

O Labirinto da Gestão Pública da Saúde, em Portugal

The Labyrinth of Public Health Management, in Portugal

Le Labyrinthe de la Gestion Publique de la Santé, au Portugal

Jorge Simões¹  Autor correspondente / Corresponding author / Auteur correspondant: jsimoes@ihmt.unl.pt, Mariana Mota Torres²

(1) Professor de Sistemas e Políticas de Saúde, Global Health and Tropical Medicine do IHMT da UNL.

(2) Jurista, marianamotatorres@gmail.com.

Resumo

Este texto retoma e procura reforçar a discussão sobre modelos alternativos na gestão pública da saúde, em particular os hospitais, de forma a melhorar a eficiência e permitir dar melhor resposta às necessidades dos cidadãos e às expectativas dos profissionais de saúde, sem colocar em causa outros princípios fundamentais do seu funcionamento. Esta discussão é crucial para clarificar que decisões políticas podem ser tomadas para alcançar um objetivo consensual, o da melhoria da eficiência da administração pública da saúde.

Assim, acompanha-se a evolução do regime jurídico do hospital público português e os diferentes modelos que procuraram ultrapassar os seus principais constrangimentos identificados desde o final da década de noventa do século passado na área dos recursos humanos, no processo de aquisições de bens e serviços, na sua organização interna. Em períodos curtos o modelo jurídico de hospital público permitiu ultrapassar alguns desses constrangimentos, mas, depois, a desconfiança do Ministério das Finanças, as crises financeiras, a necessidade de sustentar a dívida pública e salvaguardar o equilíbrio orçamental provocaram o regresso, em linhas gerais, a um modelo assente num paradigma burocrático, com excesso de formalismo, lentidão, falta de eficiência e de eficácia.

Depois, constata-se que, na Europa, esta discussão não existe nos termos em que se coloca em Portugal, pois as reformas hospitalares na Europa centram-se nas necessárias transformações face às tendências demográficas, ao peso das doenças crónicas e a uma procura crescente por cuidados integrados e centrados na pessoa. As mudanças ocorrem, ainda, num contexto de finanças públicas limitadas, escassez de profissionais de saúde e enfoque na prevenção e na intervenção precoce.

No caso português, defende-se o equilíbrio entre os princípios norteadores da ação pública, de matriz constitucional e administrativa e a exigência de eficiência na administração pública, com especial enfoque nos hospitais públicos. Identificam-se algumas áreas que podem constituir vetores de flexibilização da gestão e instrumentos de promoção de maior eficiência e de rapidez na tomada de decisão. Com efeito, a administração pública na saúde constitui, hoje, um dos domínios onde se manifesta a tensão entre a prevalência de mecanismos de controlo *ex ante*, financeiros e não só, em detrimento de uma lógica de confiança seguida de responsabilização *ex post*. Assim, sugere-se a adoção de procedimentos menos complexos, promotores de maior agilização e rapidez com ganhos de eficiência e de custos, sem produzir níveis de ameaça real em termos de concorrência ou de transparência de procedimentos.

Palavras-chave: Portugal, Europa, administração pública, hospitais públicos, eficiência.

Abstract

This text resumes and seeks to strengthen the discussion on alternative models in public health management, in particular hospitals, in order to improve efficiency and allow a better response to the needs of citizens and the expectations of health professionals, without jeopardizing other fundamental principles of its operation. This discussion is crucial to clarify what political decisions can be taken to achieve a consensual objective, that of improving the efficiency of public health administration. Thus, we follow the evolution of the legal regime of the Portuguese public hospital and the different models that sought to overcome its main

constraints identified since the end of the nineties of the last century in the area of human resources, in the process of acquiring goods and services, in its internal organization. In short periods, the legal model of a public hospital made it possible to overcome some of these constraints, but then the distrust of the Ministry of Finance, the financial crises, the need to sustain the public debt and safeguard the budgetary balance caused the return, in general terms, to a model based on a bureaucratic paradigm, with excessive formalism, slowness, lack of efficiency and effectiveness. Then, it can be seen that in Europe, this discussion does not exist in the terms in which it is presented in Portugal, as hospital reforms focus on the necessary transformations in the face of demographic trends, the burden of chronic diseases and a growing demand for integrated and person-centred care. The changes in Europe also occur in a context of limited public finances, a shortage of health professionals and a focus on prevention and early intervention. In the Portuguese case, the balance between the guiding principles of public action, of a constitutional and administrative nature, and the requirement of efficiency in public administration, with a special focus on public hospitals, is defended. Some areas are identified that can constitute vectors for flexibility in management and instruments to promote greater efficiency and speed in decision-making. In fact, public administration in health is, today, one of the areas where the tension between the prevalence of *ex ante* control mechanisms, financial and otherwise, to the detriment of a logic of trust followed by *ex post* accountability. Thus, it is suggested the adoption of less complex procedures, promoting greater agility and speed with efficiency and cost gains, without producing levels of real threat in terms of competition or transparency of procedures.

Keywords: Portugal, Europe, public administration, hospitals, efficiency.

Résumé

Ce texte reprend et vise à renforcer la discussion sur les modèles alternatifs dans la gestion de la santé publique, en particulier les hôpitaux, afin d'améliorer l'efficacité et de permettre une meilleure réponse aux besoins des citoyens et aux attentes des professionnels de santé, sans compromettre d'autres principes fondamentaux de son fonctionnement. Cette discussion

est cruciale pour clarifier quelles décisions politiques peuvent être prises pour atteindre un objectif consensuel, à savoir améliorer l'efficacité de l'administration de la santé publique. Ainsi, nous suivons l'évolution du régime juridique de l'hôpital public portugais et les différents modèles qui ont cherché à surmonter ses principales contraintes identifiées depuis la fin des années 90 du siècle dernier dans le domaine des ressources humaines, dans le processus d'acquisition de biens et services, dans son organisation interne. En peu de temps, le modèle juridique d'un hôpital public a permis de surmonter certaines de ces contraintes, mais ensuite, la méfiance envers le ministère des Finances, les crises financières, la nécessité de maintenir la dette publique et de sauvegarder l'équilibre budgétaire ont conduit, en termes généraux, au retour à un modèle basé sur un paradigme bureaucratique, avec un formalisme excessif, une lenteur, Manque d'efficacité et d'efficacités. On peut alors constater qu'en Europe, cette discussion n'existe pas dans les termes qu'elle présente au Portugal, car les réformes hospitalières se concentrent sur les transformations nécessaires face aux tendances démographiques, au fardeau des maladies chroniques et à une demande croissante de soins intégrés et centrés sur la personne. Les changements en Europe interviennent également dans un contexte de finances publiques limitées, d'une pénurie de professionnels de santé et d'une focalisation sur la prévention et l'intervention précoce. Dans le cas portugais, l'équilibre entre les principes directeurs de l'action publique, de nature constitutionnelle et administrative, et l'exigence d'efficacité dans l'administration publique, avec un accent particulier sur les hôpitaux publics, est défendu. Certains domaines sont identifiés pouvant constituer des vecteurs de flexibilité dans la gestion et des instruments favorisant une plus grande efficacité et rapidité dans la prise de décision. En fait, l'administration publique en santé est aujourd'hui l'un des domaines où la tension entre la prévalence des mécanismes de contrôle *ex ante*, financiers ou autres, au détriment d'une logique de confiance suivie d'une responsabilité *ex post*. Ainsi, il est suggéré d'adopter des procédures moins complexes, favorisant une plus grande agilité et rapidité avec des gains d'efficacité et de coûts, sans produire de niveaux de menace réelle en termes de concurrence ou de transparence des procédures.

Mots-clés: Portugal, Europe, administration publique, hôpitaux publics, efficacité.

1. Introdução

Estudos apontam para que os hospitais públicos, em Portugal, sejam vítimas de ineficiências antigas: o excesso de procura não referenciada, a inexistência de incentivos aos profissionais, o pluriemprego médico, a obrigação de acolher casos difíceis, mesmo quando já haviam passado pelo setor privado. Haverá outras razões para que as ineficiências existam e se agravem: a rigidez das regras de gestão pública, a impossibilidade de se realizarem despesa sem cabimento, a obrigação da realização de concursos públicos sem grande flexibilidade negocial, a intervenção punitiva do Tribunal de Contas.

