



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

Empresarialização hospitalar em Portugal, do desafio à eficiência: o caso do Hospital Amato Lusitano

Sérgio Alexandre Farias Pereira

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Gestão de Unidades de Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Manuel Lourenço Nunes
Coorientador: Prof. Doutor Alexandre Morais Nunes

Covilhã, 24 de setembro de 2018

Agradecimentos

Aos Professores Doutores Manuel Nunes e Alexandre Morais Nunes, pela sua excelente orientação, pela disponibilização dos seus conhecimentos, conselhos e sugestões e por todo o apoio e disponibilidade ao longo da realização deste estudo. A sua orientação foi imprescindível para a concretização deste trabalho de investigação.

A todos os professores que me acompanharam neste percurso académico.

Ao Sr. Presidente do Conselho de Administração Sr. Dr. Vieira Pires.

Agradeço também a todos os administradores, ex-administradores e diretores dos Serviços do Hospital Amato Lusitano entrevistados, pela sua disponibilidade, colaboração, opinião e transmissão de conhecimentos, que foram determinantes para a realização deste estudo.

Agradeço também ao Serviço de Gestão Financeira e Gabinete de Apoio à Gestão pela disponibilidade e prontidão que mostraram em disponibilizar os dados.

Como não poderia deixar de ser, quero fazer um especial agradecimento à minha mulher e filhos, que sempre demonstraram interesse, ajuda e empenho no acompanhamento deste trabalho e compreenderam as minhas longas ausências durante este processo.

Resumo

A presente pesquisa trata-se de um estudo de caso realizado no Hospital Amato Lusitano, atualmente integrado na Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E., que teve por objetivo avaliar os efeitos da alteração do estatuto jurídico, em termos de eficiência, em cada um dos Serviços Clínicos, entre os anos 2002 e 2017. Como metodologia, recorreu-se num primeiro momento, à aplicação da técnica de avaliação de eficiência “*Data Envelopment Analysis*” para apurar os resultados de eficiência em cada ano e por Serviço, tendo por base um conjunto de indicadores (*inputs/outputs*). Num segundo momento, e para melhor entender o diferencial de eficiência observado, foram realizadas entrevistas (analisadas com recurso ao método da análise de conteúdo) aos Diretores de Serviço que lideraram as equipas ao longo dos anos e a elementos do Conselho de Administração para iguais períodos. Como resultado, verificou-se que com a transição para o estatuto empresarial, existiu uma melhoria nos resultados de eficiência, com um crescimento em 16 dos 17 Serviços analisados, registando-se um acréscimo, em termos médios, de 19,0%, a qual se manteve durante e após o período de austeridade e que se deveu, em grande parte, ao esforço das equipas, à melhoria dos processos de contratação e a uma maior dotação orçamental no período pós crise. Em conclusão, pode referir-se que o Hospital Amato Lusitano beneficiou da alteração do regime jurídico, tendo obtido uma melhoria global de eficiência, em termos médios, ao longo do período de tempo analisado.

Palavras-chave: Hospital Amato Lusitano; DEA; serviços clínicos; eficiência; austeridade.

Abstract

The present investigation is a case study carried out at Amato Lusitano Hospital (currently integrated in the Local Health Unit of Castelo Branco). The objective was evaluate the effects of changing the legal status in terms of efficiency in Clinical Services between 2002 and 2017. As a methodology, the "Data Envelopment Analysis" efficiency evaluation technique was applied to determine the efficiency results in each year and per Service, based on a set of indicators (*inputs/outputs*). Secondly, to better understand the observed efficiency differential, interviews were conducted (analyzed using the content analysis method) to the Service Directors and to members of the Board in same periods. As a result, it was verified that with the transition to the corporate status there was an improvement in efficiency results, with growth in 16 of the 17 Services analyzed, with an increase in average technical efficiency of 19,0%, which was maintained during and after the austerity period largely due to the teams' efforts, the flexibility of contracting processes and the increased budget allocation in the post-crisis period. In conclusion, the Amato Lusitano Hospital benefited from the change in the legal regime, having achieved an overall improvement in efficiency, in average terms, throughout the analyzed period.

Keywords: Hospital Amato Lusitano; DEA; clinical services; efficiency; austerity.

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	v
Abstract.....	vii
Lista de Tabelas.....	xi
Lista de Figuras.....	xii
Lista de Acrónimos.....	xiii
1. Introdução	1
1.1. Relevância do tema e do objeto de estudo	1
1.2. Procedimentos metodológicos.....	3
1.3. Estrutura do documento.....	4
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
2. Origem e evolução do Serviço Nacional de Saúde em Portugal	6
2.1. A criação do SNS	6
2.2. Caracterização do Sistema de Saúde Português.....	6
2.3. A relação com o setor social e privado	9
2.4. Serviço Nacional de Saúde na atualidade	10
3. A reforma do subsector hospitalar em Portugal	11
3.1. Os primeiros passos do processo de empresarialização hospitalar	12
3.2. A gestão hospitalar integrada no setor público - Hospitais SPA	12
3.3. A influência da perspetiva da NPM	13
3.4. Experiências de gestão inovadoras realizadas em Portugal	14
3.5. A adoção de uma gestão empresarial	15
3.6. A disseminação do estatuto E.P.E.	16
3.7. Processos de integração de cuidados	18
3.7.1 Criação de Centros Hospitalares	18
3.7.2 Desenvolvimento de Unidades Locais de Saúde	19
4. Crise, austeridade e seus efeitos no setor da saúde	20
PARTE II - ESTUDO EMPIRICO	
5. Hospital Amato Lusitano.....	23
5.1. Origem e natureza jurídica do atual Hospital Amato Lusitano	23
5.2. Oferta de cuidados de saúde	23

5.3.	Capacidade instalada	24
5.3.1.	Gabinetes, salas e instalações	24
5.3.2.	Equipamentos	25
5.4.	Recursos humanos	25
5.5.	Lotação praticada	26
6.	Eficiência e produção hospitalar	27
6.1.	Conceito de eficiência	27
6.2.	Produção hospitalar	28
6.3.	Avaliação de eficiência	29
6.3.1.	Avaliação da eficiência com recurso à Data Envelopment Analysis	30
6.3.2.	Avaliação da supereficiência com recurso à Data Envelopment	31
7.	Metodologia	32
7.1.	Tipo de estudo Objetivos e Hipóteses	32
7.2.	Orientação do estudo DEA	33
7.2.1.	Definição das variáveis de <i>inputs</i> e <i>outputs</i>	34
7.2.2.	Fontes de dados	35
7.2.3.	Tempos e meios	35
7.2.4.	População/amostra	35
7.3.	Orientações da análise das entrevistas	36
7.3.1.	População/amostra	36
7.3.2.	Objetivos da entrevista	36
7.3.3.	Modelo de análise	37
7.3.4.	Categorização.....	37
8.	Análise dos resultados e discussão.....	38
9.	Considerações finais	47
10.	Referências.....	49
10.1.	Referências legais	55

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Experiências inovadoras de gestão hospitalar em Portugal	14
Tabela 2 - Principais semelhanças entre os regimes S.A. e E.P.E.	17
Tabela 3 - Impacto da austeridade no Serviço Nacional de Saúde	22
Tabela 4 - Valências e oferta de cuidados do Hospital Amato Lusitano	24
Tabela 5 - Lista de-equipamentos-existentes no Hospital Amato Lusitano em dezembro de 2016	25
Tabela 6 - Camas por valência, em dezembro 2016	26
Tabela 7 - Caracterização dos três tipos de eficiência	28
Tabela 8 - Causas de ineficiência de um sistema de Saúde	29
Tabela 9 - Explicitação das variáveis (outputs) do estudo	35
Tabela 10 - Definição prévia das categorias e subcategorias	37
Tabela 11 - Frequência das verbalizações às vantagens de ambos os modelos existentes no Hospital Amato Lusitano.....	40
Tabela 12 - Frequência das verbalizações relativamente ao impacto do período de austeridade nos Serviços do Hospital Amato Lusitano	43
Tabela 13 - Frequência das verbalizações relativamente à percepção sobre a margem de incremento de eficiência nos Serviços	44
Tabela 14 - Frequência das verbalizações relativamente à percepção sobre os feitos da integração do Hospital na ULS.....	46

Lista de Figuras

Figura 1 - Fase exploratória do estudo (passos dados)	4
Figura 2 - Organograma do Ministério da Saúde	11
Figura 3 - Evolução dos <i>scores</i> de eficiência média registados no Hospital Amato Lusitano, entre 2002 e 2017.....	38
Figura 4 - <i>Scores</i> de eficiência técnica média por Serviço, antes, durante e após austeridade	42

Lista de Acrónimos

ACSS	Administração Central dos Sistemas de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
BCC	<i>Banker Charnes & Cooper</i>
BCE	Banco Central Europeu
CA	Conselho de Administração
CCR	<i>Cooper Charnes & Rhodes</i>
CE	Comissão Europeia
CH	Centro Hospitalar
CHCB	Centro Hospital Cova da Beira
CIT	Contrato Individual de Trabalho
CRS	<i>Constant Returns to Scale</i>
DEA	<i>Data Envelopment Analysis</i>
DMU	Decision Making Unit
EPE	Entidade Pública Empresarial
FMI	Fundo Monetário Internacional
GAG	Gabinete de Apoio à Gestão
HAL	Hospital Amato Lusitano
INE	Instituto Nacional de Estatística
LBS	Lei de Bases da Saúde
MECPE	Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica
MCDT	Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica
MS	Ministério da Saúde
NPM	<i>New Public Management</i>
PIB	Produto Interno Bruto
SA	Sociedade Anónima
SLS	Sistemas Locais de Saúde
SFA	<i>Stochastic Frontier Analysis</i>

SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPA	Setor Público Administrativo
UE	União Europeia
ULS	Unidade Local de Saúde
VRS	<i>Variable Returns to Scale</i>

1. Introdução

O presente documento constitui uma dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, para dar cumprimento aos requisitos do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, com orientação do Professor Doutor Manuel Lourenço Nunes (Universidade da Beira Interior) e coorientação do Professor Doutor Alexandre Morais Nunes (Universidade de Lisboa - Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas).

Como grande tema, foi abordado o processo de reforma hospitalar ocorrido em Portugal, em pleno século XXI, com a adoção de práticas de gestão empresarial para os hospitais públicos, com foco particular no caso do Hospital Amato Lusitano, em Castelo Branco, que foi objeto de estudo. Assim, definiu-se a seguinte pergunta de partida: “A alteração do estatuto jurídico do Hospital Amato Lusitano (SPA para E.P.E) conferiu maior eficiência nos seus Serviços?”

Tendo por base o tema e a pergunta de partida, definida para o presente estudo, formulou-se o seguinte título: “Empresarialização hospitalar em Portugal, do desafio à eficiência: o caso do Hospital Amato Lusitano”.

1.1. Relevância do tema e do objeto de estudo

A saúde assume uma posição de grande relevo na sociedade, quer a nível social, quer a nível económico. A população criou a expectativa de que as doenças ou debilidades no estado de saúde, de maior gravidade, encontram solução nos hospitais. Assim, ao longo das últimas décadas, a despesa do Estado com o setor da saúde tem sofrido um crescimento acentuado, que tem assumido uma importância cada vez maior nas contas públicas, levantando questões relacionadas com a sustentabilidade do sistema e com a equidade no acesso aos cuidados de saúde (Nunes, 2016a).

