. Essa questão de porem os médicos a fazer cirurgia adicional, sendo melhor remunerados de uma forma muito mais alta faz com que eles tenham remuneração também, ao fim do mês, mais alta e indo para os hospitais das Misericórdias eles retêm esse valor a pagar aos médicos e só pagam, portanto, o resto dos serviços. Mas mesmo que pagassem €1.200 euros, eles recebem por doente equivalente os tais €1.800 euros pela cirurgia. Portanto, mesmo fazendo nas Misericórdias, sem qualquer trabalho, eles ganham €500, €600 ou €700 euros por doente, porque recebem por esse doente e pagam pelo procedimento que foi executado nesse utente, portanto, o próprio SNS ganha. Ou seja, há aqui um vazio que é preenchido pelos hospitais EPEs. Acho que cada vez mais eles vão tentar fazer isso, porque efetivamente perceberam que as Misericórdias estão a corresponder de uma forma afirmativa, a tempo e horas, e que eles têm ganhos e mais, os indicadores de qualidade melhoram porque os tempos máximos de resposta garantidos não são ultrapassados, os tempos médios de espera diminuem. No ranking nacional verifica-se exatamente isso: o Hospital de Braga melhorou, em 2021 e 2022, os rácios das cirurgias, nomeadamente dos procedimentos que estão a fazer com as Misericórdias. E entra para os rácios deles, porque eles recebem por doente equivalente mesmo se contratam as Misericórdias. Portanto, em relação àquilo que é a nossa relação com o SNS efetivamente há pontos fortes, mas há, efetivamente, pontos fracos e a remuneração podia ser mais justa.

O aumento da produção com base naquilo que é a efetiva necessidade e termos a possibilidade de mais diversidade a nível da resposta, nomeadamente dos hospitais. Nos meios complementares de diagnóstico estamos a sentir alguns problemas de referenciação por parte dos cuidados primários e, em particular, das USFs. E agora, mais do que nunca, com aquilo que se prevê que seja, portanto, o novo enquadramento das USFs e das próprias ULSs traz uma grande preocupação às Misericórdias e à União das Misericórdias Portuguesas. Haverá incentivos para limitar o acesso ao diagnóstico e à medicina preventiva.

Há aqui algumas situações que nos preocupam, como o modelo de prémios atribuídos aos médicos das USF, mas também a generalização das ULS, que, pela experiência que temos, nomeadamente no Baixo Alentejo, tem sido um desastre.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974/1975, como qualifica os resultados alcançados, na perspetiva das poupanças esperadas pelo Estado? E na perspetiva das Misericórdias?

E22

Vou começar pelo período das negociações. Fiz parte do grupo de trabalho do processo de devolução dos hospitais, coordenei a representação das Misericórdias. Fizemos um trabalho ao nível da ACSS onde estavam integrados todos os presidentes das ARS e também elementos da ACSS. Além de fazermos o tal trabalho de aferir a dimensão da amostra a ser devolvida, vimos os hospitais que estavam em funcionamento, os seus contratos-programa, qual o volume financeiro que lhes era atribuído anualmente. E tivemos a particularidade interessante que é trabalhar com hospitais, que estavam integrados em modelos diferentes. Ou seja, o hospital de Anadia era um hospital SPA e, portanto, não estava integrado em nenhum Centro Hospitalar financiado não pela produção, ou seja, por indicadores de produção, quanto mais produzia, mais recebia. Não. Era de facto financiado sem critérios de produção. E reportava diretamente à ARS. Depois temos o Hospital de Fafe, que era um hospital que estava integrado no Centro Hospitalar de Guimarães. E, portanto, teve que haver a separação do Hospital que deu depois origem ao desaparecimento do Centro Hospitalar e o hospital de Guimarães passou a ter a designação anterior, Hospital Senhora da Oliveira. O hospital de Fafe, como estava integrado no hospital de Guimarães tinha os mesmos sistemas informáticos, portanto, não havia aqui uma linha muito definida de quem eram as pessoas que estavam afetas ao hospital de Fafe ou ao hospital de Guimarães. Havia aqui umas linhas cinzentas e que não, que não se conseguia determinar objetivamente quais eram os custos objetivamente dos recursos humanos, qual era a produção de Fafe. Depois havia um caso muito mais complexo que era o hospital de Serpa, que fazia parte da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, portanto, integrado numa Unidade Local

de Saúde que tem como objeto, ao fim ao cabo, é quase uma mini ARS, que recebe por capitação, e, portanto, a lógica que tem é para fazer poupanças, porque não pode ultrapassar os orçamentos, sendo certo que estávamos até numa fase de *troika*, inicialmente, e, portanto, as verbas eram poucas, estávamos num processo de recuperação financeira do país e, a seguir, entramos num período da “geringonça” que eram as cativações. Quer dizer, quando nós falamos há bocado dos fatores com os prós e os contras, nós também estivemos a trabalhar neste processo em ambientes adversos.

Chegamos à conclusão, através das negociações, que os 25% que eram obrigatórios poupar-se para se poder cumprir o Decreto-Lei 138 queria dizer uma coisa que é: para a mesma produção, para 100 unidades de produção, só íamos receber 75% do valor que até 2014 esse hospital recebia. Feitas as contas, percebemos que a ARS-Norte tinha umas contas feitas que, com base naquilo que era a produção do hospital, com base naquilo que era o custo dessa produção até 2013-2014, eles tinham aqui uma poupança de 41%. Não eram 25%! Em relação a Anadia, quando o hospital foi devolvido à Misericórdia, em parceria com a União, contratamos para administradora executiva, a anterior Presidente do Conselho de Administração do Hospital SPA. Com base na produção realizada em 2014, com base no valor que nos pagavam, a poupança para o SNS até era, à partida, ligeiramente a mais do que os 25%. Na prática, logo no primeiro ano, nós produzimos o dobro do que eles tinham produzido e, portanto, nesse primeiro ano até tiveram uma poupança de 50%.