A administração pública da saúde continua moldada em um paradigma burocrático, baseada no comando e controlo por entidade hierarquicamente superior, limitando ao mínimo indispensável o espaço de intervenção da gestão técnica.

Mas o setor da saúde obriga a que as decisões sejam tempestivas, para que seja garantida a prontidão dos cuidados, num quadro de efetiva tutela do direito constitucional à proteção da saúde, com tradução na universalidade, equidade, qualidade, segurança e continuidade de cuidados do sistema de saúde.

É urgente, pois, encontrar compromissos e soluções, que muitos outros países já alcançaram, de equilibrar princípios de legalidade, transparência e responsabilidade com a eficiência e autonomia de gestão no funcionamento destas unidades públicas da saúde.

Esta discussão considera o desenvolvimento, a partir da década de oitenta do século vinte, de uma nova filosofia administrativa, que se designou como nova gestão pública (*New Public Management*). O conceito de *New Public Management* procura substituir a gestão pública tradicional por processos e técnicas de gestão empresarial e caracteriza-se pela profissionalização e autonomia da gestão, pela explicitação das medidas de desempenho, pela ênfase nos resultados e na eficiência, pela adoção de estilos de gestão empresarial. O *New Public Management* terá trazido benefícios para os serviços públicos, ajudando a racionalizar as despesas, sem perdas para os utilizadores; as organizações viram-se forçadas a adotar estratégias, clarificando a sua missão e definindo os seus objetivos; os serviços públicos tornaram-se mais responsáveis perante os seus clientes e os gestores passaram a responder de acordo com o desempenho dos seus organismos; finalmente, aumentou a flexibilidade de gestão, promovendo-se, também, a capacidade de inovação. As críticas a este modelo não deixaram de ser

colocadas: em primeiro lugar, por não estar demonstrado que a gestão empresarial é superior à gestão pública e que o papel dos cidadãos possa ser reduzido ao de consumidores. Depois, os governos alijam as responsabilidades de funcionamento dos serviços públicos e pretendem simultaneamente controlar o seu funcionamento e muitos serviços públicos são difíceis de serem medidos em termos de eficiência e de desempenho, mas também porque a nova gestão pública, além de permitir uma margem de liberdade de decisão dos gestores administrativos, também reduz o controlo pelo governo [1].

Este debate sobre as funções do Estado e sobre os modelos de administração do Estado influenciou a discussão do modelo e do regime jurídico do hospital público português. A desintervenção do Estado, nas suas diversas expressões, e a nova gestão pública foram provocando alterações nos modelos de hospitais do Serviço Nacional de Saúde. A empresarialização dos hospitais e a fuga para o direito privado foram ganhando terreno, em diversos momentos e com diferentes formatos, à conceção tradicional da administração pública da saúde.

2. Métodos

A investigação segue uma metodologia qualitativa, de natureza histórica.

Em primeiro lugar, procede a uma análise descritiva da evolução da estrutura jurídica do hospital público português, no período entre 1968 e 2023, através dos diplomas legais que o regem ao longo do tempo, bem como da literatura publicada sobre o tema.

Em segundo lugar, passa em revista a discussão sobre os modelos de hospitais públicos em países europeus, utilizando os quadros legais regulatórios na área da saúde desses países, textos do Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, bem como literatura sobre o tema.

Selecionaram-se, para o efeito, cinco países europeus: um próximo de um modelo organizacional político mais unitário e centralizado (França) e outros com matriz descentralizada e com pluralidade de poderes políticos (Alemanha, Espanha, Itália e Reino Unido). Em termos de modelos de sistemas de saúde, os mesmos países escolhidos representam a diversidade: uns mais próximos de um sistema de segurança social obrigatória (França e Alemanha) e outros países com um modelo de serviço nacional de saúde (Espanha, Itália e o Reino Unido).

Em terceiro lugar, mantendo uma abordagem quali-

tativa, de natureza jurídico-administrativa e reflexiva, analisa-se o enquadramento normativo aplicável à administração no setor da saúde em Portugal, com particular enfoque nos regimes de controlo administrativo e financeiro, designadamente o Código do Procedimento Administrativo, o Código dos Contratos Públicos, o Regime Geral da Prevenção da Corrupção e o regime de fiscalização do Tribunal de Contas, complementada pela identificação de literatura, publicações e contributos doutrinários, tendo em vista sinalizar, através dos diplomas legais que os regem, potenciais focos de tensão estrutural entre a juridicidade administrativa e as exigências de celeridade e eficácia na gestão pública da saúde.

3. A evolução do regime jurídico do hospital público português

A estrutura jurídica do hospital público português resulta de vários conjuntos legislativos, que têm a sua origem na legislação de 1968¹.

Após a Revolução de 1974, a maioria dos hospitais passou a fazer parte da administração indireta do Estado, através do Decreto-lei n.º 707/74, de 7 de dezembro, que determinou a integração dos hospitais centrais e distritais pertencentes a pessoas coletivas de utilidade pública administrativa na rede nacional hospitalar e, depois, pelo Decreto-lei n.º 618/75, de 11 de novembro, que veio tornar extensiva aos hospitais concelhios pertencentes às pessoas coletivas de utilidade pública administrativa a aplicação das disposições do primeiro diploma.

Em 1988 é publicada legislação² que permite uma maior responsabilização da administração do hospital face ao Governo que a nomeia, com o diretor do Hospital escolhido em função do seu "...reconhecido mérito, experiência e perfil adequados às respetivas funções"³, não sendo necessariamente um médico; o diretor, sendo designado pelo Ministro da Saúde, escolhe ele próprio os restantes membros do conselho de administração; o administrador-delegado é recrutado, não de entre os profissionais da carreira de administração hospitalar, mas sim "...de entre gestores de reconhecido mérito, vinculados ou não à função

pública e com currículo adequado às funções a exercer"⁴.

Abria-se, aparentemente, um novo ciclo nos modelos de gestão hospitalar, no qual a forma de designação dos titulares dos órgãos procurava traduzir a necessidade de "...estes actuarem de acordo com as directrizes essenciais de filosofia de cuidados de saúde superiormente delineadas [...], evitando conflitos e ambiguidades a que a anterior legislação não raras vezes conduzia"⁵.

Os diferentes modelos de estrutura e de gestão do hospital público, desde o Estatuto Hospitalar de 1968⁶ até ao diploma que, em 2002, revogou a Lei de Gestão Hospitalar de 1988⁷, permitem constatar uma linha de continuidade ideológica no estatuto do hospital do SNS, que se observa na aproximação a uma matriz empresarial, que demonstra flexibilidade em relação a mutações institucionais e sociais, princípio reafirmado e atualizado, até ao ano de 2002, em diferentes modelos de gestão.

Portanto, os hospitais constituíam institutos públicos sob tutela do Ministério da Saúde e gozavam de autonomia administrativa, financeira e patrimonial e a organização interna de cada hospital devia constar de regulamento, aprovado por portaria do Ministro da Saúde e deveriam ser administrados em termos de gestão empresarial.

O quadro de pessoal de cada hospital era aprovado por portaria conjunta dos ministros das Finanças e da Saúde e o regime de pessoal coincidia com o da administração pública, com as especialidades estabelecidas no Estatuto do SNS.

Porém, entre 1994 e 1999, diferentes modelos consagraram o abandono dos institutos clássicos do direito público.

Desde logo, em 1994, o Governo deu corpo normativo à figura do contrato de gestão previsto no artigo 29º do Estatuto do SNS, de 1993, tendo como objeto a gestão do Hospital Fernando da Fonseca (HFF).

Por outro lado, o Hospital de São Sebastião (HSS), em Santa Maria da Feira, foi criado em 1996⁸, mas só em 1998⁹ foi dotado com um modelo jurídico inovador. Trata-se, agora, de uma modalidade de privatização da forma de gestão, que consistia no abandono dos meios

¹ Decreto n.º 48357, de 27 de abril de 1968 (Estatuto Hospitalar) e Decreto n.º 48358, de 27 de abril de 1968 (Regulamento Geral dos Hospitais).

² Decreto-regulamentar n.º 3/88, de 22 de janeiro.

³ Nos termos do n.º 1 do art.º 7º do Decreto-regulamentar n.º 3/88.

⁴ De acordo com o n.º 1 do art.º 9º do Decreto-regulamentar n.º 3/88.