A sustentabilidade é um dos principais problemas dos sistemas de saúde predominantemente públicos, não só pelo impacto direto que tem na população, como também pelos efeitos indiretos na sociedade em geral, que afetam sobretudo a economia (Barros, 2013).

O desenvolvimento científico, tecnológico, social e económico ocorrido nas últimas décadas, veio resolver muitos dos problemas de saúde do passado, mas contribuiu para que surgissem novos problemas e mais complexos, tais como as alterações nas necessidades em cuidados de saúde, motivadas pelo aumento da esperança de vida, envelhecimento progressivo da população e maior incidência e prevalência de doenças crónicas, situações que originam novos desafios aos sistemas de saúde (Sousa, 2009). Estes fatores colocam em risco a sustentabilidade dos sistemas de saúde e a capacidade de o Estado garantir, no futuro, o

acesso universal, geral (em todos os tipos de cuidados e patologias) e tendencialmente gratuito (Matos & Nunes, 2016; Nunes, 2017a).

Em Portugal, no início do ano 2000, os maiores custos e ineficiência no setor da saúde registavam-se na prestação de cuidados de saúde hospitalares, o que exigiu uma intervenção particular focando uma reforma no seu modelo de gestão (Campos, 2008). Foi, assim, urgente, promover a sustentabilidade neste subsector, o que levou os sucessivos governos a reequacionar a sua estratégia para a política de saúde. Daqui, surgiu a adoção de uma reforma que objetivava a promoção da eficiência, sem colocar em risco a qualidade dos cuidados, através da adoção de práticas de gestão hospitalar, em hospitais públicos (Fernandes, 2014).

As unidades hospitalares com a publicação da Lei nº27/2002, de 08 de novembro, foram sujeitas a um processo de reforma, conhecido como empresarialização, que atribuiu à sua gestão uma maior autonomia para gerir, mas segundo um contrato programa assinado com a tutela, com todas as respetivas prestações de contas, de forma transparente e periódica (Ferreira, Escoval, Lourenço, Matos, & Ribeiro, 2010; Rego, 2011). Contudo, desde 2005, na continuidade desta reforma os hospitais foram progressivamente transformados em Entidades Públicas Empresariais (E.P.E) (Decretos-Lei n.º 93/2005, de 7 de julho e n.º 233/2005, de 29 de dezembro), estatuto que mantêm até ao ano 2018, sendo o caso mais recente o do Centro Hospitalar do Oeste que ocorreu no presente ano. Em simultâneo, de forma a maximizar ainda mais a capacidade produtiva em hospitais próximos, foram realizadas fusões de hospitais que, num processo de integração horizontal, deram origem aos atuais Centros Hospitalares e, de forma a promover uma integração entre cuidados de saúde primários e hospitalares, num exercício de integração vertical, foram criadas as Unidades Locais de Saúde.

O Hospital Amato Lusitano, objeto deste estudo, sito em Castelo Branco, foi um dos casos de unidades hospitalares integradas no Setor Público Administrativo que, em 2009, passou diretamente do Setor Público Administrativo para o Estatuto de Entidade Pública Empresarial e, em simultâneo, integrou a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, sem que nunca se tenham avaliado os resultados de tal transformação.

De um modo geral, a relevância do estudo prende-se com a avaliação dos efeitos da empresarialização, no caso do Hospital Amato Lusitano, não esquecendo as medidas de austeridade aplicadas em pleno período de crise que levaram a um corte no financiamento das unidades de saúde.

1.2. Procedimentos metodológicos

A realização do presente estudo teve por base os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Verificar se a alteração do estatuto jurídico do Hospital Amato Lusitano (SPA para E.P.E.) lhe conferiu maior eficiência nos seus Serviços.

Objetivos específicos:

- Verificar quais os Serviços clínicos que apresentaram melhores resultados em cada ano;
- Avaliar o impacto nos rácios de eficiência dos Serviços nos anos correspondentes ao período de austeridade com aplicação do memorando de entendimento (2011-2014);
- Analisar os fatores/motivos intrínsecos ou extrínsecos à instituição que poderão estar na base do diferencial de eficiência observado entre os diferentes Serviços.

As hipóteses de investigação formuladas tiveram por base a revisão da literatura que incidiu num conjunto de trabalhos realizados sobre avaliação de eficiência de unidades hospitalares (Anexo I). Assim, o modelo de análise assentou nas seguintes hipóteses:

- H1 - A transição para o estatuto E.P.E. a partir de 2009 tornou todos os Serviços Clínicos do Hospital Amato Lusitano mais eficiente, relativamente ao período anterior;
- H2 - Existe um acréscimo de eficiência entre os anos 2011 a 2014, devido ao programa de ajustamento financeiro nos Serviços do Hospital Amato Lusitano;
- H3 - O reforço de meios promove melhores resultados de eficiência dos Serviços;
- H4 - A promoção de uma efetiva articulação com outros níveis de cuidados (cuidados de saúde primários, continuados ou paliativos) contribuiu para a melhoria dos resultados de eficiência.

Para validar as hipóteses formuladas, numa primeira fase, procedeu-se a uma avaliação dos resultados de eficiência com recurso à técnica *Data Envelopment Analysis*, para um período de 15 anos e, de seguida, para analisar os fatores que poderão estar na base dos diferenciais registados entre os diferentes Serviços, procedeu-se à realização de entrevistas semiestruturadas aos Diretores Clínicos e outros agentes envolvidos (membros do Conselho de Administração) no processo ao longo do período de tempo referido.

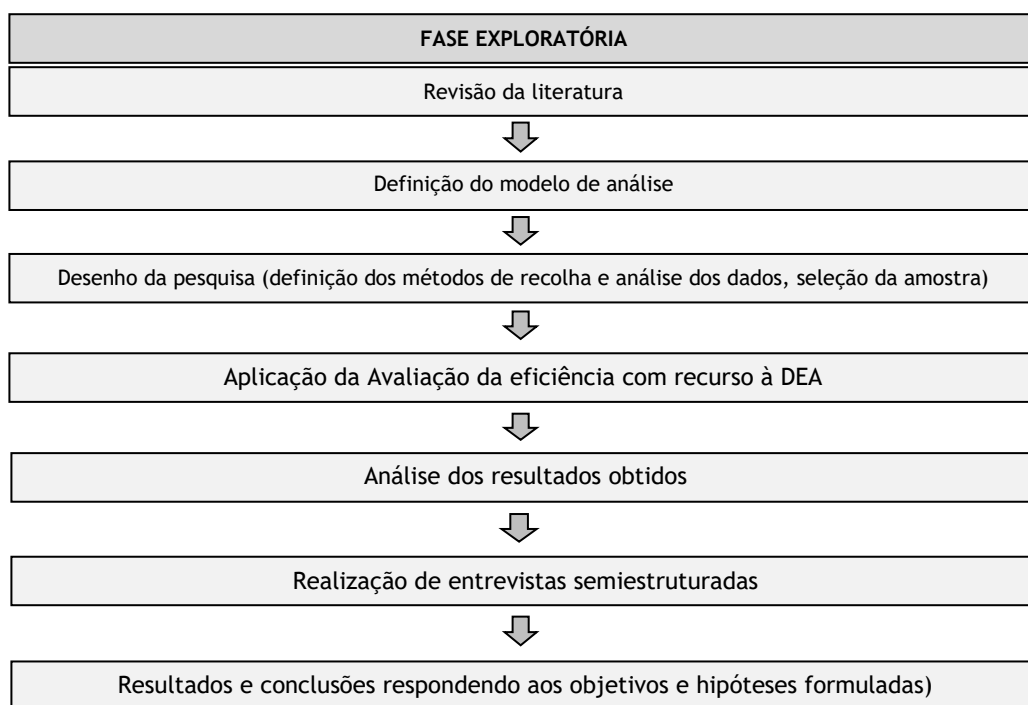


Figura 1 - Fase exploratória do estudo (passos dados)

Fonte: Elaboração própria

1.3. Estrutura do documento

O presente documento encontra-se estruturado em duas partes: a parte I, que integra o enquadramento teórico e revisão crítica da literatura do tema em estudo, e a parte II, que corresponde ao estudo empírico.

A Parte I é constituída por três capítulos:

- No Capítulo 2 "Origem e evolução do Serviço Nacional de Saúde em Portugal" é abordada a criação e caracterização do SNS enquanto principal prestador de cuidados de saúde em Portugal, não esquecendo a sua relação com o setor social e privado e destacando a sua forma de organização atual;
- No Capítulo 3 "A reforma do subsector hospitalar em Portugal" apresenta-se o percurso histórico e legislativo das várias transformações ocorridas nos modelos de gestão hospitalar, desde o setor público administrativo, ao estatuto empresarial e, ainda, com referência aos processos de integração de cuidados que tiveram na origem da integração do Hospital Amato Lusitano numa Unidade Local de Saúde;
- No Capítulo 4 "Crise, austeridade e seus efeitos no setor da saúde" descrevem-se as principais medidas que tiveram impacto na saúde, nomeadamente com referência ao subsector hospitalar.

A parte II é constituída por 3 capítulos:

- No Capítulo 5 é caracterizado o objeto de estudo, no caso o "Hospital Amato Lusitano";
- No Capítulo 6 são definidos os principais conceitos abordados no estudo, bem como os modelos a explanação teórica da avaliação de eficiência;
- No Capítulo 7 são apresentadas as opções metodológicas do presente estudo;
- No capítulo 8 é realizada a análise e discussão dos resultados.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2. Origem e evolução do Serviço Nacional de Saúde em Portugal

O Serviço Nacional de Saúde foi uma das maiores construções do estado de direito social em Portugal. Contudo, a sua génese e evolução ao longo dos anos passou por vários momentos. Neste ponto, apresentam-se os principais fatores que deram origem à sua criação e alguns dos marcos históricos mais relevantes ao longo de toda a sua história.

2.1. A criação do SNS

Na génese do Serviço Nacional de Saúde (SNS) estiveram os ideais da Revolução que se desencadeou em Portugal, a 25 de abril de 1974 e que trouxe uma nova Constituição, em 1976, que mudou Portugal a nível das políticas sociais (Campos & Simões, 2011).

O Estado tentou que todos os cidadãos tivessem o direito à saúde, esbatendo as assimetrias sociais e geográficas. E, assim, com a Constituição Portuguesa de 1976, o Estado passou a ser prestador de serviço público (Nunes & Harfouche, 2015).

O Serviço Nacional de Saúde foi então criado no ano de 1979 através da publicação da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, pelo qual o Estado assegura o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição.

2.2. Caracterização do Sistema de Saúde Português

Aquando da sua criação e conforme previsto na Constituição da República Portuguesa de 1976 (Decreto de 10 de abril de 1976, Serviço Nacional de Saúde), os seus princípios assentam em três pilares:

- Universalidade (acesso para todos os cidadãos independentemente da sua condição económica e social incluindo estrangeiros, em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos que residam ou se encontrem em Portugal);
- Generalidade (envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social);
- Gratuitidade (sem custos para o utilizador).