E quando eu quis apresentar à Presidente da ACSS, na altura Marta Temido, quando quiseram fazer a avaliação dos acordos, eu tenho aqui a avaliação, tenho aqui o caso de Anadia que é paradigmático. Vocês fizeram 400 e tal cirurgias em 2014, nós fizemos cerca de 1.600 cirurgias. Vocês fizeram tantas consultas em 2014, nós fizemos tantas consultas em 2015. A pagar a valores que eram de 2014, e que eles tinham feito uma produção muito mais baixa, nós alcançamos quase o dobro da produção. Daí que com os dados que nós retiramos em termos de objetivo de produção, já com a nossa gestão, e outro com os dados dos estudos internos, foi feito para a ARS-Norte, em que eles sabiam à partida que as Misericórdias a cumprir a nível da produção que estava estabelecida nesses acordos, eles tinham ganhos não de 25%, para Fafe, era no mínimo de 41% e, no mínimo, de mais de 50% para Anadia. Serpa é um desastre porque até

hoje, e já passaram quase 9 anos, portanto, para o próximo ano, é o ano de renovação do acordo, e a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo ainda tem dúvidas se a produção do hospital de Serpa conta para a produção global da ULSBA, ora como tem dúvidas e como também está naquela lógica de internalizar, que é o problema das ULS, vão internalizar aos hospitais que são os hospitais de referência, neste caso ao hospital de Beja, que tem uma lista de espera brutal, tem um défice assistencial brutal porque tem falta de médicos em quase todas as especialidades, não consegue dar respostas à população, mas também não permite que os centros de saúde, 14 salvo erro, referenciem para o Hospital de Serpa. Fazem a referenciação interna, não através do AlertP1, mas através do CTH, do SIGA. Em suma, os acordos de cooperação, está demonstrado, com resultados, que houve um ganho efetivo para as poupanças do Estado. Não é só na resposta mais rápida, pronta, nos tempos máximos de resposta garantida que temos que cumprir e que os hospitais EPE não cumprem, nós cumprimos. É o preço, e esse preço já foi demonstrado, efetivamente, que é muito mais barato, até quanto mais não seja qualquer pessoa que não perceba muito de saúde. Quando nós dizemos assim, na nossa consulta, nós temos um preço compreensivo dos meios complementares de diagnóstico, pagam-nos €42 euros. Mas nós vamos pagar €60 euros por uma TAC e, a preços já negociados, já ficamos com um prejuízo e temos que pagar ao médico. Portanto, o Estado tem ganhos. Nos acordos de cooperação para devolução, nós já detetamos exatamente nas próprias negociações que algo estava a ultrapassar e que os dados que nos eram fornecidos não nos eram fornecidos na totalidade pelas ARS. E, portanto, verificamos que, independentemente de tudo, excetuando Serpa hoje somos um exemplo em Anadia. O hospital de Anadia é um hospital de exemplo para demonstração clara de como é que uma parceria com o setor social, em particular com as Misericórdias, na área da saúde e nos cuidados de saúde hospitalares, funciona muito melhor do que o modelo que está em prática e em funcionamento. Basta comparar com o hospital de Cantanhede, que ia ser um hospital devolvido, que estava na lista da devolução. Cantanhede, Ovar e Anadia, que, dos 28 hospitais ativos, estavam na calha para devolução na área da ARS-Centro. E hoje verificamos efetivamente que o de Cantanhede, onde estive como vogal do Conselho de Administração a ex-Ministra Marta Temido, curiosamente, era vogal do Conselho de Administração e que, comparativamente com Anadia, o hospital definiu completamente. E hoje é um

hospital do grupo A, mas é marginal, praticamente não têm produção significativa relativamente aos hospitais devolvidos.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos assistenciais?

E22

Em termos assistenciais, cumpriram os objetivos na sua totalidade e com indicadores superiores. Nunca atingimos os tempos máximos de resposta garantida, tivemos sempre a preocupação de ser mais céleres. E, portanto, para que os utentes tivessem consultas a 30 ou 60 dias, nas cirurgias a não terem que esperar tanto, e tivemos outra particularidade: abrimos também outros serviços à Comunidade que não eram possíveis, nomeadamente enquanto hospitais públicos, mas enquanto hospitais do setor social podem prestar esses serviços, nomeadamente à ADSE, aos seguros, aos subsistemas, e também aos particulares, às pessoas que por qualquer razão não conseguem ter acesso atempado ao Serviço Nacional de saúde e, portanto, têm que ter uma alternativa. Os nossos hospitais são hoje, de facto, pela sua proximidade à comunidade, pela sua qualidade e serviço, pela diversidade dos serviços que, entretanto, implementaram, não se limitaram apenas a ter o acordo de cooperação, mas criaram outras valências de resposta. Por exemplo, estou a lembrar-me da dentária que não existia. Hoje temos muitos hospitais com gabinetes de medicina dentária. Na medicina física e de reabilitação fomos muito além, a capacidade de resposta é muito maior do que aquela que era no passado.