⁵ Preâmbulo do Decreto-regulamentar n.º 3/88 de 22 de janeiro.

⁶ Decreto n.º 48357, de 27 de abril.

⁷ Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, que revogou o Decreto-lei n.º 19/88, de 21 de janeiro.

⁸ Pelo Decreto-lei n.º 218/96, de 20 de novembro.

⁹ Pelo Decreto-lei n.º 151/98, de 5 de junho.

tradicionais do direito administrativo, utilizando-se instrumentos do direito privado¹⁰.

Finalmente, em 1999, a Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM)¹¹ estabeleceu um modelo inovador de organização dos serviços prestadores de cuidados primários e hospitalares. Com efeito, um único órgão - o conselho de administração - dirige o Hospital Pedro Hispano e os centros de saúde existentes no concelho de Matosinhos. Este modelo de organização dos serviços foi inovador pelo carácter integrador dos serviços que são prestados aos cidadãos, não fracionando, ao nível da gestão, os cuidados primários e hospitalares e replicou, ainda, a natureza empresarial de organismo público que, cerca de um ano antes, fora atribuído ao HSS.

Assim, entre 1994 e 1999, dois diferentes modelos consagraram o abandono dos institutos clássicos do direito público: em 1994, o Governo deu corpo normativo à figura do contrato de gestão previsto no Estatuto do SNS, de 1993, tendo como objeto a gestão privada do Hospital Fernando da Fonseca, na Amadora. Com a celebração do contrato de gestão, a entidade gestora privada assumiu-se como entidade patronal, livre, portanto, para celebrar contratos individuais de trabalho, com e sem termo, bem como a recorrer aos mecanismos de mobilidade previstos na lei para garantir a colaboração de funcionários públicos, estivessem ou não em funções na instituição. Depois, com o modelo inovador de gestão do HSS, criado em 1998, o Governo não realizou uma transferência para uma entidade privada da gestão do hospital público, como no contrato de gestão do HFF, mas antes optou pela empresarialização de um serviço público, com maior visibilidade no regime de pessoal e no regime de contratação de bens e serviços, com a utilização de normas de direito privado. Tratou-se de uma modalidade de privatização de regras de gestão, que consistiu no abandono dos meios tradicionais do direito administrativo, utilizando-se instrumentos do direito privado e, concretamente, mecanismos de tipo mercado em âmbito público [2]¹².

Estes diferentes modelos procuravam ultrapassar os principais constrangimentos do hospital público português que estavam identificados desde o final da década de noventa do século passado [3]: na área dos recursos

humanos, constatava-se a inadequação do quadro legal da função pública a um tipo de organização, como o hospital, que exige prontidão de resposta aos problemas e que tem nos recursos humanos a sua expressão qualitativa e quantitativamente mais significativa; nas aquisições, era reconhecido, também, a inadequação do regime jurídico geral ao tipo de atividade que o hospital desenvolve e às características do mercado da saúde; na administração e organização interna, era consensual a necessidade de se atribuir uma autonomia e responsabilidade superiores, com um diferente estatuto.

Dando continuidade a estes objetivos, a Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, alterou a Lei n.º 48/90 (Lei de Bases da Saúde) e revogou o Decreto-lei n.º 19/88, prevendo expressamente, no estatuto dos profissionais de saúde do SNS, o regime do contrato individual de trabalho, o financiamento do SNS através do pagamento dos atos e atividades efetivamente realizados e a criação de unidades de saúde com a natureza de sociedades anónimas de capitais públicos.

Este mesmo diploma tipifica a natureza jurídica dos hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde da seguinte forma: estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial¹³; estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial¹⁴; sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos; estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos; instituições do SNS geridas por entidades públicas ou privadas mediante contrato de gestão.

Em dezembro de 2002 foram publicados 31 decretos-lei que transformaram 31 unidades hospitalares em sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos. Estes hospitais eram regidos, para além da sua legislação própria, pelo regime jurídico do setor empresarial do Estado e pelo direito comercial; sofriam limites ao endividamento – não poderiam, em caso algum, ultrapassar os 30% do capital social e acima dos 10% careciam de autorização da assembleia geral; apresentavam diversas modalidades laborais, mas com o contrato individual de trabalho como regime regra para o novo pessoal a con-

¹⁰ Maria Manuel Leitão Marques e Vital Moreira, referindo-se aos organismos públicos empresarializados, citam “o caso exemplar do novo Hospital de S. Sebastião, da Feira, que pode de algum modo prefigurar o possível formato futuro dos estabelecimentos de saúde públicos”.

¹¹ Criada pelo Decreto-lei n.º 207/99, de 9 de junho.

¹² Um estudo publicado em 2004 permitiu concluir que “o modelo tradicional de hospital público não satisfaz o paradigma de serviço público no que respeita aos objetivos de economia, eficiência, equidade e qualidade e os modelos inovadores permitem melhorar o desempenho em alguns daqueles atributos. É legítimo também afirmar que um dos modelos inovadores – o da gestão ‘empresarializada’ do Hospital de São Sebastião - apresenta globalmente melhores resultados do que o outro modelo inovador – o da concessão de gestão do Hospital Fernando Fonseca”.

¹³ São os hospitais integrados no setor público administrativo.

¹⁴ Seriam os hospitais EPE.

tratar; na política de pessoal era dada prioridade à utilização de incentivos, pecuniários ou de outra natureza; nos órgãos sociais destacavam-se a assembleia geral, o conselho de administração e o fiscal único; o plano de atividades era traduzido em contratos-programa a celebrar com o Ministério da Saúde [1].

Ainda em 2002, foi publicado o diploma que definia os princípios e os instrumentos para o estabelecimento de parcerias público-privadas em saúde (PPP), em regime de gestão e financiamento privados, entre o Ministério da Saúde e outras entidades, dispondo que as parcerias tinham por objeto uma associação duradoura de entidades dos setores privado e social para a realização direta de prestações de saúde no âmbito do SNS. As PPP envolviam uma ou mais das atividades de conceção, construção, financiamento, conservação e exploração dos estabelecimentos integrados ou a integrar no SNS.

Foi este enquadramento legal que possibilitou a utilização do modelo PPP num centro de reabilitação, em abril de 2007 (São Brás de Alportel) e, posteriormente, nos hospitais de Cascais (2009), Braga (2011), Vila Franca de Xira (2011) e Loures (2012) [4].

A primeira avaliação das parcerias público-privadas para a construção de novos hospitais apontava já um dos seus principais riscos: “apesar do esforço de elaboração de um contrato tão completo quanto possível, é importante reconhecer que é virtualmente impossível incluir no contrato todas as eventuais contingências que podem ocorrer no futuro. Tal significa que contratos de longo prazo, como os das parcerias em saúde, terão inevitavelmente incentivos para renegociação futura, quando alguma contingência não prevista expressamente no contrato ocorrer (sendo o principal exemplo o aparecimento de uma nova tecnologia ou a necessidade de um novo tratamento)” [5]. Avaliações posteriores concluíram, de uma forma geral, por resultados positivos para os hospitais PPP, nas comparações com hospitais similares do SNS [6]. A Entidade Reguladora da Saúde publicou, em 2017, uma avaliação do desempenho das parcerias público-privadas dos hospitais de Cascais, Loures, Braga e Vila Franca de Xira, nas vertentes de eficiência relativa, eficácia, qualidade clínica e custos de regulação, em termos comparativos com outros hospitais gerais comparáveis do SNS. Os resultados deste estudo não são tão evidentes, na comparação com outras análises independentes, quanto à bondade do modelo PPP [7].

A maior liberalização do setor, o recurso a mecanismos de tipo mercado pela gestão do setor público e, finalmente, a participação do setor privado na prestação de serviços públicos, em complementaridade, veio trazer novos e complexos problemas. Esboçava-se, então, uma diferente configuração do SNS, que abandonava o primado de operador público, sujeito a um enquadramento administrativo e financeiro tradicional, em favor de uma pluralidade de modelos que desenvolviam alguma competição entre si, utilizando a gestão empresarial, ou porque eram prestadores privados, ou porque, sendo públicos, constituíam entidades empresarializadas. A criação da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), pelo Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de dezembro, foi o corolário deste novo desenho, competindo-lhe supervisionar a atividade e o funcionamento das entidades prestadoras de cuidados de saúde. A partir de 2011, as alterações ficaram ligadas à crise financeira e social em Portugal e ao Memorando de Entendimento (ME) assinado entre o governo português e três instituições internacionais. A secção do ME dedicada aos serviços hospitalares foi aquela que estabeleceu as medidas mais exigentes, em especial a redução dos custos operacionais dos hospitais e a reorganização e racionalização da rede hospitalar.