Contudo, a Lei que cria o SNS faz umas ressalvas referindo que "ao direito à protecção da saúde assegurado pelo SNS corresponde o dever, que a todos incumbe, de a defender e

promover" (artigo 5º) e que poderiam existir restrições ao acesso, nomeadamente " as impostas pelo limite de recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis" (artigo 6º) e ainda dá abertura para o término da gratuitidade ao referir que " é gratuito, sem prejuízo do estabelecimento de taxas moderadoras diversificadas, tendentes a racionalizar a utilização das prestações" (artigo 7º).

Segundo o artigo 18º da Lei nº 56/79, de 15 de setembro, o "SNS goza de autonomia administrativa e financeira e estrutura-se numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos centrais, regionais e locais e dispondo de serviços prestadores de cuidados primários e serviços prestadores de cuidados diferenciados".

A descentralização a que se refere o artigo 18º, está relacionada com a existência de Administrações Distritais de Saúde criadas pelo Decreto-Lei n.º 488/75, de 4 de setembro e posteriormente transformadas em Administrações Regionais de Saúde pelo Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho, ainda que tenham mantido como "zona de atuação o distrito" até que fossem "criadas as regiões administrativas previstas na Constituição da República" (artigo 4º). Assim, as ARS como hoje as conhecemos surgiram em 1993 (Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de janeiro) que procedeu à extinção das Administrações Regionais de Saúde (ARS) existentes em cada distrito, e em sua substituição, criaram-se novas ARS, uma por cada região de saúde, que por sua vez integraram Sub-Regiões de Saúde, que correspondiam às áreas dos distritos do continente (artigo 5º).

As cinco ARS foram dotadas em 1993 de personalidade jurídica, para além de autonomia administrativa e financeira, e de património próprio (Tribunal de Contas, 1999). Assim, surgiram cinco regiões de saúde:

- Norte, com sede no Porto, cuja área de influência envolvia os distritos de Braga, Bragança, Porto, Viana do Castelo e Vila Real;
- Centro, com sede em Coimbra, cuja área de influência envolvia os distritos de Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria e Viseu;
- Lisboa e Vale do Tejo (LVT), com sede em Lisboa, cuja área de influência envolvia os distritos de Lisboa, Santarém e Setúbal;
- Alentejo, com sede em Évora, cuja área de influência envolvia os distritos de Évora, Beja e Portalegre;
- Algarve, com sede em Faro, cuja área de influência envolvia o distrito de Faro (Tribunal de Contas, 1999).

Quanto aos direitos de prestação de cuidados, o diploma original que criou o SNS, no seu artigo 14º, destacou algumas das principais atividades:

- a) Cuidados de promoção e vigilância da saúde e de prevenção da doença;
- b) Cuidados médicos de clínica geral e de especialidades;

- c) Cuidados de enfermagem;
- d) Internamento hospitalar;
- e) Transporte de doentes quando medicamente indicado;
- f) Elementos complementares de diagnóstico e tratamento especializados;
- g) Suplementos alimentares dietéticos;
- h) Medicamentos e produtos medicamentosos;
- i) Próteses, ortóteses e outros aparelhos complementares terapêuticos;
- j) Apoio social, em articulação com os serviços de segurança social.

A organização do Serviço Nacional de Saúde sofreu, ao longo dos anos, a influência de conceitos políticos, económicos e sociais, tendo-se adaptado para dar uma resposta efetiva às necessidades em saúde dos cidadãos, que vai muito mais além do exposto no artigo 14º da Lei do SNS (Fernandes, 2015). Porém, ao longo de todo o seu percurso, o Estado assegurou o direito à proteção da saúde através de um conjunto de instituições e serviços de saúde públicos, sempre sobre a superintendência da tutela (Ministério da Saúde), a referir:

- a) Agrupamentos de Centros de Saúde (com todas as suas unidades funcionais: Unidades de Saúde Pública; Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados; Unidades de Cuidados na Comunidade; Unidades de Saúde Familiar; Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados);
- b) Estabelecimentos hospitalares (hospitais, centros hospitalares);
- c) Unidades Locais de Saúde.

Quanto ao funcionamento, existem dois pontos fundamentais que caracterizam a configuração do SNS: o primeiro, é que o financiamento é feito a partir do Orçamento Geral do Estado; o segundo, é a integração de vários organismos de prestação de cuidados de saúde num sistema único (Barros & Gomes, 2002).

Por fim, foi publicado o Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de janeiro que aprovou o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. Este documento legal veio definir que o referido estatuto se aplica às instituições e serviços que compõem o Serviço Nacional de Saúde e às entidades particulares e profissionais, em regime liberal, integradas na rede nacional de prestação de cuidados de saúde, integradas no sistema nacional de saúde, quando articuladas com o Serviço Nacional de Saúde. Ficou explícito no artigo 1º do Estatuto que o SNS é “um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou a tutela do Ministro da Saúde”.

2.3. A relação com o setor social e privado

Em 1985, Portugal entra na Comunidade Económica Europeia e, com isto, o setor da saúde começa a reivindicar um fortalecimento dos mecanismos de mercado nos sistemas da saúde europeus. Revindicações, tais como, o aumento do financiamento privado, a separação entre o “financiador” e o “prestador” de cuidados de saúde, a existência de mecanismos de competição e de mercado no sistema prestador e um maior peso do setor privado na prestação de cuidados de saúde (Sakellarides, Reis, Escoval, Conceição, & Barbosa, 2015).

Desta forma, surge a Lei de Bases da Saúde, publicada em 1990 (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto), que veio redefinir o papel do Estado como responsável pelos cuidados de saúde, passando este a operar não só nos serviços próprios, mas celebrando contratos com entidades privadas para a prestação de cuidados e apoio à saúde. O Estado ficou com a responsabilidade de apoiar e fiscalizar as atividades privadas na área da saúde. Com a Lei de Bases, a saúde passa a ser uma responsabilidade não exclusiva do Estado, mas as iniciativas sociais e privadas são chamadas a intervir e a desempenhar um papel complementar importante na prestação dos cuidados de saúde (Lima, 2015).

A Lei de Bases da Saúde na sua Base XII, define que:

O sistema de saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas actividades (artigo 1º).

A Lei de Bases da Saúde tem como princípios gerais:

- a) A protecção da saúde, que constitui um direito dos indivíduos e da comunidade, que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da Lei (Base I);
- b) O dever do Estado promover e garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis (Base I);
- c) A promoção e a defesa da saúde pública são efetuadas através da actividade do Estado e de outros entes públicos, podendo as organizações da sociedade civil ser associadas àquela actividade (Base I);

- d) Os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos (Base I).

Com esta publicação foram legisladas os tipos de relação entre a prestação pública e privada nos cuidados de saúde. Estas relações passaram a efetivar-se através da celebração de acordos, da contratação de serviços e da realização de convenções.

2.4. Serviço Nacional de Saúde na atualidade

Na atualidade, o SNS integra um Sistema de Saúde caracterizado por uma componente pública, privada e social, ao nível do financiamento e da prestação de cuidados de saúde, existindo beneficiários de subsistemas públicos (ex: ADSE) e privados (ex: SAMS) e seguros voluntários privados (ex: companhias de seguros) (Simões, Augusto, Fronteira & Hernández-Quevedo, 2017). Tanto os subsistemas como os seguros voluntários privados têm uma natureza complementar e facilitam o acesso a tratamento hospitalar programado e a consultas de ambulatório, aumentando ainda as opções de escolha do prestador de cuidados de saúde no setor privado (Comissão Europeia, 2010).

A nível central, o Ministério da Saúde tutela o planeamento e a regulamentação, apesar de a gestão do SNS ser descentralizada a nível regional, através de cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS), cuja autonomia ao nível da definição do orçamento e das despesas se cinge aos Cuidados de Saúde Primários (Comissão Europeia, 2010).

A organização do Serviço Nacional de Saúde apresenta-se na figura 2

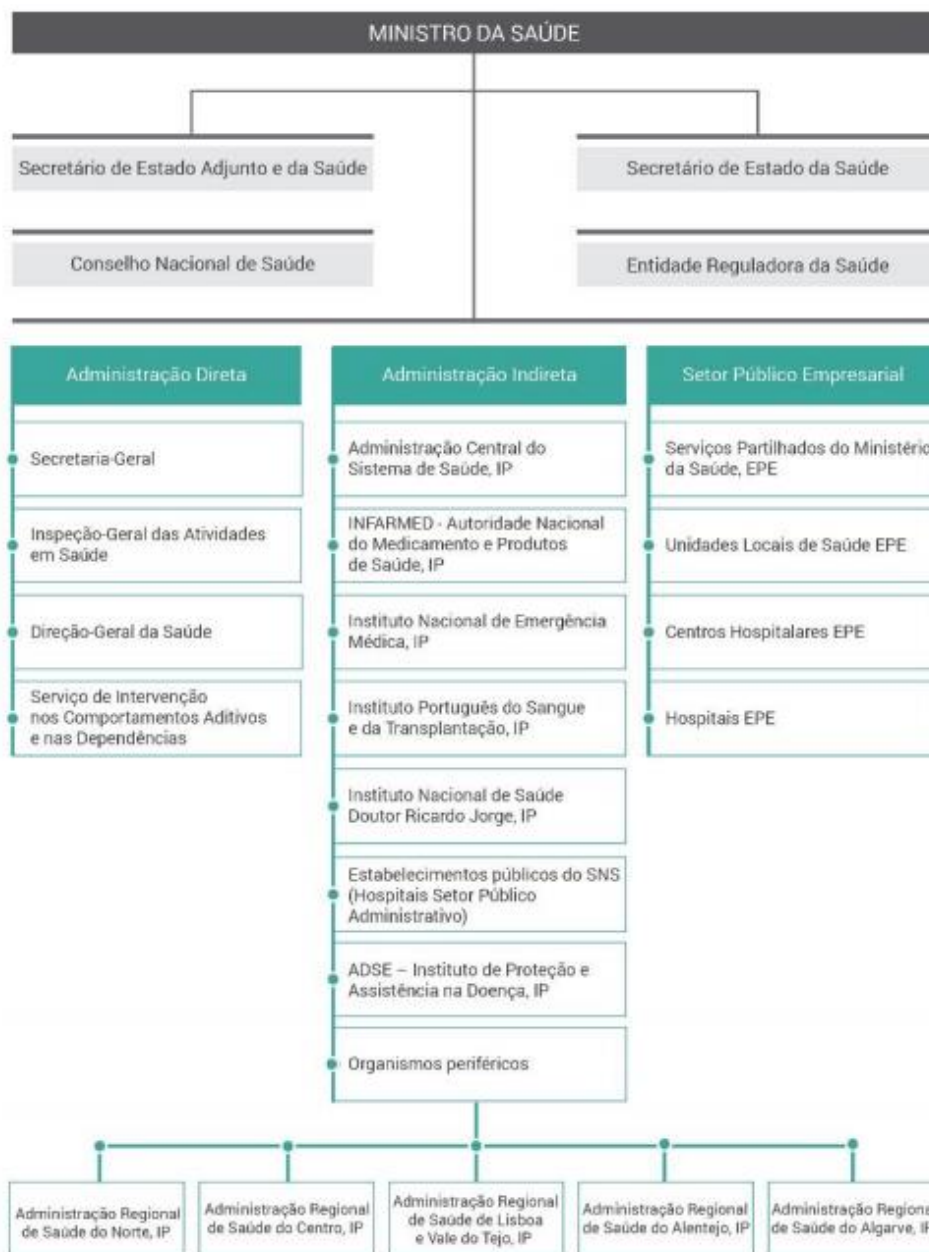


Figura 2 - Organograma do Ministério da Saúde
 Fonte: Ministério da Saúde (2017).