Por exemplo, Gastroenterologia, não tinha. Temos a diálise no caso de Fafe, não só se manteve como melhorou as instalações. Alargámos o nosso leque de respostas em saúde, tanto em cirurgias, como em consultas. Nomeadamente, consultas onde não há acordos, como a dermatologia, a neurologia, a endocrinologia, ou seja, especialidades médico-cirúrgicas que não existiam, nós neste momento temos um leque muito mais alargado de respostas à comunidade que o hospital enquanto público não tinha. Excluo

o exemplo de Serpa porque é um exemplo à parte, é um caso de estudo que necessita ser tratado à margem dos hospitais de Anadia e de Fafe.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos de sistema de avaliação da qualidade (SINAS, da Entidade Reguladora da Saúde), se aplicável?

E22

Nós somos monitorizados pela ACSS, pela ERS, pelas ARS. Nós hoje somos obrigados a nível cirúrgico a cumprir os indicadores da cirurgia segura. É um dos indicadores de qualidade que penaliza, se não forem cumpridos e, portanto, há toda uma tramitação, todo um conjunto de indicadores, parâmetros que têm que ser cumpridos. Portanto, isso levou a que os hospitais das Misericórdias, parte deles, enveredassem pela certificação de qualidade. Outros, pela acreditação. E, portanto, hoje são hospitais que estão avaliados, são monitorizados por entidades externas que nos permitem determinar quais são os pontos fortes e os pontos fracos na atividade assistencial. Fazemos auditorias internas. Estou a falar dos hospitais devolvidos, depois posso falar dos outros também. Hoje, com esses indicadores, as regras são bem definidas, somos monitorizados e sabemos que a nossa monitorização pode levar a penalizações. Não sei se no caso dos hospitais EPE os penalizam, a nós penalizam-nos, mas mais do que isso, nós sabemos que em qualidade dos serviços de saúde, nós efetivamente estamos num patamar que não estávamos há 20 anos atrás. E como é que nós vemos esse indicador, por exemplo pela própria ADSE ou pelos seguros. Hoje concorremos com os hospitais privados a nível da qualidade e quando nós verificamos que as pessoas que têm um seguro optam, por exemplo, em vez de ir a um hospital privado, seja da rede Lusíadas, do da CUF, da Luz Saúde, e excludo aqui o Trofa-Saúde propositadamente, e as pessoas optam, por exemplo, por hospitais das Misericórdias, nomeadamente aqueles são mais próximos aqui na região de Braga e na região do Porto, que é onde existem mais. Se formos analisar os investimentos realizados, a qualidade das instalações e dos equipamentos, os fluxos, os recursos humanos, se não soubéssemos que eram uma Misericórdia, poderíamos pensar que era um hospital de um grupo privado de referência nacional.

Isto, porque as Misericórdias fizeram um percurso na qualidade de serviços, na qualidade dos próprios colaboradores, seja, por exemplo, o atendimento, seja nos *call center*, seja nos métodos, seja na sua própria auto-avaliação, porque perceberam que era importante para um serviço de qualidade, que fosse reconhecido pela comunidade dos utentes. Como é que é reconhecido? É pelo facto de eles optarem pela ida aos nossos hospitais. Acho que podemos estar satisfeitos, orgulhosos dos serviços que os Hospitais das Misericórdias estão a prestar à comunidade em termos de avaliação em saúde, e, aliás, os próprios indicadores são transparentes. Em vários itens da qualidade de avaliação dos sistemas de saúde seja, por exemplo, na parte da hotelaria, do atendimento, seja a nível dos processos, eles falam por si.

O SINAS não faz uma avaliação em todos os parâmetros do hospital, nomeadamente em todas as cirurgias, é muito importante, porque há algumas cirurgias em que define determinadas regras e procedimentos, nomeadamente na parte da ortopedia e da ginecologia. Nós tivemos acesso, ao fim ao cabo, a um conjunto de parâmetros que nos iriam colocar numa avaliação paralela com os hospitais públicos, com os hospitais privados e, portanto, nós sabíamos qual é quais eram os parâmetros de avaliação. O que nós tínhamos que fazer e fizemos foi olhar para esses parâmetros, ver onde não cumprimos, onde é que já cumprimos, onde podemos melhorar. Nós hoje temos equipas qualificadas no âmbito da assistência, seja das auxiliares de ação médica, seja no âmbito da enfermagem, como nas equipas médicas. Portanto, hoje não temos qualquer problema de nos equiparmos em termos de avaliação a qualquer hospital de referência de uma área do setor privado ou a qualquer hospital de referência do setor Público.

NR

Comparando as unidades hospitalares de Fafe, Anadia e Serpa (que já integravam o SNS e foram, entretanto, devolvidas à gestão do sector social) com outras unidades de dimensão semelhante, na mesma área geográfica e ainda sob gestão pública, no seu entendimento, que tipo de vantagens identifica para o Estado entre uma opção e outra?

E22

O Estado, já o percebemos, fez as suas contas. Numa lógica meramente contabilística, era importante devolver a gestão às Misericórdias, porque conseguiam fazer mais com menos. Ou, pelo menos, tinham que fazer igual com menos e nós demonstrámo-lo. Como só foram três, a amostra não foi muito significativa. Dessas três, uma correu mal, Serpa, e há razões objetivas, que para nós estão perfeitamente identificadas, porque é que correu mal. O hospital de Anadia, desde o primeiro dia em que foi devolvido, veio sempre a melhorar. Resultaram daí investimentos nas instalações de mais de €2 milhões de euros, maior diversidade das respostas em saúde, mais meios complementares de diagnóstico, mais consultas, em diferentes especialidades que não existiam, a consulta aberta para particulares (recordo que Anadia, em 2000, lá atrás, quando fecharam os SAPs, pelo Ministro Correia de Campos, foi em Anadia que começou a revolta e, portanto, quando nós quisemos negociar, por exemplo, ter uma consulta de serviço de urgência básica, eles disseram, por amor de Deus, isso já fez cair um ministro, não pode fazer cair outro) e portanto, não se pode falar em serviços de atendimento permanente.