Em 2019, foi aprovada uma nova Lei de Bases da Saúde e, em 2022, foi publicado um novo Estatuto do SNS e aprovada a criação de uma Direção Executiva do SNS, conferida mais autonomia aos agrupamentos de centros de saúde, hospitais e unidades locais de saúde e criado o regime da dedicação plena para os médicos. Em 2023¹⁵ procedeu-se à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde, integrando todos os hospitais¹⁶ e ACES, tendo em vista a prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares.

Em suma, em períodos curtos o modelo jurídico de hospital público permitiu ultrapassar alguns dos seus principais constrangimentos, quando em 1998 foi criado um novo modelo no HSS e, em 2002, os modelos de hospitais EPE e SA. Depois a desconfiança dos responsáveis do Ministério das Finanças, as crises financeiras, a necessidade de sustentar a dívida pública e salvaguardar o equilíbrio orçamental provocaram o regresso, em linhas gerais, a um modelo assente em um paradigma burocrático, com uma estrutura hierárquica, verticalizada, formal e rígida, com excesso de formalismo, lentidão,

¹⁵ Pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro.

¹⁶ À exceção dos três IPO.

falta de eficiência e de eficácia, com prejuízos para o interesse público e vida dos cidadãos [8].

Por isso, o debate político das últimas décadas sobre a eficiência da gestão pública ou privada releva da ficção de que os meios e os contextos são idênticos. Não são. Naturalmente que tratamos apenas da eficiência e não do acesso, da equidade, da qualidade dos cuidados, da referência ou de qualquer um dos atributos constitucionais do SNS. Ou seja, ou se altera o contexto normativo de que depende hoje o funcionamento do hospital público ou ele está condenado a ser ineficiente.

4. O que se passa na Europa

Hoje, na Europa, praticamente não existe uma discussão sobre os modelos jurídicos dos hospitais públicos. De facto, as reformas hospitalares centram-se na transformação estratégica em resposta às tendências demográficas, nomeadamente o envelhecimento populacional, juntamente com o aumento do peso das doenças crónicas e uma procura crescente por cuidados integrados e centrados na pessoa. Estas mudanças estão a ocorrer num contexto de finanças públicas limitadas, escassez de profissionais de saúde e enfoque na prevenção e na intervenção precoce.

De facto, na Europa, as reformas dos modelos jurídicos dos hospitais públicos ocorreram, em especial, na década de noventa do século passado, com a melhoria da eficiência como principal motivação. Estas reformas procuraram modelos de governação com maior autonomia institucional e maior integração entre diferentes tipos de serviços.

Nos países em que a propriedade pública dos hospitais continua a ser o modelo predominante, os formatos variam quanto ao grau de autonomia que lhes é concedido.

O modelo jurídico de hospital público segue, em linhas gerais, em cada país, o modelo de sistema de saúde e a forma de organização do Estado [9]. E na Europa, identificam-se países próximos de um modelo de organização política mais unitária e centralizada (França e Portugal) e outros de matriz mais desconcentrada com uma pluralidade de poderes políticos e de ordenamentos constitucionais (Alemanha, Espanha, Itália e Reino Unido). Quanto aos modelos de sistemas de saúde, também se identificam países mais próximos de um sistema de seguro social obrigatório “bismarckiano” (França e Alemanha) e outros países com um modelo “beveridgiano” assente em serviços nacionais de saúde (Espanha, Itália e Reino Unido).

Passemos em revista alguns destes países.

A Alemanha [10] é uma república parlamentar federal composta por 16 Estados, cada um com uma Constituição concordante com os princípios gerais da Constituição nacional. O conceito de descentralização não traduz, em rigor, a realidade do federalismo alemão. Os extensos poderes exercidos pelos Estados podem parecer um exemplo de devolução, mas esses poderes nunca foram transferidos do Governo federal para os Estados que, como entidades jurídicas e territoriais antecedem – e, de facto, fundaram – a República Federal da Alemanha. Em vez disso, ocorreu o oposto da devolução: cada Estado transferiu certos direitos e responsabilidades para o Governo Federal e, ao mesmo tempo, reteve outros.

A Alemanha foi o primeiro país a introduzir um sistema de seguro social e de saúde, em 1883. No cerne do sistema *bismarckiano* estão os princípios da adesão obrigatória e das contribuições não relacionadas com o risco individual.

Na linha do modelo político do Estado, a governação do sistema de saúde é descentralizada e dividida entre o nível federal e estadual, bem como os órgãos de autogoverno. Embora o nível federal defina o quadro legal geral, os governos estaduais são responsáveis pelo planeamento hospitalar e pelos serviços públicos de saúde. No entanto, a maior parte do poder de decisão dentro do sistema é delegada em “organizações da sociedade civil legitimadas”, como as associações de seguros sociais e os prestadores de cuidados, que se reúnem no Comité Conjunto Federal para definir a regulamentação do setor.

Os hospitais são representados no sistema de autogovernança conjunta através de organizações de direito privado. A organização mais importante é a Federação Alemã de Hospitais (*Deutsche Krankenhausgesellschaft*), que representa os interesses dos hospitais em relação a outros intervenientes e ao governo federal [11].

Em Espanha [12], a Constituição de 1978 estabeleceu uma nova organização política, passando de um país altamente centralizado para uma organização quase federal, na qual as 17 Comunidades Autónomas (CA) desempenham um papel essencial no planeamento, financiamento e prestação de serviços de saúde, educação e proteção social. Na última década, o processo de descentralização foi consolidado e as CA dispõem de maior capacidade de regulação, planeamento e, sobretudo, autonomia financeira. Mas, com as restrições à capacidade de gastos das CA, os recursos financeiros para a saúde foram sendo controlados pelo Ministério

das Finanças e as decisões políticas mais importantes passaram a ser tomadas pelo Ministério da Saúde, sem a participação do Conselho Interterritorial do sistema nacional de saúde.

Nos hospitais, coexistem pelo menos cinco modelos: a) hospitais públicos pertencentes e geridos diretamente pelo sistema público, vinculados pelo quadro legal da administração pública, cujos profissionais são funcionários públicos assalariados; b) hospitais públicos autogeridos pertencentes ao sistema público, mas baseados na estrutura legal de uma fundação ou de uma empresa pública. Este modelo permite que os profissionais sejam contratados de acordo com quadros legais privados; c) hospitais geridos no âmbito de uma parceria público-privada, sendo que a autoridade de saúde paga um prémio ajustado *per capita* para que a empresa assuma a prestação de cuidados de saúde (ou seja, todos os serviços incluídos no pacote de benefícios) para a população que vive numa área de saúde. Esta iniciativa tem sido limitada a algumas CA, sendo Valência e Madrid os exemplos mais conhecidos; d) hospitais privados pertencentes a empresas privadas, mútuas de trabalhadores ou instituições de caridade religiosas com uma relação contratual estável e que sejam complementares à prestação pública. Este caso é observado na CA da Catalunha, como parte da rede hospitalar; e) hospitais e clínicas privadas que prestam serviços específicos ao sistema público e que normalmente funcionam como uma rede suplementar abrangendo meios complementares de diagnóstico, cirurgia eletiva no contexto de programas de redução de listas de espera, cuidados paliativos, cuidados de longa duração e cuidados de saúde mental não agudos [13].

Em França [14], a organização política do território é descentralizada, caracterizando-se por três níveis administrativos – municípios, departamentos e regiões. Todos os níveis têm assembleias eleitas pela população da respetiva área geográfica e autonomia nas áreas de responsabilidade e o Estado define as competências atribuídas a cada nível. Os municípios são governados por concelhos municipais. Os departamentos são o segundo nível administrativo, com assembleias locais presididas pela autoridade do Estado na área de jurisdição, e assumem responsabilidades nos setores da saúde e segurança social e no financiamento e prestação do ensino básico. Os departamentos agrupam-se em 13 regiões, também com uma assembleia eleita. Mas, o processo da descentralização em França caracteriza-se por uma resposta relutante em reduzir o controlo central sobre a definição de políticas e de financiamento,

resultando sobretudo em formas de desconcentração.