3. A reforma do subsector hospitalar em Portugal

Neste capítulo, aborda-se um conjunto de reformas na gestão dos hospitais públicos portugueses e, para melhor compreensão dessas reformas, destaca-se o papel e a importância desempenhados pela *New Public Management* (NPM) e dos processos de reforma que conduziram a uma gestão empresarial.

3.1. Os primeiros passos do processo de empresarialização hospitalar

A gestão empresarial dos hospitais, em Portugal, foi inicialmente contemplada no Estatuto Hospitalar de 1968, com o Decreto-Lei nº 48357, de 27 de abril de 1968, no seu artigo 35º referia que: "Em ordem a conseguir a maior eficiência técnica e social, os estabelecimentos e serviços hospitalares devem organizar-se e ser administrados em termos de gestão empresarial".

O Decreto-Lei nº 19/88, de 21 de janeiro, voltou a referir o princípio empresarial no seu artigo 7º referindo que os hospitais "devem organizar-se e ser administrados em termos de gestão empresarial".

Por sua vez, a Lei de Bases da Saúde estipula ainda que a gestão das unidades de saúde obedeça tendencialmente a regras de gestão empresarial (Base XXXVI), conferindo-se aos serviços centrais do Ministério da Saúde, serviços da administração direta do Estado, o exercício de funções de regulamentação, orientação, planeamento, avaliação e inspeção em relação ao SNS (Tribunal de Contas, 1999).

3.2. A gestão hospitalar integrada no setor público - Hospitais SPA

Desde os anos 80 e até 2001, os hospitais públicos estavam integrados no formato jurídico do Setor Público Administrativo, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, que limitava a autonomia financeira e administrativa aos gestores (Nunes, 2017b).

Neste modelo, as regras de gestão financeira seguiam as normas de direito público, sendo o financiamento proveniente, em grande parte, do Orçamento de Estado, num sistema retrospectivo ou de reembolso, em que a verba a atribuir em cada ano tinha por base o valor histórico gasto, o que não constituía um incentivo à contenção, ou melhor, à gestão de custos. Sem uma restrição de custos (quanto mais se gastava mais se recebia), não existia uma preocupação com a procura da melhor eficiência (ENSP, 2009; Nunes, 2017c).

A aquisição de bens e serviços neste modelo de gestão respeitava a norma geral das compras públicas que era demorada, o que não se adequava às necessidades urgentes no âmbito da prestação de cuidados de saúde (Harfouche, 2012).

Relativamente aos recursos humanos, não existiam incentivos ao melhor desempenho (a atualização das remunerações era realizada em função da antiguidade e não do desempenho) e o recrutamento dependia de um quadro de pessoal definido não na entidade, mas a nível central pelo Ministério das Finanças e pelo Ministério da Saúde, sendo os processos de contratação muito demorados (Nunes, 2013; Simões, 2004).

Este modelo de gestão era muito fechado e não existia uma abertura para a integração das novas tecnologias e sistemas de informação, o que gerava uma dificuldade acrescida na partilha de informação entre os vários serviços e a gestão (Matos & Nunes, 2016).

Toda esta situação gerou um crescimento nos gastos com os hospitais, uma baixa utilização dos equipamentos existentes por falta de atualização ou de profissionais de saúde com formação específica e ocasionou um aumento das listas de espera e a necessidade de recorrer a prestadores privados, com os quais foram estabelecidos acordos para realizar exames aos pacientes dos hospitais públicos, gerando um novo aumento de custos (Nunes, 2017c).

3.3. A influência da perspectiva da NPM

Nos finais dos anos 70, o paradigma burocrático tradicional da maioria dos governos ocidentais viu-se posto em causa. A crise financeira, o descontentamento com a inflexibilidade dos procedimentos administrativos e a diminuição da confiança da população na administração pública, levaram à introdução de novas ideias de gestão do setor público, surgindo, assim, o modelo gestor conhecido como *New Public Management* (NPM) (Pollitt, Homburg, & Van Thiel, 2007).

Este novo modelo de gestão foi desenhado para que a administração pública se tornasse mais eficiente e orientada para os resultados e para o cliente (Pollitt, Homburg, & Van Thiel, 2007). Assim, a NPM foi buscar diferentes fontes de inspiração, mas com a mesma finalidade, que é a de promover a eficiência no setor público administrativo (Rodrigues, 2011; Pollitt, Homburg, & Van Thiel, 2007).

Como esclarece Carvalho (2008), no estudo “Reforma Administrativa sob o mote do New Public Management:

O NPM é composto por um conjunto de medidas que não são o resultado inevitável de um conjunto de fatores, mas sim o produto de escolhas intencionais por parte de políticos e dirigentes da Administração Pública, medidas essas que variam entre países. A imagem que melhor poderá retratar o NPM é a de uma ementa, da qual se escolhem apenas alguns pratos, em função das intenções e da análise das condições institucionais existentes. A ementa pretende ser global, mas a escolha é local” (p.6).

Em Portugal, a NPM chega em meados da década de 80 devido à pressão de fatores, tais como:

- a) A estabilidade governamental, com um Governo apoiado por uma maioria parlamentar;
- b) A atenuação da crise financeira e das pressões orçamentais, dado que o país já não estava sob a intervenção Fundo Monetário Internacional e as medidas de austeridades foram assumidas por Governos anteriores;
- c) A entrada de Portugal na Comunidade Europeia teve duas implicações: a primeira foi que em Portugal o acesso a fundos comunitários trouxe maior vigor à economia; a segunda refere-se à necessidade de ajustar políticas públicas ao mercado;
- d) A emergência de novas conceções do papel do Estado na sociedade e sobre a ação do seu sistema administrativo. Isto, devido a pressões económicas globais, de novas correntes teóricas na ciência da administração pública e das experiências implementadas noutros países (Carvalho, 2008).

3.4. Experiências de gestão inovadoras realizadas em Portugal

Em meados dos anos 90, com um impulso de mudança marcado pelas transformações na administração pública a nível mundial, nomeadamente no Reino Unido, e perante os elevados custos e ineficiências do setor da saúde em Portugal, foram pensadas diferentes formas para a gestão dos hospitais que incidiram num conjunto de experiências inovadoras (Nunes & Harfouche, 2015), que se apresentam de forma sucinta no quadro seguinte.

Tabela 1 - Experiências inovadoras de gestão hospitalar em Portugal

Ano	Unidade de Saúde	Factos ocorridos
1995	Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca	Concessão da gestão de um hospital público a uma entidade privada
1998	Hospital de São Sebastião	Adoção de um modelo de gestão do tipo empresarial
1999	Unidade Local de Saúde de Matosinhos	Criação de um modelo inovador foi possível integrar os ACES com o hospital da área de residência.
2001	Hospital do Barlavento Algarvia	Adoção de um modelo de gestão do tipo empresarial

Fonte: Nunes & Matos (2017)

Os resultados destas experiências serviram de base à implementação de novos modelos de gestão hospitalar, com impacto ao nível do regime jurídico e ao nível do modelo de organização/integração de cuidados.

3.5. A adoção de uma gestão empresarial

A Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro estabeleceu que os hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde podiam tomar uma das seguintes figuras jurídicas:

- Hospitais do Setor Público Administrativo - SPA;
- Entidades Públicas Empresariais - E.P.E.;
- Hospitais Sociedade Anónima - S.A.;
- Hospitais Privados.

Assim, sob a influência da perspetiva teórica da NPM, foi posta em prática uma gestão empresarial nos hospitais públicos, conhecida como “empresarialização”. Este tipo de experimentalismo já tinha sido aplicado em outros países com influência anglo-saxónica e foi genericamente conhecida como “*corporisation of the public hospitals*” (Nunes, 2017b).

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2003), refere que com a empresarialização se consagrou:

A autonomia de gestão das unidades hospitalares, em moldes empresariais, pretendendo estabelecer, ao mesmo tempo, a separação funcional entre o financiador/comprador e o prestador de cuidados de saúde, defendendo que tal orientação assegurará sempre a unidade e universalidade do SNS, de acordo com a matriz constitucional (p.65)

A Resolução do Conselho de Ministros nº 41/2002, de 07 de março ditou com algum pormenor as regras a que deveria obedecer a transformação dos estabelecimentos públicos prestadores de cuidados hospitalares em entidades empresariais e estabeleceu os procedimentos de identificação das unidades hospitalares, envolvendo as entidades públicas prestadoras de cuidados hospitalares, as Administrações Regionais de Saúde e as estruturas centrais do Ministério da Saúde. As condições básicas de elegibilidade foram a dimensão média, uma dívida acumulada nunca superior a 35% da despesa total do ano anterior e capacidade demonstrada de gestão (Campos, 2003).

Assim, 34 hospitais integrados no Setor Público Administrativo foram transformados em 31 hospitais S.A., que passaram a ser regidos, para além da legislação própria, pelo regime jurídico do Setor Empresarial do Estado (regime jurídico da gestão hospitalar) e pelo Direito Comercial (estatuto de Sociedades Comerciais Públicas) (Nunes, 2016a).

O modelo de financiamento aplicado aos hospitais S.A. pode caracterizar-se da seguinte forma:

- O hospital é pago de acordo com a sua produção;
- A produção hospitalar é objeto de contratualização;
- Por um sistema de preços transparente para as atividades hospitalares;
- Pela dissociação das responsabilidades do Estado, enquanto contratador/financiador do sistema e acionista (Melo Gonçalves, 2008).

Em termos de fiscalização e certificação de contas dos hospitais S.A., fica sob competência de um fiscal único, que será um revisor oficial de contas, ou de uma sociedade de revisores oficiais de contas (Nunes, 2016a).

Os hospitais S.A. têm de realizar o relatório de contas anual, devendo submeter o documento aos Ministros das Finanças e da Saúde, pelo menos duas semanas antes da assembleia geral anual. São também obrigados a prestar informação mensal sobre a execução orçamental (Campos, 2003).

O modelo S.A. pode recrutar através do contrato individual de trabalho (CIT), havendo incentivos para o bom desempenho profissional, inscritos no orçamento anual do hospital (Sá Reis, 2011).

3.6. A disseminação do estatuto E.P.E.

Em 2005, o Governo decidiu que deveria melhorar os resultados, dotando os gestores com práticas de gestão empresarial. Esta decisão foi criticada por alguns gestores, devido ao momento, que em tão pouco tempo se passou de práticas de gestão puramente públicas (até 2002), para um modelo de Sociedade Anónima (empresarial) (entre 2002 e 2004) e para um modelo de Empresa Pública do Estado muito próximo do empresarial (a partir de 2005).