Depois, os hospitais vizinhos que são da propriedade de Misericórdias, mas que ainda não foram devolvidos, como São João da Madeira, Santo Tirso, que também se fez um estudo para a sua devolução, estavam já criadas expectativas e planeadas novas respostas à comunidade, com um conjunto de cirurgias, consultas de especialidade, meios complementares de diagnóstico, que iam ser implementados mas que, infelizmente, na suspensão da devolução, entenderam que iam fazer exatamente isso tudo e não fizeram. Ou seja, o Estado continua a não investir nesses hospitais. O Hospital de Santo Tirso estava degradado, degradado ficou. A Misericórdia tinha um plano de investimentos para melhoria das instalações. Ou seja, os que foram devolvidos, progrediram. As Misericórdias fizeram deles melhores hospitais. Hoje, comparando o Hospital de Anadia com o Hospital da Mealhada, que se manteve com gestão do Estado, o da Mealhada definhou. Olhando o Hospital da Mealhada com a Mealhada de há 10 anos, a Mealhada estagnou. Em contrapartida, nós olhamos para o Hospital de Anadia de há 10 anos e hoje é um hospital completamente diferente, com outras dinâmicas, muito mais capacidade de resposta, com mais diversidade do que a Mealhada. Há aqui, eventualmente, uma comparação que pode ter a ver com a proximidade, com a livre escolha, com a referenciação prioritária para os cuidados para o CTH de Anadia, porque a Mealhada teve acordos de 3 anos que não foram cumpridos, tinham acordos de um

milhão de euros para fazer consultas e cirurgias. A metodologia de pagamento à Mealhada não é metodologia que está consignada no Decreto-Lei nº138/2013, nomeadamente no seu anexo 2, onde eles deviam receber pelas consultas com base nos termos de referência da ACSS, isto é, teriam que aumentar os valores das consultas anualmente em função das indicações dadas pela ACSS deveriam, em vez de retribuir o pagamento das cirurgias pela tabela do SIGIC, o procedimento, deviam pagar as cirurgias por doente equivalente, isto é, pelo valor do GDH e calcular o índice de case-mix daquele hospital, não o fizeram, ou seja, ainda mantêm modelos antigos de acordos de cooperação com essas Misericórdias, que é uma luta que a UMP tem vindo a travar com o Ministério da Saúde no sentido de normalizar, em termos nacionais, em todo o território, para todas as ARS a mesma minuta. Isso já foi feito, só que depois não foi implementado. Depois, o que é que aconteceu em Lisboa e Vale do Tejo? Continuaram com os acordos anuais, os acordos anuais não pagam por duodécimos pagam pela produção depois não deixam que a referenciação seja feita pelos cuidados de saúde primários que é como se entende e, portanto, há aqui um controle de cima para baixo que espartilha a capacidade de resposta desses hospitais e a possibilidade de as pessoas terem livre acesso às unidades do Serviço Nacional de Saúde. Portanto, temos aqui uma situação curiosa, que hospitais que já existiam, que com base em acordos melhoraram a sua relação com o Estado e o Estado não cumpriu. Não cumpriu e não foi uniforme na maneira como, por exemplo, contratualizou. Na ARS-Norte havia acordos certamente idênticos aos hospitais EPE, tipo contrato-programa a que se teve que aderir. E talvez por isso há aqui muitos mais hospitais, a ARS-Norte também tem outra dimensão, tem outra organização, nós temos um trabalho mais profícuo com a ARS-Norte, mesmo sendo muito mais controlados. Os acordos de cooperação vieram conferir de certa maneira maior previsibilidade às Misericórdias.

NR

Apesar de seguirem o mesmo modelo de acordo de gestão, estabelecido entre as respetivas Misericórdias e Administrações Regionais de Saúde, os resultados alcançados apresentam alguma discrepância de unidade para unidade. No seu entendimento, as diferenças podem ser explicadas por:

- a) incumprimento da respetiva Misericórdia relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- b) incumprimento do Estado relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- c) Incumprimento de ambas as partes. E se sim, em quê?
- d) Outras razões. Quais?

E22

Temos essas três. Vou começar pelas razões, diria, de incumprimento da Misericórdia. Não é muito significativa, mas houve, por exemplo, em Fafe. Em Fafe houve ali entropias quanto aos acordos, por parte da direção clínica, que levaram a que os acordos não fossem cumpridos na sua totalidade e de acordo com as regras. No primeiro ano, Fafe não conseguiu atingir os objetivos que estavam previstos no acordo de cooperação, porque começaram mais tarde, só começaram a funcionar em maio de 2015. Em Anadia foi logo no primeiro dia, também admito que beneficiasse da experiência do Grupo Misericórdias Saúde e, portanto, tinha a União na gestão e a gestão também ser de continuidade porque a Presidente do Conselho de Administração se manteve na gestão e o Enfermeiro-diretor também vinha da anterior gestão. Em Fafe a transição foi feita, mas com alguns sobressaltos iniciais. E, portanto, Fafe acabou por, numa primeira fase, não cumprir o acordo, no ano seguinte fazer muito mais do que aquilo que estava no acordo, nomeadamente cirurgias. Estavam estipuladas fazer, imaginemos, 1500 cirurgias, fizeram 2000, e o Estado não paga esse excedente. Em Anadia, pela positiva, houve um reconhecimento de que a devolução veio comprovar, efetivamente, que há ganhos para a comunidade com o desempenho do hospital em termos assistenciais, em termos de equilíbrio, de sustentabilidade. Serpa tem problemas que têm a ver com a ULS do Baixo Alentejo, um problema que resultou de incompatibilidades. O Grupo Misericórdias Saúde acompanhava à distância dentro daquilo que era a possibilidade e que tinha muito a ver com os 500 e tal quilómetros de distância física. Havia problemas que já vinham de trás, a própria Misericórdia tinha um problema financeiro o que, de certa maneira, também prejudicou a própria unidade hospitalar. Em paralelo, e para