O sistema de saúde francês baseia-se nos seguros sociais, financiados por contribuições de empregadores e empregados. Em França, existe um efeito moderado de *gate-keeping*, sendo a prestação de cuidados em ambulatório efetuada por entidades privadas, individuais ou coletivas, enquanto os cuidados hospitalares são maioritariamente prestados por entidades públicas [15].

O sistema é centrado no hospital, que tem ampla autonomia, com os prestadores públicos e privados a competir por doentes que têm liberdade de escolha. Todos os hospitais necessitam de uma autorização, emitida pela respetiva agência regional de saúde, para fornecer diferentes tipos de cuidados.

Cerca de 13% dos 1354 hospitais públicos são hospitais regionais (*centres hospitaliers régionaux*), responsáveis por fornecer os cuidados mais especializados à população da sua região. Mais de 90% dos hospitais regionais tinham contratos com universidades como hospitais universitários (*centres hospitaliers universitaires*). Cerca de 70% dos outros hospitais públicos são hospitais gerais (*centres hospitaliers*), prestando maioritariamente cuidados agudos. Uma minoria dos hospitais públicos são hospitais psiquiátricos (*centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie*) (7%) ou especializados noutras áreas (10%), principalmente em cuidados de longa duração.

Em Itália [16], a Constituição organiza o território em 20 regiões, que diferem em dimensão, população e níveis de desenvolvimento económico. Cada região é governada por um Executivo e um Conselho Regional, eleitos democraticamente. As regiões têm poder legislativo exclusivo em relação a qualquer assunto não expressamente reservado pela legislação nacional. No entanto, a sua autonomia financeira é bastante modesta. A gradual devolução do poder político durante a década de 1990 correu paralelamente à reforma tributária aprovada em 2000, que (em teoria) concedeu às regiões significativa autonomia sobre a receita do orçamento regional e total autonomia sobre a alocação de recursos. A reforma de 1978, que criou o SNS, introduziu a cobertura universal de cuidados de saúde [17]. O novo sistema de saúde foi parcialmente descentralizado, com níveis de administração nacional, regional e local. O governo central é responsável pela definição dos critérios de distribuição de recursos pelas regiões e pelo planeamento. As autoridades regionais de saúde são responsáveis pelo planeamento local de acordo com os objetivos de saúde a nível nacional, pela organização e gestão dos serviços de saúde e pela alocação de recursos para as unidades de saúde locais.

As competências das regiões foram ampliadas com as reformas de 1999 e 2001 e os hospitais puderam tornar-se independentes das autoridades locais de saúde, enquanto empresas hospitalares, com o seu próprio conselho de administração.

Assim, os serviços hospitalares e ambulatoriais especializados podem ser prestados pelas autoridades locais de saúde através de hospitais geridos diretamente, empresas hospitalares ou prestadores privados acreditados. A maioria dos grandes e/ou hospitais públicos especializados adotou o estatuto de empresas hospitalares.

No Reino Unido [18], as quatro nações que o integram estão representadas no parlamento britânico, mas dispõem de governos próprios. No Reino Unido foi criado, em 1948, o *National Health Service* (NHS) e, em 1990, foi aprovado o *National Health Service and Community Care Act*, que separou a compra e a prestação de serviços de saúde, de modo a aumentar a eficiência e a qualidade dos serviços, com base nos princípios de mercado competitivo. Em 1997, a reorganização dos serviços de saúde no Reino Unido, com a devolução do poder político do parlamento britânico para as administrações nacionais na Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte, levou a sistemas de saúde cada vez mais díspares. A devolução significa que a Escócia, o País de Gales e a Irlanda do Norte podem determinar os seus próprios planos, embora a responsabilidade financeira pela coleta de receitas tenha permanecido no domínio do governo central do Reino Unido.

Assim, o NHS de cada país opera num contexto histórico e político distinto e diferentes modelos de governação da saúde foram criados após a descentralização.

Os cuidados hospitalares são prestados em todo o Reino Unido pelo NHS ou por hospitais do setor privado. Em Inglaterra e Irlanda do Norte, os hospitais pertencentes ao NHS são empresas públicas (*trusts*), entidades independentes geridas localmente, mas na Escócia não existem *trusts* desde 2004; em vez disso, os conselhos de saúde planeiam e supervisionam os hospitais, enquanto as divisões operacionais tratam da sua gestão diária [19]. Em suma: na Europa, em geral, os hospitais públicos adquiriram um estatuto semiautónomo por decisão governamental, nacional ou de carácter regional. A variedade de modelos é considerável, desde as empresas públicas às fundações públicas, conferindo maior autonomia de decisão, do que aquela de que dispunham enquanto instituições públicas administradas diretamente. Hospitais com maior autonomia são vistos como mais flexíveis para dar resposta às necessidades da população e com profissionais mais eficientes e satisfeitos. Por ou-

tro lado, descentralizar a governação hospitalar torna coerente o processo político que promove a descentralização e é visto como uma forma de permitir uma resposta mais efetiva às comunidades regionais ou locais com diferentes padrões de doença. Representa, ainda, um meio de transferir do governo central para níveis regionais ou locais, a responsabilidade pelo financiamento.

5. Uma administração pública da saúde mais ágil

Assumindo-se o necessário equilíbrio entre os princípios norteadores da ação pública, de matriz constitucional e administrativa e a exigência de eficiência crescente na administração pública [20], com especial enfoque no setor público da saúde em Portugal, identificam-se algumas áreas merecedoras de reflexão por poderem constituir vetores de flexibilização da gestão, ou regimes e instrumentos de promoção de maior eficiência e de rapidez na tomada de decisão.

Com efeito, a administração pública na saúde constitui um dos domínios, onde se manifesta a tensão entre a juridicidade administrativa, marcada por uma forte procedimentalização, com a prevalência de mecanismos de controlo *ex ante*, financeiro e não só, (autorizações, pareceres vinculativos, fiscalização prévia do Tribunal de Contas), representativos do seu cariz marcadamente preventivo, em detrimento de uma lógica de confiança seguida de responsabilização *ex post* e a necessidade de maior eficiência [21].

O setor da saúde convoca diariamente a tempestividade e adequação das decisões públicas, para que seja garantida a universalidade e equidade no acesso efetivo, a continuidade assistencial, com prestação de cuidados de saúde em tempo, com qualidade e em segurança, e a sustentabilidade do sistema de saúde, ou, dito de outro modo, para que seja assegurada a tutela do direito constitucional à proteção da saúde (artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa) e cuja efetivação impõe ao Estado deveres positivos de organização, financiamento e regulação do sistema de saúde [22].

Trata-se, pois, de um setor revestido de especial acuidade, que agudiza a necessidade de equilíbrio entre os princípios da legalidade, proporcionalidade, imparcialidade e da prossecução do interesse público [23] com o direito fundamental à proteção da saúde.

Realça-se que a densificação dos princípios constitucionais, oferecida pelo Código do Procedimento Administrativo (CPA), introduz expressamente os princípios da

boa administração, da eficiência, da celeridade, da decisão em prazo razoável, e da administração participada [24], os quais assumem particular relevância no setor da saúde, onde atrasos procedimentais podem determinar a deterioração dos níveis assistenciais, bem como traduzir-se em prejuízos diretos para a vida, saúde e integridade física dos utentes.

Assenta-se, assim, na evidência de que a eficiência na gestão administrativa, designadamente ao nível da gestão em saúde, não constitui um valor extrajurídico ou de natureza meramente económica, decorrendo antes a sua exigência do próprio princípio jurídico da boa administração, que lhe confere respaldo legal.

Neste contexto, parece ser possível suscitar uma reflexão [25] sobre algumas áreas passíveis de revisitação acompanhada de uma progressiva simplificação e agilização administrativas, sem abdicar naturalmente do cumprimento dos princípios estruturantes da Administração Pública e da salvaguarda das garantias fundamentais do Estado de direito.