Através dos Decretos-Lei n.º 93/2005, de 7 de julho e n.º 233/2005, de 29 de dezembro, transitaram 31 hospitais S.A. e 5 hospitais SPA para o estatuto E.P.E.. Em agosto de 2018 existiam 40 entidades E.P.E: 11 hospitais (incluindo três IPO), 21 centros hospitalares e 8 unidades locais de saúde (Portal SNS, 2018).

O modelo E.P.E. veio introduzir na organização interna dos hospitais a descentralização das competências para o nível local (organizacional), a abertura da regulação do setor e sobretudo das carreiras profissionais, compatibilizando as regras aplicadas à administração pública a mecanismos característicos do direito comercial (Stoleroff & Correia, 2008).

Segundo Nunes (2017a, 2017e), as principais práticas de administração empresarial/privada implementadas nos hospitais E.P.E. ao nível do acesso, da eficiência e da qualidade, foram:

- a) Maior autonomia para a ação da administração hospitalar;
- b) Responsabilização de gestão pelos seus atos;
- c) Prestação regular de contas;
- d) Novo modelo de financiamento baseado na contratualização;
- e) Gestão eficiente de recursos, evitando desperdício;
- f) Incentivo ao desempenho dos profissionais;
- g) Mais qualidade e melhor acesso.

Quanto ao regime do pessoal, os trabalhadores dos hospitais E.P.E. estão sujeitos às normas do regime do contrato individual de trabalho e do Código do Trabalho, estando prevista a mobilidade do pessoal com relação jurídica de emprego público para o regime de contrato individual de trabalho, podendo coexistir trabalhadores com vínculo de emprego público por nomeação ou com contractos a termo ou sem termo e ainda em regime de prestação de serviços ou subcontratação (OPSS, 2006; Stoleroff & Correia, 2008).

Segundo o Relatório da Primavera 2006, existem semelhanças e diferenças entre os regimes dos hospitais S.A. e E.P.E. (Tabela 2).

Tabela 2 - Principais semelhanças entre os regimes S.A. e E.P.E.

Principais semelhanças	Principais Diferenças
<ul style="list-style-type: none">• O diploma legal habilitador de ambas as figuras jurídicas é a Lei n.º 27/2002, de 8 de dezembro;• Quanto à forma de criação, ambos são criados através de Decreto-Lei podendo, no entanto, os hospitais S.A. ser também criados por escritura de constituição de sociedade comercial.• No plano jurídico, ambos se regem pelo regime jurídico do setor empresarial do Estado, constante do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de dezembro. Aplica-se-lhes a Lei n.º 27/2002, de 8 de dezembro (na sua redação atual pelo Decreto-Lei 18/2017, de 10 de fevereiro).• A titularidade do capital é pública.• O regime tributário é o geral, isto é, idêntico ao que se aplica às empresas privadas.• Ambos estão ainda sujeitos às mesmas regras de supervisão e fiscalização.• No que diz respeito ao endividamento, a ambos os tipos de hospital não é permitido um endividamento superior a 30% do capital social (no caso dos hospitais S.A.) ou capital estatutário (no caso das	<ul style="list-style-type: none">• Maior poder do Estado nos hospitais E.P.E. não sendo permitidas sociedades comerciais.• Quanto ao capital, no caso dos S.A. é titularizado por ações nominativas que podem pertencer ao Estado e a empresas de capitais exclusivamente públicos. Nos E.P.E. o capital é estatutário e constituído por uma dotação em numerário realizado pelo Estado.• No regime de aquisição de bens e serviços, os hospitais E.P.E. ficam explicitamente obrigados ao cumprimento dos princípios gerais da livre concorrência, transparência e boa gestão, nomeadamente pela obrigatoriedade da fundamentação das decisões tomadas (Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de dezembro).• Nos hospitais S.A. cabia à Assembleia Geral, deliberar sobre assuntos de maior importância para a gestão do hospital, deliberando sobre a aplicação dos resultados do exercício, eleição dos administradores e do fiscal único, da autorização, sobre parecer do fiscal único, para aquisição, alienação e a oneração de imóveis e de investimentos de valor superior

entidades E.P.E.).

- Em relação ao regime de empreitadas e obras públicas, ambos estavam sujeitos às mesmas normas estabelecidas no Decreto-Lei n.º 59/99, de 2 de março.
 - Quanto ao regime de aquisição de bens e serviços, em ambos os casos é prevista a aplicação nas normas de direito privado sem prejuízo da aplicação do regime de direito comunitário relativo à contratação pública.
 - Quanto aos recursos humanos, os trabalhadores dos hospitais S.A. e E.P.E. estão sujeitos ao regime do contrato individual de trabalho e do Código do Trabalho.
- a 2% do capital social, deliberação sobre o endividamento do hospital até ao limite de 30% do capital social. Nos hospitais E.P.E. tais competências estão na dependência do exercício da tutela do Ministério das Finanças e da Saúde.
 - Ao hospital S.A. aplica-se o regime da extinção por insolvência enquanto o hospital E.P.E. está inequivocamente excluído da aplicação deste regime.

Fonte: OPSS (2012); Decreto-Lei n.º 59/99, de 2 de março; Decreto-Lei 18/2017, de 10 de fevereiro; Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de dezembro; Lei n.º 27/2002, de 8 de dezembro.

3.7. Processos de integração de cuidados

Em simultâneo com a alteração do estatuto jurídico dos hospitais e a adoção de práticas características do setor social/privado, houve a introdução de dois modelos de integração de cuidados: integração horizontal (criação de centros hospitalares) e vertical (criação de unidades locais de saúde)

3.7.1 Criação de Centros Hospitalares

Também em 2005, e para salvaguardar a sustentabilidade do sistema público de saúde, o Governo fez uma nova experiência com base na fusão de hospitais que tinham diferentes dimensões, capacidades e especificidades, conhecidos como Centros Hospitalares (Fernandes & Nunes, 2016; Nunes, 2017d). Este processo de fusão e de concentração de unidades hospitalares teve como objetivo promover uma melhor gestão dos recursos técnicos e financeiros, sem colocar em causa a qualidade ou o acesso aos serviços (Fernandes & Nunes, 2016).

Para Correia de Campos, então Ministro da Saúde responsável pelas reformas, o combate pela eficiência e aumento de produtividade dos hospitais com gestão empresarial, não teria ocorrido sem uma forte concentração de unidades com estatuto jurídico de entidades públicas empresariais (E.P.E.) (Nunes, 2017d).

Segundo Nunes (2017d), como proteção desta política de fusão, conhecida como “*hospital mergers*” na literatura internacional, é defendida a teoria da perspectiva de crescimento em função de economias de escala e de gama. Como contribuição para as economias de escala, podem encontrar-se referências à distribuição das despesas fixas dos hospitais separados por

um único e maior volume produtivo, à diminuição de custos de administração, ao melhor aproveitamento de recursos com nova afetação dos recursos subutilizados e ainda algumas melhorias na qualidade e no acesso, já que os meios tecnológicos e exames complementares estariam centralizados num só local, dispondo o doente de acesso à mais alta tecnologia e com inovação crescente (Ferreira, Marques & Nunes, 2018).

3.7.2 Desenvolvimento de Unidades Locais de Saúde

Com o objetivo de promover a articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados de Saúde Hospitalares, sem prejuízo para introdução de práticas de gestão empresarial, foi colocado em prática um modelo de gestão que integrava ambas as prestações num mesmo Conselho de Administração, constituindo as Unidades Locais de Saúde (ULS).

O que está subjacente na motivação pela adoção deste modelo foi a necessidade de satisfazer da melhor forma a população, em termos do acesso ao Serviço Nacional de Saúde, por via da prevenção e promoção de hábitos saudáveis, e pela continuidade dos cuidados em caso de agudização ou necessidade de uma assistência mais especializada (Nunes & Matos, 2017; ACSS, 2009).

O modelo de ULS integra dois níveis de cuidados numa mesma estrutura de gestão, mas a negociação contratual é separada, existindo termos específicos para os cuidados hospitalares e outros para os cuidados de saúde primários (ACSS, 2009).

A criação das ULS, além de ser um modelo inovador na administração hospitalar, tinha como segundo objetivo que era ser o precursor do regime legal dos sistemas locais de saúde (SLS) criados um ano antes através do Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de maio, e que tinham o propósito de uma interligação entre os cuidados primários, os hospitalares e outros serviços e instituições de saúde pública, instituições privadas ou sociais, numa proximidade geográfica, como fim de dar continuidade aos cuidados de saúde e promover a racionalização da utilização dos recursos.

4. Crise, austeridade e seus efeitos no setor da saúde

A crise mundial iniciada em 2008 nos Estados Unidos acabou por atingir com mais intensidade os países económica e socialmente mais frágeis da Zona Euro (Sá Marques, Santos, Ribeiro, Maia & Ribeiro, 2016).

Em Portugal, os efeitos desta crise começaram a surgir de forma mais significativa a partir de 2010, desencadeando graves consequências: a recessão económica e das atividades, o aumento do desemprego, os cortes salariais e dos apoios sociais, o aumento de impostos e o empobrecimento de várias camadas da população, sobretudo das mais vulneráveis, predominantemente localizadas nas áreas urbanas (Sá Marques, et al., 2016).

A situação foi agravada pela inadequação das respostas nacionais, europeias e internacionais, o que levou Portugal a assinar o Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica (MECPE), no dia a 17 de maio de 2011, com a Comissão Europeia (CE), o Banco Central Europeu (BCE) e o Fundo Monetário Internacional (FMI) (conjunto de três entidades conhecida como Troika) (Nunes & Ferreira, 2018).

Segundo o MECPE (2011), o XVIII Governo Constitucional de Portugal assumiu com a Troika os objetivos de aumentar a eficiência e a eficácia do sistema nacional de saúde, inculcando uma utilização mais racional dos serviços e controlo de despesas, gerar poupanças adicionais na área dos medicamentos de modo a reduzir a despesa pública com medicamentos para 1,25% do PIB, até final de 2012, e, para cerca de 1% do PIB, em 2013, e realizar poupanças adicionais nos custos operacionais dos hospitais.

Para o cumprimento desses objetivos, o Governo tomou medidas de reforma do sistema de saúde, em diversas áreas, das quais se destacam:

- a) Financiamento;
- b) Definição de preços e comparticipação de medicamentos;
- c) Prescrição e monitorização da prescrição;
- d) Setor farmacêutico;
- e) Compras e aprovisionamento centralizado;
- f) Cuidados de Saúde Primários;
- g) Serviços Hospitalares;
- h) Serviços Transversais.

No que se refere ao subsetor hospitalar, o Governo teria de apresentar uma descrição detalhada das medidas para alcançar uma redução de 200 milhões de euros nos custos operacionais dos hospitais, em 2012 (100 milhões de euros em 2011, que crescem a

poupanças superiores a 100 milhões de euros em 2012), incluindo a redução de cargos dirigentes, em resultado da concentração e da racionalização nos hospitais públicos e nos centros de saúde, a reorganização e a racionalização da rede hospitalar através da especialização e da concentração de serviços hospitalares e de urgência e da gestão conjunta dos hospitais (de acordo com o Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março) e do funcionamento conjunto dos hospitais. Estas melhorias deveriam permitir reduções adicionais nos custos operacionais em, pelo menos, 5% em 2013.