agravar a situação, a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo também não cumpria os acordos e, ao não cumprir os acordos, estava a atrofiar financeiramente o hospital. Hospital, em bom rigor, cuja atividade essencial era diminuta e assim continua. Serpa tinha uma função muito importante que era a atividade de serviços de urgência básica 24h. O que nós quisemos reverter, que durante a noite não houvesse atendimentos porque estava a 25 km de Beja e Serpa tinha, em média, cerca de 500 e tal atendimentos noturnos, por ano, o que dá 2 atendimentos por noite das 0 às 8h. Tinha que pagar aos médicos por hora, numa zona já de si de pouca atratividade para médicos, enfermeiros e qualquer profissional da área da saúde. Obviamente, ainda por cima, onde todos os problemas que surgiram *a posteriori* com a debandada dos médicos para o estrangeiro saindo do SNS, com Serpa a estar na zona do interior, onde não há, portanto, grande atividade assistencial e, portanto, não é atrativo para os médicos porque não têm volume que justifique que os médicos lá vão. Ou seja, há um conjunto de fatores que numa análise prévia eram uma grande desvantagem. Depois, a relação com a ULS do Baixo Alentejo era uma relação de grande conflito, que ainda hoje não está resolvido. É importante que o Secretário de Estado Alexandre Mestre, que é de Serpa, diga preto no branco, porque isto vai servir também de exemplo para as próximas ULS, se a produção do hospital da Misericórdia, que tem acordo de cooperação, que está no território, conta para a produção global da ULS, se não conta. Se conta, a ULS tem vantagens porque vai produzir a mais baixo custo. Se não conta, não faz sentido haver um acordo e então o Ministério da Saúde tem toda a razão. Portanto, Serpa está naquele limbo, de não saber, efetivamente, se a produção do Hospital de Serpa conta para a produção da ULS, se atende os utentes da ULS. A ULS recebe por capitação, recebe por utente, é responsável pela saúde e doença desde que nasce até que morre e, portanto, seja atendido no hospital de Beja, seja atendido no Centro de Saúde de Mora, de Moura ou onde for, seja atendido no hospital de Serpa, é atendido no território da ULS, Serpa recebe X por utente, como os médicos são remunerados no Centro de Saúde, quem paga também é a ULS. Portanto, Serpa teve um problema que é um conjunto dos dois: não foi só o problema da Misericórdia, não foi só um problema da ULS, foi um problema dos dois. Diria que, em algumas vertentes, quase a 100% responsabilidade da ULS, em outras vertentes, mais de gestão, da responsabilidade da Misericórdia.

NR

Na sua perspetiva, e partindo da experiência recolhida nas unidades hospitalares do SNS cuja gestão foi devolvida às Misericórdias (nos primeiros cinco anos, 2015-2020) que medidas futuras podem ser adotadas para que este tipo de parcerias possa ser mais efetivo, assente em relações de cooperação e com benefícios de boa governança para todos os parceiros envolvidos?

E22

Começando pela governança, eu acho que a União tem aqui um papel importante, que é tentar uniformizar modelos de gestão com base nas boas práticas dos melhores hospitais das Misericórdias. Nós temos um ranking dos hospitais e, portanto, acho que é primeiro a questão da acreditação, da certificação, que é para mim uma das medidas mais importantes no âmbito da gestão. Clarifica e normaliza a gestão. E, portanto, na questão da governança, o papel da União, é muito importante. Sou da opinião que a União das Misericórdias Portuguesas deveria apostar num hospital central, exatamente em Lisboa. Por causa de quê? Não é porque Lisboa não tenha já respostas, nomeadamente no privado. Embora nós sejamos setor social e, portanto, podemos ter uma relação com o Estado diferente da do privado, mas, fundamentalmente, porque Lisboa iria demonstrar o papel e o valor da rede hospitalar das Misericórdias num contexto global do SNS, que é muito mais difícil, cada um por si ter que demonstrar e ter as evidências. Nomeadamente, como se verifica em muitos casos hoje, felizmente, além de haver um livro de reclamações, há também um livro de elogios. Nós temos casos em que para cada reclamação há seis elogios! E quando nós sabemos que o povo português não é muito profícuo a elogios... Para críticas é, para o elogio é o silêncio. Agora, quando aparecem elogios é porque, efetivamente, as coisas são muito bem feitas e há essa prática nas Misericórdias.