Falamos de uma reinterpretação à luz de uma boa administração, no contexto da elevada complexidade atual do sistema de saúde português [26], em que, sopesados os interesses em jogo, seja defensável uma maior aproximação do centro de decisão à realidade local, com reforço da autonomia efetiva de gestão, por referência à autonomia formal já contemplada, com maior ou menor expressão, nos diversos diplomas legais que se foram sucedendo no tempo, e à luz dos diferentes modelos adotados em alternativa ao regime administrativo clássico. São exemplos do que se refere as sociedades anónimas, as parcerias público-privadas, as entidades públicas empresariais, que, em comum, se propuserem a introduzir modelos híbridos de gestão, integrando instrumentos de gestão privada num quadro de prestação pública de cuidados de saúde.

Note-se que a experiência pandémica funcionou como um *stress test*, tendo demonstrado que a redução temporária do formalismo procedimental, com flexibilização e simplificação de alguns modelos jurídico-administrativos, não comprometeu os princípios estruturantes do Estado de direito.

Não podemos ignorar que as tensões contemporâneas lançam desafios que compelem à consideração de uma gestão dotada de maior flexibilidade e autonomia efetiva, a uma maior capacidade de ponderação autónoma e orientação para resultados, acompanhada do reforço do controlo sucessivo, *accountability* por resultados, indica-

dores de *performance* e responsabilização.

A redução dos momentos de controlo formal prévio, sem prejuízo do respeito pela legalidade e pela sujeição ao direito, pode contribuir para diminuir o risco de perda de oportunidades, bem como evitar impactos negativos nos resultados esperados e na capacidade de resposta dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.

Neste equilíbrio entre a transparência e a eficiência, e passando desde já a sinalizar alguns fatores de potencial entropia, poder-se-á começar por referir o Regime Geral da Prevenção da Corrupção (RGPC)¹⁷ e o Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC), e que assumindo como objetivo central da boa administração e da integridade pública a prevenção da corrupção, introduziu para um vasto conjunto de entidades públicas e privadas que exercem funções públicas ou gerem fundos públicos, diversos instrumentos de *compliance* obrigatórios. Estes instrumentos incluem a elaboração de planos de prevenção de riscos de corrupção, de códigos de conduta, de canais de denúncia, de programas de formação e controlo interno, bem como de mecanismos de identificação e de gestão de conflitos de interesses, que passam pela adoção de um modelo obrigatório de prevenção destes conflitos assente na exigência de declarações de inexistência de conflito de interesses em diferentes procedimentos decisórios, mesmo quando não existem indícios concretos da sua existência.

Ora, ainda que esta exigência assuma os propósitos claros de reforço da transparência e prevenção de situações de captura da decisão administrativa, considerando a disciplina jurídica vigente no que concretamente respeita a impedimentos, escusas e suspeições (designadamente a constante dos artigos 69.º a 76.º do CPA)¹⁸, constata-se que a grande alteração introduzida por este documento foi a da deslocação do foco do conflito real para a inclusão de uma abordagem preventiva geral o que, na prática administrativa quotidiana, aparenta ser um bom exemplo de densificação procedimental.

Importa, pois, avaliar se este modelo melhora a identificação dos riscos reais, quando uma linha de desburocratização tenderia a privilegiar a necessidade de sinalização dos casos de conflito efetivo e potencial, acompanhado de mecanismos de controlo e responsabilização proporcionais.

Por seu turno, o Código dos Contratos Públicos (CCP) [27] constitui o instrumento regulador fundamental da contratação pública em Portugal, enquanto processo de

¹⁷ Criado pelo Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro.

¹⁸ De notar que em matéria de conflito de interesses na Administração Pública regulam também outros diplomas, como por ex. a Lei n.º 52/2019, de 31 de julho, que aprova o regime do exercício de funções por titulares de cargos políticos e altos cargos públicos, o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) e o Estatuto do Gestor Público.

codificação da disciplina aplicável à contratação pública e do regime substantivo dos contratos administrativos.

Transpondo para o ordenamento jurídico nacional as diretivas europeias em matéria de contratação pública, estabelece um conjunto de procedimentos destinados a garantir a utilização eficiente e transparente dos recursos públicos¹⁹.

No fundo, procura assegurar a existência de evidência (comprovada) de que se “compra o melhor” (muitas vezes o possível), e da melhor forma (transparente).

Contudo, no setor da saúde, a aplicação uniforme dos modelos procedimentais previstos no CCP pode suscitar desafios específicos decorrentes das características particulares em certos segmentos do mercado (como sejam, no domínio dos medicamentos, dos dispositivos médicos e determinados equipamentos clínicos especializados), em que os preços se encontram frequentemente sujeitos a regimes de regulação administrativa, a mecanismos de fixação centralizada ou a níveis elevados de estabilização resultantes da estrutura do mercados. Em muitos casos, verifica-se igualmente a existência de um número reduzido de operadores económicos, associado a elevados custos de entrada, forte especialização tecnológica ou regimes de exclusividade associados a patentes.

Nestes contextos, a adoção de procedimentos menos complexos, promotores de maior agilização e rapidez na aquisição, poderia introduzir ganhos de eficiência e de custos, sem produzir níveis de ameaça real em termos de concorrência ou de eficiência económica.

Esta reflexão conduz à consideração da adequação do modelo procedimental ao funcionamento concreto destes mercados, admitindo a possibilidade de recorrer, em determinadas circunstâncias, a instrumentos de contratação pública mais ajustados às suas especificidades, como sejam acordos-quadro, com a agregação de necessidades e a estabilização de condições contratuais ao longo do tempo, ou com a introdução de sistemas dinâmicos de aquisição, particularmente adequados a mercados com evolução tecnológica rápida, ou ainda a simplificação de alguns ajustes diretos por listas de fornecedores.

Os acordos endoprocedimentais, ainda que sejam pouco utilizados, previstos no artigo 57.º do CPA, poderiam constituir um instrumento útil para aumentar a eficiência do procedimento administrativo em fases

preparatórias da contratação pública, sobretudo relevante em mercados pautados por elevada complexidade tecnológica, como sucede frequentemente no setor da saúde, ao permitir à Administração e aos interessados clarificar previamente aspetos técnicos relevantes do procedimento²⁰.

Neste sentido, a reflexão ora lançada, reconduz-se a ponderar o adequado equilíbrio entre a salvaguarda dos princípios fundamentais do direito da contratação pública, e a necessidade de evitar formalismos procedimentais desproporcionados nos segmentos com concorrência efetiva estruturalmente limitada.

Outro exemplo paradigmático de controlo preventivo no sistema administrativo português é o visto prévio do Tribunal de Contas [28], previsto na Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas [24].

Consiste na verificação prévia da legalidade financeira de determinados atos e contratos, designadamente nos contratos de elevado valor ou com maior impacto financeiro, e cuja finalidade é a de assegurar a legalidade da despesa pública e prevenir irregularidades financeiras.

Importa referir que os limiares de sujeição a visto são fixados periodicamente, nomeadamente através da Lei do Orçamento do Estado (LOE), o que significa que apenas contratos acima de determinado montante estão sujeitos a esta fiscalização prévia, constituindo este um elemento flexibilizador.

Porém, ante a possibilidade desta fiscalização prévia poder constituir um fator de atraso na execução da despesa pública (especialmente relevante em setores com elevada urgência operacional ou contratos cadenciados, como o setor da saúde, com prolongamento do tempo necessário à contratação de equipamentos ou serviços, perda de oportunidade e agravamento da incerteza quanto à produção de efeitos dos contratos), ganha corpo a possibilidade de reforço de mecanismos alternativos de controlo.

Alternativas estas que, tendo por base a maior autonomia de gestão antes defendida, assegurem o reforço das componentes de fiscalização sucessiva e auditorias e, eventualmente – ainda que este constitua um fator inovador face ao regime atualmente vigente -, a criação de mecanismos de consulta prévia e de acompanhamento preventivo não vinculativo por parte do Tribunal de Contas, o que conferiria uma maior garantia de legalidade à gestão, ainda que voluntária e facultativa.

¹⁹ Assumem-se, aqui, como propósitos estruturantes a promoção da concorrência entre os operadores económicos, assente em valores como a igualdade de tratamento e não discriminação, promovendo a transparência das aquisições públicas e publicitação dos procedimentos, valores que se aqui se perfilham para a racionalização da atividade contratual da Administração.