Em relação aos recursos humanos, o MECPE, referia que o Governo teria de:

- a) Introduzir regras para aumentar a mobilidade dos profissionais de saúde (incluindo médicos) dentro e entre as várias Administrações Regionais de Saúde;
- b) Adotar para os profissionais (inclusive pessoal médico) horários flexíveis, permitindo reduzir em pelo menos 10% as despesas com horas extraordinárias em 2012 e 10% adicionais em 2013;
- c) Implementar um controlo mais rigoroso das horas de trabalho e das atividades dos profissionais nos hospitais, era outra das medidas propostas.

De acordo com o conjunto de medidas operacionais aplicadas pelo MECPE aos hospitais, aumentou a eficiência técnica dos resultados pela redução de custos. No entanto, estes resultados estão associados não a melhores resultados na produção, mas devido a alguns défices, de condicionamento no acesso, da resistência dos profissionais e do desinvestimento tecnológico. Contudo, destacou-se pela positiva a redução de custos no setor do medicamento e meios complementares de diagnóstico e terapêutica por via da negociação e acordos estabelecidos com a indústria (Nunes, 2016b). A tabela seguinte resume, de forma sumária, o impacto das medidas de austeridade no Serviço Nacional de Saúde.

Tabela 3 - Impacto da austeridade no Serviço Nacional de Saúde

Acesso global aos cuidados de saúde	<p>Aumento do valor pago pelos pacientes quando acedem aos serviços de saúde públicos (taxas moderadoras). Eliminado o direito gratuito ao transporte de pacientes não urgentes. Não foram reforçados os meios de emergência médica pré-hospitalar.</p>
Atividade na atenção primária à saúde	<p>Reduzido o número de consultas médicas realizadas. Não foi cumprido o objetivo de atribuir médico de família na assistência primária a cada português (no final da legislatura 1,2 milhões de portugueses não tinha médico atribuído). Interrompida a aposta de criação de unidades de saúde familiar que na atenção primária permitem o atendimento personalizado com uma equipe de saúde que conhece bem cada paciente e seus problemas. Não foi implementada uma estratégia de apoio ao paciente no domicílio. Não foi promovida a reforma da atenção primária reforçando a promoção da saúde e a prevenção da doença. Não foi realizada uma adequada resposta em Saúde Pública.</p>
Cuidados hospitalares	<p>Redução do financiamento dos cuidados hospitalares em 10%. Os problemas de resposta das urgências hospitalares foram agravados, sendo comentado pela comunicação social como “caos nas urgências”. Tentativas de fechar unidades de saúde como a maior maternidade de Lisboa. Entregues dois hospitais públicos às misericórdias. Não se iniciaram os processos de construção de novos hospitais previstos há muitos anos.</p>
Medicamento	<p>Apesar da positiva reforma no acesso ao medicamento genérico, registaram-se dificuldades e atrasos no acesso a medicamentos inovadores e dificuldades no circuito de distribuição de medicamentos resultantes da crise que afetou as farmácias.</p>
Recursos humanos	<p>Redução dos salários. Redução do número de profissionais (médicos, enfermeiros, assistentes). Bloqueio nas admissões e progressões.</p>
Cuidados pós hospitalares	<p>Não foi executada a reforma da Saúde Mental. Não foi instalada a Coordenação Nacional de Cuidados Paliativos. Verificaram-se dificuldades de acesso à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) que apresentava graves assimetrias regionais, não sendo realizada uma aposta na Rede de Cuidados Continuados Integrados que teve um aumento do número de utentes em espera.</p>

Fonte: OPSS (2016); Nunes (2018)

PARTE II - ESTUDO EMPIRICO

5. Hospital Amato Lusitano

O Hospital Amato Lusitano integra a ULS de Castelo Branco, na região da Beira Baixa, estendendo-se a sua área de influência por territórios classificados segundo a divisão NUTS III, da seguinte forma:

- Beira Interior Sul (concelhos de Penamacor, Idanha-a-Nova, Castelo Branco e Vila Velha de Rodão);
- Pinhal Interior Sul (concelhos de Oleiros, Sertã, Proença-a-Nova e Vila de Rei) (Decreto-Lei n.º 318/2009, de 02 de novembro).

5.1. Origem e natureza jurídica do atual Hospital Amato Lusitano

Programado na década de sessenta para substituir o então chamado Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco, o Hospital Distrital de Castelo Branco viu iniciada a sua construção em 1968, tendo sido concluída em 1975.

No dia 1 de maio de 1977, e após a publicação do quadro orgânico de pessoal, foi oficialmente inaugurado, mantendo a sua atividade desde essa data (Salvado, 2009). Desde a sua inauguração, o Hospital Distrital de Castelo Branco integrou o Setor Público Administrativo, sendo, entretanto, denominado de Hospital Amato Lusitano.

Em 2009, o Hospital Amato Lusitano foi incluído na Unidade Local de Saúde de Castelo Branco e, em simultâneo, adotou o estatuto de Entidade Pública Empresarial, mas continuando a ser a unidade de referência da parte sul do distrito de Castelo Branco.

5.2. Oferta de cuidados de saúde

Segundo a natureza das suas responsabilidades e o quadro das valências efetivamente exercidas, a ULS Castelo Branco faz parte do Grupo I (Portaria n.º 82/2014 de 10 de abril).

O Hospital Amato Lusitano dispõe de serviços clínicos em todas as valências básicas, intermédias e na maioria das valências diferenciadas (Nunes & Nunes, 2016). A tabela seguinte apresenta as várias valências e oferta de cuidados que atualmente estão disponíveis no Hospital Amato Lusitano.

Tabela 4 - Valências e oferta de cuidados do Hospital Amato Lusitano

Hospital Amato Lusitano	
Serviços em Ambulatório	Consulta Externa; Hospital de Dia; Urgência
Saúde da Criança e da Mulher	Obstetrícia; Pediatria; Neonatologia; Ginecologia;
Serviços Médicos	Cardiologia; Gastroenterologia; Dermatologia; Medicina Interna; Pneumologia; Nefrologia e Diálise; Estomatologia.
Serviços Cirúrgicos	Anestesiologia; Cirurgia Geral; Oftalmologia; Ortopedia; Urologia; Cirurgia de Ambulatório
Psiquiatria e Saúde Mental	Psiquiatria
Serviço de Medicina Intensiva	Unidade AVC; Unidade de Cuidados Intensivos
Unidades Especializadas	Bloco Operatório Central; Bloco Operatório Ambulatório; Hospital de Dia Quimioterapia; Hospital de Dia Hemodiálise; Hospital de Dia Diabetologia; Unidade de Técnicas; Gastroenterologia; Unidade de Técnicas Cardiologia; Unidade de Técnicas Oftalmologia; Unidade de Pacing; Unidade Litotricia; Extracorporal; Unidade de AVC; Fisioterapia; Unidade de Diálise Convencional e Peritonial; Centro de Desenvolvimento da Criança e Adolescente

Fonte: Adaptado de Nunes & Nunes (2016, p.80-81)

Atualmente, para algumas áreas clínicas, o Hospital Amato Lusitano presta serviço a outras unidades hospitalares da Região Centro e Alentejo. Como exemplos pode referir-se:

- A área de influência na hemodiálise estende-se ao distrito da Guarda, por deter o único centro público em toda a área geográfica de confluência dos dois distritos;
- Pelo seu nível de excelência, a Unidade de Técnicas de Gastroenterologia presta cuidados a doentes provenientes de outras regiões como o Médio Tejo.
- A Unidade de Litotricia (extracorporal e endourológica) presta cuidados a doentes de todo o distrito de Castelo Branco, Guarda, Portalegre e Santarém.
- Está em vigor um protocolo de complementaridade clínica com o CHCB, E.P.E. para as áreas de Otorrinolaringologia, Audiologia e Dermatologia (Nunes & Nunes, 2016).

5.3. Capacidade instalada

Neste ponto, a capacidade instalada é apresentada tendo por base a estrutura (gabinetes de consulta, salas de bloco operatório) e ainda o parque tecnológico/equipamentos disponíveis.

5.3.1. Gabinetes, salas e instalações

O Hospital Amato Lusitano tem na sua estrutura as seguintes instalações para a prestação de cuidados de saúde:

- 24 Gabinetes de Consulta Externa;
- 1 Sala de pequena cirurgia na Consulta Externa;

- 1 Sala para pequena cirurgia no Serviço de Urgência;
- 2 Salas de Bloco Operatório para cirurgia convencional;
- 2 Salas de Bloco Operatório para cirurgia em ambulatório;
- 1 Sala de Bloco Operatório para cirurgia urgente;
- 1 Sala de Bloco de Partos;
- 7 Camas em Hospital de Dia;
- 35 Cadeiras em Hospital de Dia;
- 5 Camas na Unidade de Recobro.

5.3.2. Equipamentos

Os equipamentos existentes no Hospital Amato Lusitano em dezembro de 2016 são apresentados na tabela seguinte.

Tabela 5 - Lista de equipamentos existentes no Hospital Amato Lusitano em dezembro de 2016

Equipamentos	Ano 2016
Ecógrafo com doppler	19
Mamógrafo	1
Rx digital	1
Rx convencional	1
Rx digital móvel	2
Rx convencional móvel	2
Radiologia telecomandada Convencional	1
Osteodensitómetro	1
Tomografia computadorizada (16 cortes)	1
Videogastrosκόpio	6
Videocolonosκόpio/sigmoidosκόpio	7
Video duodenosκόpio	6
Videobroncosκόpio	2
Litotritor extracorporal	1
Postos de hemodialise	14
Aparelho EEG	1
Ventiladores volumétricos	14
Ventiladores portáteis de transporte	3

Fonte: Adaptado de Nunes & Nunes (2016, p.86)

5.4. Recursos humanos

No final de 2017 os recursos humanos do Hospital Amato Lusitano eram compostos por:

- 6 Administradores/gestores;
- 216 Assistentes operacionais;
- 104 Assistentes técnicos;
- 356 Enfermeiros;
- 7 Farmacêuticos;
- 135 Médicos;

- 64 Técnicos de diagnóstico e terapêutica;
- 6 Técnicos superiores de saúde;
- 7 Técnicos superiores de serviço social;
- 20 Técnicos superiores;
- 10 Informáticos;
- 1 Docente/investigador

5.5. Lotação praticada

O Hospital Amato Lusitano, em dezembro de 2017, tinha uma lotação para doentes agudos de 225 camas. Na tabela seguinte pode-se verificar a distribuição das camas por especialidade médica.