Nós fizemos um percurso, nos últimos 20 anos, muito interessante a nível dos hospitais das Misericórdias que nos posicionou como *player* na área da saúde. A pandemia, curiosamente, veio demonstrar ainda mais o papel das Misericórdias, nas suas vertentes globais, mas também na saúde e nos seus hospitais, passou-se a falar na comunicação social, nos fóruns do setor público, privado e social. Não vieram falar nada que não existisse na Constituição, só que não éramos falados. Isto, estamos a falar de 2020 para cá. Começaram a olhar para o setor social. As Misericórdias começaram a ser

convidadas para fóruns, começaram a ser convidadas para congressos, começaram a ser convidadas para demonstrar a sua experiência e também para comissões de estudo. Ou seja, começaram a ser ouvidas, começou a haver uma perceção de que também existem hospitais de Misericórdias. Porque nós não somos muitos, não é? Nós somos 20 hospitais. E, portanto, no contexto global do setor público, do setor privado, somos efetivamente o parceiro de menor dimensão. Mas temos a particularidade de sermos reconhecidos pela própria comunidade e pelos serviços que prestamos, pela qualidade do serviço. Somos poucos, neste momento estamos muito concentrados no litoral, acho que temos que nos plasmar mais pelo território. Temos que ter atenção às Misericórdias que estão a ficar para trás, aos hospitais que não estão a acompanhar de uma forma uniforme os outros e, portanto, acho que a União tem que olhar para esses hospitais, mas mantendo a sua autonomia, a autonomia gestonária das Misericórdias. Mas criar aqui metodologias de acompanhamento, de monitorização, que as próprias Misericórdias vejam nelas, uma mais-valia no sentido de poderem efetivamente acompanhar aquelas que já estão mais à frente, ou seja, sendo todos do Grupo A numa perspetiva do Serviço Nacional de Saúde, nem todas são do Grupo A de complexidade hospitalar. Já se distinguem umas das outras, não só pelo volume assistencial, mas também pelo tipo e pela qualidade da assistência que praticam e pela sua diversidade. Portanto têm um leque muito mais vasto de respostas e, neste caso concreto, nós também, junto do SNS, junto do Estado, devemos fazer a demonstração, aliás já o fizemos, falta é vontade política de aumentar os nossos acordos de cooperação com base naquilo que são as necessidades do SNS. Eles recorrem a nós quando estão aflitos. Recorrem a nós quando estão com problemas de pandemias, quando estão com os hospitais públicos cheios de casos sociais e querem com o setor social resolver o problema, perguntar se nós temos camas. Temos um problema dos cuidados continuados da rede nacional, que não consegue dar resposta às necessidades da população e está muita gente, muitos utentes, que já não necessitam de cuidados agudos, mas de cuidados continuados, mas mantêm-se nas camas de hospitais públicos e, portanto, querem fazer parcerias com as Misericórdias. Ou seja, há aqui um conjunto de medidas que têm que ser tomadas que eu diria que não é só no pilar hospitalar dos agudos. Portanto, se nós temos os cuidados de saúde primários, os cuidados hospitalares e os cuidados continuados, os 3 pilares do SNS, as Misericórdias são hoje o maior

prestador num dos pilares que é os cuidados continuados. Têm um caminho penta-secular na área hospitalar, houve um interregno que agora se está a retomar, mas que acho que se deve retomar com uma determinada estratégia de plasmar pelo território, nem que seja com parcerias. E quando digo com parcerias, não é Parcerias Público-sociais que até podiam ser. Já tivemos uma parceria público-social com o acordo de gestão do Centro de Reabilitação do Norte, que não é mais do que uma parceria público-social, mas também pode haver parcerias sociais ou privadas-sociais. E que existem, nomeadamente, nós temos os nossos parceiros, já o disse anteriormente, temos muitos dos nossos parceiros na área dos meios complementares de diagnóstico, temos parcerias com os privados em imagiologia, nas análises clínicas, há hospitais nossos que não têm dimensão suficiente para ter, por exemplo, na área das análises, laboratórios. Então fazem parcerias com entidades do setor privado que têm laboratórios e, portanto, fazem connosco, nomeadamente, postos de colheita. E temos aqui essa experiência agora que nós temos e temos vindo a apostar, nomeadamente nos cuidados primários, na área metropolitana de Lisboa, onde faltam médicos de família. Mas em que, por exemplo, na minha opinião, esses acordos que existem necessitam de uma revisão, porque são um bocado leoninos. A nível da remuneração dos serviços são mal pagos às instituições. As Misericórdias fazem-no naquela perspetiva, sempre de um serviço à Comunidade, mas, efetivamente, na área da Saúde nós temos que perceber que temos que ser sustentáveis, já estamos com problemas na área social, graves, de sustentabilidade por causa das comparticipações do Estado na percentagem das comparticipações em relação aos custos médios, também começamos a ter a nível dos cuidados de saúde primários. O Estado não está a ser correto na avaliação dos custos e dos resultados. Nós conseguimos efetivamente dar resposta em áreas, nomeadamente na área da grande Lisboa, onde há falta de médicos de família e são as Misericórdias a assegurar. E, portanto, é essa e outras dinâmicas, é esta perceção que o Estado tem que, ao fim ao cabo, passar à prática, não é só quando lhes interessa.

Entrevista 23

NR

No seu entendimento, como evoluiu a relação entre o Estado e as Misericórdias no setor da saúde em Portugal ao longo do período democrático?

E23

A evolução foi, de facto, positiva. Nasceu um bocadinho sem se ter uma estratégia bem definida, mas quando nós vemos, aí pelo ano 2000, o trabalho que era efetuado e o que se evoluiu até 2023, é uma evolução enorme. O país também evoluiu. E isso também se reflete, quer na diferenciação, quer nas instalações, quer nos recursos humanos. Foi uma evolução enorme. Acho que se verifica isso, essa profissionalização a partir de 2000, eu lembro-me de vários hospitais que, na altura, fruto da construção de Centros de Saúde, foram devolvidos às Misericórdias, não tinham condições e, portanto, foi esse trabalho que foi feito, por um lado. E por outro lado, depois, as próprias Misericórdias tiveram que se apetrechar também de técnicos, de profissionais, etc., para poderem responder aos desafios. Esse equilíbrio entre a exigência do Estado e a compreensão por parte das Misericórdias de que era necessário evoluir, trouxe um avanço que levou a que estejam no patamar em que estão, quer do ponto de vista da capacidade de resposta, quer do nível de resposta que têm.