²⁰ Podem funcionar como instrumento complementar e, em certos casos, como alternativa prática à utilização de sistemas dinâmicos de aquisição previstos nos artigos 237.º e seguintes do CCP, sobretudo quando os mercados relevantes apresentam reduzido número de operadores ou preços regulados, ao permitir uma clarificação antecipada das especificações técnicas do procedimento, adequando-o às especificidades do setor e conciliando os princípios da concorrência e da transparência com a eficiência e racionalidade.

Tais soluções permitiriam preservar a segurança jurídica e financeira das decisões públicas, ao mesmo tempo que agilizariam a eficácia dos contratos atualmente sujeitos a fiscalização prévia.

Na componente das autorizações prévias em rede que espelham uma tendencial fragmentação decisória e, especificamente, no que respeita à execução orçamental das entidades do SNS, poder-se-á referir a tendencial sujeição a um conjunto complexo de autorizações administrativas, envolvendo diferentes níveis institucionais, como são exemplo os Planos de Desenvolvimento Organizacional (PDO), que, não obstante assumirem horizontes tendencialmente trianuais, a sua execução depende de autorização anual por parte dos Ministérios da Saúde e das Finanças [29].

Outro exemplo prende-se com o regime de assunção de encargos plurianuais, cujo enquadramento, decorrente das regras de execução orçamental da Lei de Enquadramento Orçamental e densificado pelo regime de controlo de compromissos²¹, tende a sujeitar a autorização prévia, e a envolver sucessivas validações institucionais por diversas entidades técnicas como a ACSS e as, antigas, Direção-Geral do Orçamento e Direção-Geral do Tesouro e Finanças²².

A realização de despesa depende da declaração de fundos disponíveis, prevista na legislação de controlo financeiro público, e da qual depende igualmente a concessão de visto prévio do Tribunal de Contas [30].

Ora, a existência de cadeias de dependências pode introduzir maior entropia nos procedimentos aquisitivos, dilatando a realização dos investimentos, com impacto no cumprimento dos prazos de pagamento a fornecedores e impondo desafios na gestão dos ciclos de investimento, uma vez que muitas das aquisições e investimentos deveriam ocorrer no início do ano civil para assegurar uma execução tempestiva do orçamento.

E se, por um lado, a emissão de autorizações prévias confere maior “conforto” decisório, podem, por outro lado, gerar fenómenos de difusão da responsabilidade, condicionar a capacidade de gestão efetiva ao nível das unidades prestadoras de cuidados de saúde e induzir à adoção de comportamentos condicionados pelas circunstâncias, designadamente a opção, muitas vezes inevitável, por procedimentos aquisitivos urgentes, através de procedimentos de ajuste direto, ante a necessidade de assegurar a continuidade da atividade assistencial.

Esta solução não contribui, contudo, necessariamente

para a promoção da concorrência, podendo além disso produzir alguns efeitos laterais previsíveis, nomeadamente quando os atrasos na autorização de despesa ou nos pagamentos a fornecedores geram incerteza no mercado, potenciando uma tendência de aumento de preços em procedimentos concursais futuros.

Um outro elemento relevante no quadro da eficiência administrativa prende-se com a gestão dos recursos humanos, cuja políticas deverão tender a privilegiar a autonomia crescente das organizações de saúde para a mobilização e gestão dos profissionais necessários ao cumprimento da sua missão [31].

Matérias como a formação, a atratividade das carreiras, a estabilidade das equipas e a capacidade de adaptação das organizações para ajustar os seus modelos de contratação e retenção às necessidades assistenciais concretas assumem um papel crítico no funcionamento das organizações e têm sido objeto de diferentes abordagens à luz dos diversos regimes e modelos de gestão em saúde adotados ao longo do tempo.

Veja-se, por exemplo, como já ficou dito, que nos modelos de gestão hospitalar criados no início deste século, diversos hospitais públicos foram transformados em sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos²³, modelo este que viria posteriormente a ser substituído pelo regime das entidades públicas empresariais (EPE)²⁴. Os trabalhadores contratados ao abrigo deste modelo organizativo passaram, em regra, a estar sujeitos ao regime do contrato individual de trabalho, sem prejuízo da manutenção dos vínculos de emprego público preexistentes, podendo ainda as entidades celebrar convenções coletivas e desenvolver políticas próprias de gestão de recursos humanos. Acresce que os estatutos destas sociedades atribuíram aos conselhos de administração competências relevantes em matérias de gestão de recursos humanos, designadamente no que concerne à política de pessoal, organização das equipas e modelos de trabalho, contratação de profissionais necessários à atividade assistencial, definição de instrumentos de gestão, concessão de incentivos associados ao desempenho e sistemas de avaliação de desempenho ligados aos objetivos assistenciais. O propósito seria orientar para um modelo de gestão, dotado de maior autonomia, assente em indicadores de avaliação de desempenho dos serviços e do nível de satisfação dos utentes, sob compromissos de eficiência, balizado, naturalmente, pelo enquadramento orçamental público,

²¹ Estabelecido no Decreto-Lei n.º 127/2012, de 21 de junho, na sua atual redação.

²² Ambas extintas no âmbito da reforma orgânica do Ministério das Finanças realizada em 2025.

²³ Através de diplomas específicos publicados em 2002.

²⁴ Instituído pelo Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro.

sob tutela ministerial, obedecendo às regras de contratação pública e pelos objetivos definidos pelo Estado. No regime atualmente vigente [32], o Estatuto do SNS²⁵, mantém algumas destas soluções ao prever, nomeadamente, que as entidades públicas empresariais do SNS possam celebrar contratos de trabalho ao abrigo do Código do Trabalho e ao admitir, em situações excecionais e devidamente fundamentadas, a negociação da posição remuneratória inicial de profissionais diretamente envolvidos na prestação de cuidados de saúde, sujeita à autorização do membro do Governo responsável pela área da saúde²⁶.

Do mesmo modo, observamos a existência de modelos baseados em incentivos (institucionais e financeiros), com componentes remuneratórias próprias e associados ao desempenho assistencial, tais como as experiências organizacionais das Unidades de Saúde Familiar (USF), em particular das USF modelo B²⁷ e dos Centros de Responsabilidade Integrados (CRI)²⁸.

No primeiro caso, destaca-se a atribuição de incentivos institucionais e financeiros aos profissionais que integram equipas com compromissos assistenciais preestabelecidos, sendo avaliados através de indicadores de desempenho. No segundo, evidencia-se sobretudo a lógica de gestão clínica descentralizada associada a uma responsabilização por resultados. Estas estruturas estão integradas na entidade hospitalar, mas assentam numa lógica de responsabilização direta das equipas pelos resultados da atividade desenvolvida, com base em compromissos assistenciais definidos através de contratos-programa internos celebrados com o conselho de administração da instituição²⁹.

Estes regimes específicos existentes no seio do SNS, tendencialmente criados para responder a necessidades localizadas e assentes num modelo de gestão por objetivos de produção assistencial e dotado de maior autonomia, espelham a possibilidade de conciliação dos princípios da transparência, legalidade e objetividade nos processos de recrutamento (expressamente consagrados no Estatuto do SNS), de controlo público orçamental e estabilização das metas e objetivos com o reforço da capacidade das entidades gestoras para ajustar os seus instrumentos de gestão de recursos humanos às necessidades concretas de prestação de cuidados das suas unidades de saúde.

Em suma, a análise desenvolvida pretendeu identificar alguns dos potenciais indutores de entropia à maior eficácia e agilidade administrativa, concretamente na gestão pública da saúde, em Portugal, e que emergem de um enquadramento jurídico-administrativo e de uma arquitetura que continua fortemente marcada por uma lógica de controlo burocrático, baseada numa desconfiança institucional, evidenciada na proliferação de controlos prévios e na sujeição a uma rede de autorizações que dilatam os momentos de tomada de decisão. Neste contexto aponta-se para um reforço de uma responsável descentralização decisória e procedimental como caminho para a promoção da eficiência e eficácia nos processos respetivos com o cortejo de vantagens que daí resultariam.

Identificam-se, por conseguinte, alguns instrumentos essenciais à legalidade, transparência e integridade da gestão pública, que devendo ser preservados, merecem revisitação no sentido de reforçar a autonomia decisória, desde que acompanhada por mecanismos robustos de responsabilização, incluindo indicadores de desempenho, monitorização eficaz, controlo de gestão e consequências institucionais claras. O aumento da autonomia não deve implicar uma redução no controlo público, mas antes ser acompanhada de maior responsabilização por resultados, propondo-se a adaptação desses instrumentos às especificidades do setor da saúde, com redução de formalismos excessivos e ganhos de agilidade, de modo a garantir, em tempo oportuno, os recursos necessários à prestação de cuidados de saúde em tempo e com qualidade.