Tabela 6 - Camas por valência, em dezembro 2016

Especialidade/valência	Camas 2002	Camas 2009	Camas 2017
Cardiologia	20	17	11
Gastroenterologia	16	15	10
Medicina Interna	56	57	52
Nefrologia	11	9	9
Neonatologia	4	4	3
Neurologia	6	6	3
Pediatria	20	16	7
Pneumologia	0	3	5
Psiquiatria (agudos)	20	13	15
Dermatovenerologia	4	2	1
Subtotal especialidades médicas	157	144	116
UCI Polivalente	8	12	8
Medicina Paliativa	0	0	2
SDAV	6	6	3
Subtotal UCI	14	18	13
Cirurgia Geral	68	56	42
Oftalmologia	6	4	1
Ginecologia	6	6	3
Obstetrícia	18	18	8
Otorrinolaringologia	5	5	2
Ortopedia	33	33	29
Urologia	13	12	11
Subtotal especialidades cirúrgicas	149	134	96
Total	320	296	225
Berçário	18	18	8

Fonte: Elaboração própria (dados fornecidos pela ULS de Castelo Branco)

6. Eficiência e produção hospitalar

Os governos veem-se cada vez mais obrigados a conter o aumento da despesa na área da saúde, devido ao rápido envelhecimento das populações, ao crescente número de doenças e comorbidades, ao progresso tecnológico e ao aumento das expectativas da população. Além destes fatores, as crises económicas em países com pequenas e médias economias e as sobrecargas orçamentais tornam a eficiência na prestação de serviços de saúde uma questão premente na sociedade (Yip & Hafez, 2015). No caso português, segundo a Deloitte (2011), para a insustentabilidade financeira da saúde em Portugal contribuíram fatores como a inovação e modernização tecnológica, a pressão demográfica e a redução na receita.

Segundo a OMS (2010), as melhorias adicionais na eficiência dos serviços de saúde ajudariam a mitigar o impacto potencial de estrangimentos no crescimento das despesas com cuidados de saúde, particularmente nos casos de baixo crescimento ou mesmo contração no PIB.

6.1. Conceito de eficiência

A eficiência é mais vezes definida como a relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos em determinada atividade (Jacobs Smith & Street, 2006). Ou seja, como esclarece Pereira (2004), a produção eficiente é aquela que maximiza os resultados obtidos com um dado nível de recursos ou minimiza os recursos necessários para obter determinado resultado.

De entre os vários tipos de sistemas em que se pode aplicar o conceito de eficiência, tem-se como um dos mais importantes, os sistemas produtivos, que se caracterizam por produzirem um conjunto de produtos (*outputs*) a partir de um conjunto de recursos (*inputs*), e que dão origem ao conceito de eficiência técnica (Mariano, 2007). São vários os autores que abordam esta área e que caracterizam a eficiência em três tipos: técnica, alocativa e económica.

Tabela 7 - Caracterização dos três tipos de eficiência

Eficiência técnica	<ul style="list-style-type: none"> • A eficiência técnica é definida como a situação em que é impossível que uma unidade de produção produza mais <i>outputs</i> com os <i>inputs</i> que está a usar no <i>know-how</i> atual e na tecnologia existente (Cooper, Seiford, & Tone, 2007).
Eficiência alocativa	<ul style="list-style-type: none"> • A eficiência alocativa tem como critério a minimização de custos e reflete a capacidade de utilizar uma determinada quantidade de fatores de produção numa proporção ideal, tendo por base os preços e a tecnologia de produção (Nunes, 2016a; Miguel & Bugalho, 2002).
Eficiência económica	<ul style="list-style-type: none"> • A eficiência económica, que corresponde à definição da escala ótima de atividade do prestador, obtém-se quando o benefício resultante da produção de mais uma unidade é igual ao custo de produção dessa unidade adicional (Azevedo & Mateus, 2014).

Fonte: Elaboração própria

6.2. Produção hospitalar

As organizações de saúde são reconhecidas por terem um grau de complexidade elevado na sua estrutura e administração. Para isso contribui a dinâmica própria e especial do mercado onde operam e as características específicas dos seus modelos económicos e de gestão (Costa & Lopes, 2004).

Um hospital é uma empresa multiproduto que produz, em diferentes quantidades, ensino, investigação, serviços comunitários, tratamento de doentes externos e tratamento de doentes em regime de internamento. A sua atividade principal é o tratamento de doentes em regime de internamento e é ela que os distingue de outras instituições de saúde (Carreira, 1999).

A produção hospitalar tem sofrido uma evolução nas unidades de medida usadas que incidiam em duas grandes linhas de produção hospitalar: os serviços de internamento e o tratamento de doentes em ambulatório (Azevedo & Mateus, 2014).

A unidade de produção de serviços de internamento hospitalar mais comum é o número de casos tratados, em termos de número de doentes admitidos ou saídos. Esta medida não retém o tipo de tratamento efetuado. Em alternativa ao número de casos tratados é o número de dias de internamento. No entanto, esta medida tem o problema de que são diferentes, em termos de custos, o modo como se processa o aumento dos dias de internamento, sendo os primeiros dias mais dispendiosos do que os últimos. Adicionalmente, esta variável pode não refletir nos custos o efeito do aumento do número de casos tratados. Para evitar enviesamentos, utiliza-se conjuntamente o número de casos tratados - doentes saídos ou admissões - e a demora média de internamento para representar a produção dos serviços de internamento (Azevedo & Mateus, 2014; Carreira, 1999).

Em relação à produção em ambulatório, a unidade de medida mais utilizada é o número de consultas e o número de episódios de urgência. Estas unidades de medida podem ser

aplicadas em conjunto, ou apenas o número de urgências ou o número de consultas (Azevedo & Mateus, 2014; Fournier & Mitchell, 1992).

Aliando os conceitos de eficiência aos problemas da gestão/produção hospitalar, Yip e Hafez (2015) no seu estudo, correlacionaram as causas de ineficiência e os fatores que estiveram na sua origem (tabela 8).

Tabela 8 - Causas de ineficiência de um sistema de Saúde

Causas de Ineficiência	Justificação para a Ineficiência
Serviços de saúde: admissões hospitalares e duração dos internamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Inexistência de formas de tratamento alternativo; incentivos insuficientes para reduzir as admissões; conhecimento limitado das melhores práticas
Serviços de saúde: dimensão hospitalar inapropriada (baixa utilização das infraestruturas)	<ul style="list-style-type: none"> • Nível inapropriado de recursos de gestão para coordenação e controlo; inadequada distribuição nacional das camas hospitalares. • Frequentemente, isto reflete a falta de planificação no desenvolvimento de infraestruturas de saúde
Fugas nos sistemas de saúde: desperdício, corrupção e fraude	<ul style="list-style-type: none"> • Orientações pouco claras sobre afetação de recursos; fracos mecanismos de responsabilidade e governação; baixos salários
Intervenções em saúde: estratégias inapropriadas e ineficientes	<ul style="list-style-type: none"> • Financiamento de intervenções com elevados custos e baixos resultados, enquanto outras opções com baixo custo e elevado impacto não são financiadas. Equilíbrio inapropriado entre níveis de cuidados, e/ou entre a prevenção, promoção e tratamento

Fonte: Yip & Hafez (2015)

6.3. Avaliação de eficiência

A avaliação de eficiência diz respeito à medição e análise dos *inputs*, em relação aos *outputs*, ou dos *outputs*, relativamente aos *inputs* (Cylus, Papanicolas, & Smith, 2016).

As análises de eficiência, que remontam a Pareto (1906), Koopmans (1951), Debreu (1951) e Farrell (1957), foram as primeiras a abordar a questão de como medir a eficiência e destacar sua relevância para os decisores de políticas económicas:

- A eficiência de Pareto (conceito económico desenvolvido por Vilfredo Pareto) refere que uma situação económica seria ótima quando não pudesse ser mais melhorada, ou quando não pudesse melhorar um dos fatores sem o detrimento de outro fator participante (Dani, Oliveira & Barros, 2010);
- Koopmans (1951) forneceu uma definição formal base para avaliação da eficiência técnica, partindo do princípio que uma unidade produtiva é tecnicamente ineficiente quando pode produzir a mesma quantidade de *outputs* com menos de pelo menos um *input*, ou quando pode produzir mais de um *output* com a mesma quantidade de *inputs*;

- Debreu (1951) determinou o “coeficiente de utilização de recursos”, e assim, estabeleceu o primeiro indicador de eficiência produtiva conhecido. Orientado para a minimização do consumo de *inputs*, esse coeficiente consiste na redução equiproporcional máxima possível em todos os *inputs*, mantendo a mesma produção. Esta definição induz um conceito de eficiência diferente daquele de Koopmans (1951). Assim, Debreu (1951) postulou que uma unidade produtiva é eficiente no consumo de *inputs* quando não é possível gerar a mesma produção com um consumo equiproporcionalmente menor, ou uma unidade produtiva é eficiente na produção de *outputs* quando não é possível, com as mesmas quantidades de *inputs*, gerar uma produção equiproporcionalmente maior;
- Farrel (1957) com base na interpretação dos trabalhos atrás referidos, foi o primeiro autor a avaliar a eficiência sem recorrer a funções de produção teóricas. Farrel proporcionou a primeira medida de eficiência como sendo a máxima redução equiproporcional de todos os *inputs* enquanto são mantidos os *outputs* constantes, caso o modelo seja orientado para os *inputs*; ou o máximo aumento dos *outputs* enquanto se mantêm os *inputs* constantes, no modelo orientado para os *outputs*.

6.3.1. Avaliação da eficiência com recurso à Data Envelopment Analysis

Com Farrel (1957) surgiu um modelo alternativo para medir a eficiência, com base na distância da unidade sob avaliação a uma fronteira de produção, determinada em função de um grupo de unidades com melhor desempenho. Com base no desenvolvimento desta técnica de avaliação da eficiência surgiram novas metodologias de estimação da eficiência (paramétricas e não paramétricas), fundadas no conceito de fronteira de eficiência.

É nesta base que surgiram técnicas de avaliação de eficiência, como são exemplos os modelos *Stochastic Frontier Analysis* (SFA) que se baseia numa abordagem paramétrica e *Data Envelopment Analysis* (DEA) seguindo métodos não paramétricos, ambas com aplicação na área da saúde, a partir do final dos anos 80 (Azevedo & Mateus, 2014).

A DEA é o método mais comum para analisar a eficiência na área da Saúde - recorre a uma metodologia de programação linear que coloca pesos nos *inputs* e *outputs* para avaliar a eficiência no caso dos hospitais, da melhor forma possível, em relação a os outros hospitais da amostra (Cylus, Papanicolas & Smith, 2016). No fundo, o que este modelo faz é identificar, entre as unidades em estudo, qual/quais as mais eficiente(s), constituindo-a(s) como uma fronteira, sendo todas as outras mais ineficientes, quanto maior a distância a essa fronteira (constituída pelas DMUs eficientes) (Cook & Seiford, 2009; Cooper, Seiford, & Tone, 2007).

Os modelos DEA tradicionais desenvolvidos por Charnes, Cooper e Rhodes (CCR) (1978) e Banker, Charnes e Cooper (1984) (BCC) são basicamente classificados segundo o retorno de

escala assumido na formulação do problema, ou seja, Constante (*Constant Return to Scale* - CRS) onde todas as DMU se encontram num nível de escala semelhante ou Variável (*Variable Return to Scale* - VRS), nos quais o nível de escala difere substancialmente (Charnes, Cooper & Rhodes, 1978; Jubran, 2006).

Na DEA ainda é possível definir a orientação do estudo que pode ser direcionada para a minimização dos *inputs* (representa o valor mínimo de recursos para cada DMU) ou para os *outputs* (maximização dos *outputs* obtidos, tendo por base um determinado conjunto de recursos) (Cooper et al., 2007).