NR

No seu entendimento, quais os principais pontos fortes/fracos associados aos acordos de gestão estabelecidos entre o Estado e as Misericórdias, no que se refere ao cumprimento dos objetivos das políticas de saúde na área hospitalar, desde 1974?

E23

O ponto forte é, desde logo, que as Misericórdias têm muito mais facilidade em fazer contratações de pessoal do que o Estado e, portanto, isso é uma facilidade enorme. Depois, outro ponto forte é também a dispersão geográfica que as torna mais próximas das populações. Às vezes, 10 km não têm significado nenhum para nós, mas para muitos doentes têm e, portanto, isso facilita. Acho que um ponto fraco, que não é um ponto fraco exclusivo das Misericórdias, é a questão da falta de recursos humanos. Quer

dizer, há muita falta de recursos humanos na saúde em várias áreas e isso é comum. As pessoas são muitas vezes as mesmas pessoas que trabalham num lado e trabalham noutro e, portanto, isso é uma dificuldade. Mas acho que, fundamentalmente, é a facilidade de contratar, mesmo depois dos 70 anos. Hoje fala-se muito do “idadismo” e que não se quer as pessoas com essas idades a trabalhar e muitas pessoas estão perfeitamente em idade, podem ainda dar contributos e para isso, no Estado, é uma burocracia enorme. Portanto, o mecanismo de contratação por parte das Misericórdias é o primeiro ponto forte. Depois, também, é evidente que há uma associação da marca, acho que isso é um ponto forte, quer dizer, há muitas pessoas que não querem trabalhar no setor privado puro, mas que se sentem bem e confortáveis em trabalhar numa IPSS, que tem fundamentos diferentes, tem objetivos diferentes o que, do ponto de vista social, também tem algum relevo e acho que isso também tem importância para algumas pessoas, que se sentem mais confortáveis, por aquilo que ouço, em trabalhar no hospital de uma Misericórdia, do que a trabalhar num grupo privado puro e duro.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974/1975, como qualifica os resultados alcançados, na perspetiva das poupanças esperadas pelo Estado? E na perspetiva das Misericórdias?

E23

Não vejo a questão do trabalho das Misericórdias e dos acordos com o Estado no sentido da poupança. Acho que os serviços de saúde existem para dar resposta às necessidades de saúde da população. Não adianta nada dizer-me que poupou muito dinheiro no final do ano e eu ter uma lista de espera maior ou ter resultados maus do ponto de vista da saúde das populações. Todas as negociações que nós fizemos eram na perspetiva de preços de referência, mas o que eu vejo sempre é se do ponto de vista do resultado e daquilo que é contratualizado é se os hospitais das Misericórdias, como complemento do SNS, e não propriamente do ponto de vista da poupança pura e dura, ver quanto é que eu poupei por estar ali a dar, aliás, eles em geral são complementares da atividade do SNS, portanto, é mais nessa perspetiva do que na perspetiva da poupança.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos assistenciais?

E23

No caso que conheço particularmente os resultados são globalmente positivos e satisfatórios para a população e para a ARS, na avaliação que se faz desse trabalho.

NR

No que se refere às unidades hospitalares devolvidas à gestão das Misericórdias na última década, após nacionalização em 1974-1975, como qualifica os resultados alcançados, em termos de sistema de avaliação da qualidade (SINAS, da Entidade Reguladora da Saúde), se aplicável?

E23

Há uma polémica que tem sido feita nos últimos tempos à volta do SINAS. Eu acho que deve haver um sistema de classificação de estabelecimentos hospitalares e isso é importante para que as pessoas possam ficar com uma ideia e com uma informação mais fidedigna para poder também tomar algumas decisões. De qualquer forma, o SINAS era muito limitado em termos daquilo que avaliava porque a adesão era voluntária e avaliava procedimentos, por cada uma das áreas, e isso não dá para tirar conclusões. Se estamos a falar da prótese da anca, podemos comparar o hospital A com o hospital B, mas não podemos tirar conclusões para a ortopedia dos hospitais ou a ortopedia desse hospital. A avaliação é muito complexa, muito complicada, e devemos ter algum cuidado e atenção. Não tenho dúvidas que, do ponto de vista das instituições, por um lado, que sentiram que havia aqui um padrão de comparação, que havia auditorias, que isso contribuiu para o processo de melhoria que as unidades tiveram, mas as próprias Misericórdias em geral, também, há muitas que estão certificadas e que estão acreditadas e, portanto, que também têm desenvolvido trabalho nessa área. Portanto, isso é positivo. Não se pode é tirar uma conclusão absoluta para a ortopedia, para a gastro, para outra coisa qualquer, mas é fundamental que haja e foi também importante,

como há bocadinho falava, esta evolução que as Misericórdias tiveram, e que os seus hospitais vão tendo, tem a ver com essas avaliações externas, com as comparações internacionais que nos ajuda a melhorar e por isso é que elas chegaram ao patamar em questão, desde a profissionalização, aos resultados, etc.

NR

Comparando as unidades hospitalares de Fafe, Anadia e Serpa com outras unidades de dimensão semelhante na mesma área geográfica e ainda sobre gestão pública, no seu entendimento, que tipo de vantagens identifica para o Estado entre uma opção e outra opção?