Em síntese, a eficiência administrativa no setor da saúde não se resume a uma questão de gestão pública, assumindo-se como um elemento estruturante da própria efetividade do direito à proteção da saúde.

6. Conclusões

O debate sobre a eficiência das unidades públicas de saúde, em particular dos hospitais, não conduziu a resultados estruturais que permitiram ultrapassar os problemas identificados. Em períodos curtos, e parcelarmente, isso aconteceu, quando, em 1998, foi criado um novo modelo no Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira e, em 2002, desenhados os modelos de

²⁵ Aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto (Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro — reorganização das Unidades Locais de Saúde).

²⁶ cfr. artigo 17.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

²⁷ Cujo regime remuneratório e de incentivos se encontra regulado no Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho.

²⁸ O Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de agosto, estabelece o regime jurídico dos Centros de Responsabilidade Integrados, criando um modelo organizativo destinado a introduzir maior autonomia clínica e responsabilização por resultados nas unidades hospitalares.

²⁹ Estes instrumentos de contratualização estabelecem objetivos concretos em matéria de produção assistencial, qualidade clínica, eficiência na utilização de recursos e desempenho global da unidade, sendo possível associar incentivos ao desempenho das equipas, em função do grau de cumprimento das metas contratualizadas.

hospitais EPE e SA. Depois, a desconfiança interna nos governos e os receios de crises financeiras provocaram o regresso a um modelo assente num paradigma burocrático, com excesso de formalismo, falta de eficiência e de eficácia, com prejuízos para o interesse público e a vida dos cidadãos.

Verifica-se que a situação em Portugal não encontra paralelo na quase totalidade dos países da Europa, nos quais os hospitais públicos adquiriram um estatuto de empresas públicas ou de fundações públicas, com forte autonomia de decisão.

A situação em Portugal resulta de um enquadramento jurídico-administrativo e de uma arquitetura que continua fortemente marcada por uma lógica de controlo preventivo, evidenciada na proliferação de controlos prévios e na sujeição a uma rede de autorizações que dilatam os momentos de tomada de decisão.

Assim, aponta-se para um reforço de uma descentralização decisória e procedimental como caminho para a promoção da eficiência e eficácia nos processos respetivos. A ampliação da autonomia não se traduziria numa diminuição do controlo público, mas num reforço da responsabilização por resultados, com a adequação dos instrumentos de controlo às especificidades do setor da saúde, reduzindo formalismos desproporcionados e perdas de oportunidade, em prol de uma administração mais ágil, orientada para resultados, de modo a assegurar, em tempo útil, os recursos humanos, técnicos e materiais necessários à prestação de cuidados de saúde com qualidade e segurança, ao serviço da efetiva tutela do direito constitucional à proteção da saúde.

Em síntese, por um lado, a eficiência administrativa no setor da saúde não se resume a uma questão de gestão pública, assumindo-se como um elemento estruturante da própria efetividade do direito à proteção da saúde e, por outro lado, ou se altera o contexto normativo de que depende hoje o funcionamento do hospital público, ou ele está condenado a ser ineficiente.

7. Declaração de conflitos de interesse

Os autores declaram que não existem conflitos de interesse relacionados com o presente artigo.

8. Bibliografia

1. Simões J. Retrato Político da Saúde. Dependência de percurso e inovação em Saúde: da ideologia ao desempenho. Coimbra: Almedina; 2004.
2. Vital M. Administração Autónoma e Associações Públicas. Coimbra: Coimbra Editora; 1997.

3. Conselho de Reflexão sobre a Saúde. Recomendações para uma reforma estrutural. Lisboa: Ministério da Saúde; 1998.
4. Simões J. O Percurso das Políticas de Saúde em Portugal. Em: Simões J, coordenação. 50 Anos Depois – As Políticas Sociais em Portugal. Coimbra: Almedina, 2024. p. 305-340.
5. Simões J. (coord.) Análise e parecer sobre o processo de criação e desenvolvimento das parcerias para a construção de hospitais em regime de financiamento privado e avaliação comparada do desempenho do Centro de Reabilitação do Sul, em São Brás de Alportel. Lisboa: Ministério da Saúde; 2009.
6. Gouveia, M. Saúde e Hospitais Privados em Portugal. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2022.
7. Entidade Reguladora da Saúde. Pareceres sobre o desempenho dos hospitais PPP. Porto; 2017.
8. Simões J, Jardim S. O Governo Prisioneiro. Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa. 2023; 22: 69-83.
9. Simões J, Magalhães JPM, Biscaia A, da Luz Pereira A, Augusto GF, Fronteira I. Organisation of the State, model of health system and COVID-19 health outcomes in six European countries, during the first months of the COVID-19 epidemic in 2020. *Int J Health Plann Manage*. 2021; 36(5): 1874-1886.
10. Blümel M, Spranger A, Achstetter K, Maresso A, Busse R. Germany: Health System Review. *Health Syst Transit*. 2020 Dec;22(6):1-272.
11. Busse R, Blumer M, Knieps F, Barnighausen T. Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. *The Lancet*. 2017; vol 390: 882-897.
12. Bernal-Delgado E, Angulo-Pueyo E, Ridao-López M, Urbanos Garrido RM, Oliva-Moreno J, García-Abiétar D. Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2024; 26(3).
13. Labrador J. The difficult resilience of the Spanish national health system in the XXI century: decentralization, austerity, and pandemics. *Journal of Healthcare Quality Research*. 2022; vol 37, issue 3, (May-June): 135-137.
14. Or Z, Gandré C, Seppänen AV, Hernández-Quevedo C, Webb E, Michel M, Chevreul K. France: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2023; 25(3).
15. Choné P. Competition in France for health care provision in France. *Health Policy*. 2017; vol 121, (February): 111-118.
16. de Belvis AG, Mereaglia M, Morsella A, Adduci A, Perilli A, Cascini F, Solipaca A, Fattore G. Italy: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2022; 24(4).
17. Brenna E. Public versus private access in the Italian NHS –The use of propensity score matching to provide more insight on the increasing adoption of voluntary health insurance. *Health Policy*. 2025; vol 154, (April).
18. Dayan M, Kumpunen S, Reed S, Richardson E (2025). *Health Systems in Action (HSIA) Insights – United Kingdom*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe. 2024.
19. Kirkwood G, Pollock A. Waiting times and admissions policies in England and Scotland before and after privatisation of services for NHS elective hip and knee replacement surgery in England between 2008 and 2019. *Health Policy*. 2026; vol. 168: 105605.
20. Gonçalves P. Reflexões sobre o Estado Regulador e o Estado Contratante. Coimbra: Coimbra Editora; 2013.
21. Amaral D. Curso de Direito Administrativo. Coimbra: Almedina; 2018.
22. Miranda J, Medeiros R. Constituição Portuguesa Anotada. Lisboa: Universidade Católica Editora; 2014.
23. Canotilho J, Moreira V. Constituição da República Portuguesa Anotada. Coimbra: Coimbra Editora; 2017.
24. Almeida M. Teoria Geral do Direito Administrativo. Coimbra: Almedina; 2025.
25. Campos A. SNS: A Reforma Necessária. Coimbra: Almedina; 2008.
26. Barros P. Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos. Coimbra: Almedina; 2013.
27. Gonçalves P. Direito dos Contratos Públicos. Coimbra: Almedina; 2023.
28. Fernandes F O âmbito subjetivo do regime de fiscalização prévia do Tribunal de Contas – enquadramento e pressupostos interpretativo-aplicativos. *Revista do Tribunal de Contas*. 2021; número 2.
29. Silva F. O Tribunal de Contas na ordem jurídica portuguesa. *Revista de Direito Administrativo*. 2021; 2 (julho).
30. Sousa A. Finanças Públicas e Direito Financeiro. Coimbra: Almedina; 2012.
31. Ferreira E. Ensaio de Finanças Públicas. Coimbra: Almedina; 2020.
32. Gomes C. Direito da Saúde. AAFDL Editora: Lisboa; 2018.