E23

Esses hospitais que foram devolvidos, para a mesma dimensão, temos relativamente pouco, no caso do Norte. Acho que há essa dificuldade, mas é evidente que temos que ter comparações e que isso nos ajude para tirar algumas conclusões. Agora, para compararmos o Hospital de Fafe, mesmo com o hospital de Barcelos, apesar de tudo, as responsabilidades do hospital de Barcelos são maiores, do que as do hospital de Fafe. Como dizia há bocado, a evolução foi positiva, a comparação é útil, a complementaridade é importantíssima e é fundamental e imprescindível. Eu sou um bocadinho resistente a proceder a comparações e a rankings, porque apesar de tudo acho que às vezes não estamos a comparar as mesmas coisas. Se eu tiver um problema num hospital, isso vai alterar completamente o resultado, o que não tem a ver nem com gestão, nem com o modelo. Tenho uma visão positiva, complementar, importante naquelas áreas e que também é outra coisa que eu acho que deve ser adaptativo ou gradual que é nós devemos, em cada momento, ver quais são as necessidades que há. Para este ano podemos ter a especialidade A, B, C, D, E, F, claro que tem de haver um horizonte temporal, não posso fazer um investimento em equipamento pesado e depois não ter resposta para essa área, mas deve ser sempre adaptativo, em função dos resultados. Claro que a questão de Fafe, que tem uma área de influência também importante, até industrial, do ponto de vista demográfico é uma zona dinâmica e que obrigará também a própria Misericórdia a potenciar e desenvolver capacidade de resposta para a procura que tem e é mais cómodo as pessoas irem ali a Fafe do que a Guimarães.

NR

Apesar de seguirem o mesmo modelo de acordo de gestão, estabelecido entre as respetivas Misericórdias e Administrações Regionais de Saúde, os resultados alcançados apresentam alguma discrepância de unidade para unidade. No seu entendimento, as diferenças podem ser explicadas por:

- a) incumprimento da respetiva Misericórdia relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- b) incumprimento do Estado relativamente ao inicialmente acordado. E se sim, em quê?
- c) Incumprimento de ambas as partes. E se sim, em quê?
- d) Outras razões. Quais?

E23

Quando há incumprimentos, em geral, é das duas partes. É evidente que haverá sempre mais responsabilidade de quem presta os cuidados do que das ARS. Aqui a Norte, no caso de Fafe não houve incumprimentos. Globalmente, os incumprimentos, as inconformidades que deve haver devem ser discutidos. E nesse aspeto, aqui na região Norte, tínhamos, e penso que ainda se continua a ter, uma proximidade muito grande entre a ARS e a União das Misericórdias e as próprias unidades e entre o próprio departamento de contratualização e as unidades. Houve um grande esforço e o profissionalismo avançou imenso. Havia alguns problemas, mas que foram sempre ultrapassados. Às vezes isso também pode acontecer no caso de, às vezes, os próprios contratos serem pouco claros e colocarem dúvidas de interpretação, mas lá está, quer dizer, se a proximidade de quem controla também for maior isso é facilmente ultrapassado e essa melhoria é perfeitamente possível. Durante os anos que ali estivemos, foi sempre possível termos esse controlo e essa proximidade. De vez em quando, se pode ter havido alguma divergência, foi sanada. Notou-se, de facto, uma grande evolução e um profissionalismo que há 20 anos não havia, nem havia técnicos, nem havia tanta sensibilidade de quem estava à frente, não havia tanta experiência na

saúde como a gestão de uma unidade daquelas obrigava, é preciso conhecer bem o meio e evoluíram muito, indiscutivelmente.

NR

Na sua perspetiva, e partindo da experiência recolhida nas unidades hospitalares do SNS cuja gestão foi devolvida às Misericórdias (nos primeiros cinco anos, 2015-2020) que medidas futuras podem ser adotadas para que este tipo de parcerias possa ser mais efetivo, assente em relações de cooperação e com benefícios de boa governança para todos os parceiros envolvidos?

E23

Acho que nós temos que ter um sistema de informação que permita conhecer realmente as dificuldades para que seja realista. Também, por exemplo, quando se definem tempos máximos de resposta garantida, que também seja claro nessa articulação entre os 2 níveis de cuidados. Bem identificadas as necessidades, como dizia, o Serviço existe e as instituições existem para resolver o problema dos doentes. O Estado não tem capacidade momentânea em algumas áreas e deve encontrar soluções para dar esse apoio. As Misericórdias têm sido um bom parceiro e ajudado a resolver muitos desses problemas e, portanto, essa diferenciação contribuirá nos próximos anos, adaptando vários frutos da conjuntura e fruto da também da nossa aprendizagem. Esse trabalho com as Misericórdias, por exemplo, a questão das plataformas eletrónicas que melhorou, mas é preciso melhorar mais, o acesso, o termos uma plataforma única de registo eletrónica que permita a circulação de informação para que eu possa ver o que acontece a um doente que eu referencio para o hospital e vejo que lá está, mas se eu referenciar para a Misericórdia, não consigo ver, e a Misericórdia também não consegue ver os exames que eu lhe fiz, a situação clínica, e isso aí é preciso, há muita gente que tem falado nisso, é um desígnio resolvermos isso e, portanto, a esse nível é possível melhorar. Mas há um trabalho constante, e dessa diferenciação que é possível fazer tendo em vista a questão de responder às necessidades de saúde dos doentes. Não adianta nada dizer que não gastei aquele dinheiro, mas os doentes continuarem com os problemas.