6.3.2. Avaliação da supereficiência com recurso à Data Envelopment

Uma das limitações da DEA verificou-se nos casos em que várias DMU se encontram na fronteira de eficiência, gerando o mesmo valor (score =1). Para resolver esta questão, Andersen e Petersen (1993) propuseram um modelo capaz de medir a supereficiência, que teve como propósito a ordenação em rankings das unidades eficientes, para modelos radiais (ex: CCR, BCC). (Cooper et al., 2007; Anderson & Petersen, 1993). Assim, foi possível a diferenciação entre as unidades eficientes (sendo possível apurar entre as unidades com rácio de eficiência =1, quais as mais/menos eficientes) (Cooper et al., 2007; Zhu, 2001).

Este conceito teve por base o princípio que dentro da mesma fronteira de eficiência existiriam DMUs que seriam mais eficientes que outras, mas poderiam manter-se como eficientes, mesmo admitindo aumentos ou reduções dos seus *inputs/outputs* (Cooper et al., 2007; Anderson & Petersen, 1993).

A eficiência aliada à produção hospitalar torna-se particularmente importante à luz das pressões financeiras e das preocupações sobre a sustentabilidade financeira, a longo prazo, de muitos sistemas de saúde. Quando usados apropriadamente, os indicadores de eficiência podem ser ferramentas importantes para ajudar os tomadores de decisão a determinar se os recursos são alocados de maneira ideal e a identificar quais as partes do sistema de saúde que não estão a funcionar tão bem quanto deveriam estar (Cylus, Papanicolas & Smith, 2016). No anexo I apresentam-se os principais estudos realizados sobre a eficiência no subsetor hospitalar.

7. Metodologia

Barañano (2008) descreve a metodologia como um conjunto de abordagens, técnicas e processos utilizados na ciência para formular e resolver, de forma sistemática, problemas de aquisição objetiva do conhecimento. Por este motivo, a escolha da metodologia deve estar adequada à natureza dos fenómenos, ao objetivo da pesquisa, aos objetivos delineados e às limitações pessoais e outros elementos que surjam no campo da investigação.

7.1. Tipo de estudo | Objetivos e Hipóteses

O presente estudo apresenta uma abordagem mista constituída por metodologia quantitativa, que, segundo Fortin (2000, p.372), consiste num “processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador” e por método qualitativo que permite a utilização de métodos de recolha de dados que não se restringem apenas a associações de conceitos numéricos, mas permitem a aplicação da entrevista, a avaliação de experiências pessoais, a análise semântica e dos discursos quotidianos (Sampieri, Collado & Lúcio, 2006).

Para este estudo, como método quantitativo, e com o objetivo de avaliar os scores de eficiência, recorreu-se a técnica não paramétrica *Data Envelopment Analysis* (DEA). A escolha desta ferramenta, teve em conta a sua aplicação em estudos nacionais e internacionais relacionados com a temática e o facto de permitir a aplicação a um conjunto de múltiplos *outputs* ou *inputs*, a possibilidade de obter um termo de comparação direto entre unidades e ainda o facto de poder contemplar *outputs* e *inputs* com diferentes unidades de medida.

Apesar de a DEA ser largamente utilizada neste tipo de estudos, subsiste a crítica à sua aplicação na avaliação da eficiência, isto porque existe a dificuldade desta metodologia distinguir os fatores que a podem influenciar. Para ultrapassar este problema e numa perspetiva qualitativa procedeu-se à realização de entrevistas aos principais intervenientes na direção dos serviços que obtiveram maiores e menores *scores*. Para esta componente qualitativa, foi aplicada a técnica da análise de conteúdo, que segundo Bardin (2006) permite um processo de codificação, entendido como a transformação das mensagens relevantes em unidades que permitem a realização de uma precisa e consistente análise.

Todo o percurso metodológico desenhado para o presente estudo teve por base dar resposta aos seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Verificar se a alteração do estatuto jurídico do Hospital Amato Lusitano (SPA para E.P.E.) lhe conferiu maior eficiência nos seus serviços.

Objetivos específicos:

- Verificar quais os serviços clínicos que apresentaram melhores resultados em cada ano;
- Avaliar o impacto nos rácios de eficiência dos serviços nos anos correspondentes ao período de austeridade com aplicação do memorando de entendimento (2011-2014);
- Analisar os fatores/motivos intrínsecos ou extrínsecos à instituição que poderão estar na base do diferencial de eficiência observado entre os diferentes serviços.

As hipóteses de investigação formuladas tiveram por base a revisão da literatura que incidu num conjunto de trabalhos realizados sobre avaliação de eficiência de unidades hospitalares (Anexo I). Assim, o modelo de análise assentou nas seguintes hipóteses:

- H1 - A transição para o estatuto E.P.E. a partir de 2009 tornou todos os serviços clínicos do Hospital Amato Lusitano mais eficientes, relativamente ao período anterior;
- H2 - Existe um acréscimo de eficiência entre os anos 2011 a 2014 devido ao programa de ajustamento financeiro nos serviços do Hospital Amato Lusitano;
- H3 - O reforço de meios promove melhores resultados de eficiência dos serviços;
- H4 - A promoção de uma efetiva articulação com outros níveis de cuidados (cuidados de saúde primários, continuados ou paliativos) contribuiu para a melhoria dos resultados de eficiência.

Desta forma, para a obtenção dos resultados, percorreram-se duas etapas distintas:

- Em primeiro lugar, através da DEA, pretendeu-se avaliar o desempenho dos serviços do Hospital Amato Lusitano, no período de 2002 a 2017;
- A segunda parte, após avaliar os *scores* de eficiência para os serviços, complementou-se a análise de desempenho com entrevistas aos responsáveis por cada serviço e pela gestão do Hospital.

7.2. Orientação do estudo DEA

Como observado no capítulo 6, a metodologia DEA como resultado do seu desenvolvimento, pode apresentar vários modelos e em cada um deles serem consideradas diferentes conceções. Desta forma, em relação à orientação dos estudos, é possível considerar uma

orientação para o *input* ou *output*, no caso dos modelos radiais (ex. modelo CCR/BCC) e ainda não orientada para os modelos não-radiais (SBM). Quanto à variação dos rendimentos, estes podem ser constantes à escala (CRS) ou variáveis à escala (VRS). (Jubran, 2006)

Neste estudo, o conceito de eficiência utilizado, refere-se à eficiência técnica relativa, proposta por Farrel (1957) e por Farrel e Fieldhouse (1962). Assim, neste contexto, eficiência é entendida como uma medida relativa, que considera a relação entre os recursos utilizados com os produtos obtidos, procurando obter o melhor resultado possível.

A eficiência técnica relativa para uma unidade de produção é dada pela seguinte expressão:

$$Eficiencia\ técnica\ relativa = \frac{Soma\ do\ peso\ dos\ produtos\ (outputs)}{Soma\ do\ peso\ dos\ recursos\ (inputs)}$$

A nível hospitalar, a eficiência técnica relativa pode ser vista como a relação física existente entre os recursos utilizados no hospital (para estes estudos, são financeiros) e os *outputs* de saúde, definidos, neste caso, em termos intermédios (número de doentes saídos do internamento, número de sessões de hospital de dia, número de consultas e número de cirurgias) (Melo Goncalves, 2008). Assim, através da aplicação da DEA pretende-se:

- Avaliar a evolução da eficiência técnica em cada um dos serviços ao longo do período de tempo considerado;
- Identificar os anos em que se registaram os maiores *scores* de eficiência.

Tendo presentes estes objetivos, optou-se por se aplicar um modelo CCR orientado para o *output*. Devido à homogeneidade dos resultados optou-se pelo conceito de supereficiência de Petersen (descrito no capítulo anterior).

7.2.1. Definição das variáveis de *inputs* e *outputs*

A nível teórico, podemos entender por *inputs* os recursos consumidos/gastos por uma unidade produtiva (DMU), para obtenção de um determinado conjunto de bens/serviços, resultantes da atividade/processo produtivo (*outputs*) (Rego, 2011).

A avaliação da eficiência hospitalar com a metodologia DEA assume, para este estudo, como *inputs*, os custos totais (diretos e indiretos) realizados em cada serviço do Hospital Amato Lusitano. Como *outputs* optou-se por se considerar os doentes saídos do internamento, número total de consultas, número total de cirurgias e número de sessões de hospital dia. No caso dos MCDT's os outputs considerados foram os exames de Raio X convencional, Tomografia Axial Computorizada, Mamografia e Ecografia; e as análises de Bioquímica, Hematologia, Microbiologia e Imunologia/Virologia.

Tabela 9 - Explicitação das variáveis (outputs) do estudo

Variáveis	Caracterização
Número de doentes saídos do internamento	Número total anual de doentes que deixaram de estar internados num determinado serviço devido a situação de alta, óbito ou transferência. Esta variável representa uma parte significativa da produção hospitalar que consome uma quantidade significativa de recursos.
Número total de consultas	Ato em saúde no qual um profissional de saúde avalia a situação clínica de uma pessoa e procede ao planeamento da prestação de cuidados de saúde. Para uma melhor contemplação dos custos realizados com esta atividade no total de custos da unidade, foram incluídas para além das consultas médicas, as consultas não médicas.
Número total de cirurgias	Conjunto de atos cirúrgicos, com o mesmo objetivo terapêutico e/ou diagnóstico, realizado(s) por médico cirurgião em sala operatória na mesma sessão. Foram contabilizadas as intervenções cirúrgicas urgentes e as programadas (convencionais ou em ambulatório).
Número total de sessões de hospital de dia observadas	Número de atendimentos realizados numa unidade orgânico-funcional de um estabelecimento de saúde, com espaço físico próprio e meios técnicos e humanos qualificados, onde o doente recebe cuidados de saúde, de diagnóstico ou terapêutica, de forma programada, e permanece sob vigilância médica ou de enfermagem, por um período inferior a 24 horas.

Fonte: INE (2015)

7.2.2. Fontes de dados

Os dados foram fornecidos pelo Hospital Amato Lusitano, através do seu Serviço de Gestão Financeira e Gabinete de Apoio à Gestão (GAG).

7.2.3. Tempos e meios

Como período temporal foram definidos os anos 2002 a 2017. A opção por este período foi intencional e tem por objetivos: obter um período de tempo alargado que abrangesse um período anterior e posterior, tanto ao processo de empresarialização do Hospital Amato Lusitano (2009), como do período do programa de austeridade (2011-2014). Por outro lado, 2002 é um marco histórico na reforma hospitalar (ano da publicação da Lei de gestão hospitalar que previa o estatuto empresarial) e o ano 2017 apenas por ser o ano mais recente.

7.2.4. População/amostra

Como população alvo do estudo foram selecionados todos os serviços clínicos e secções auxiliares de apoio clínico do Hospital Amato Lusitano. Constituíram amostra do presente estudo os Serviços de Medicina Interna, Cardiologia, Gastrenterologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Geral, Pneumologia, Neurologia, Pediatria/Neonatologia, Dermatologia, Psiquiatria, Oftalmologia, Ortopedia, Urologia, Nefrologia, Obstetrícia/Ginecologia, Imagiologia e Patologia Clínica do Hospital Amato Lusitano. No anexo II apresenta-se a caracterização da amostra em termos estatísticos. A UCIP foi excluída do estudo por apenas apresentar uma

unida atividade (internamento) que é caracterizada por um pequeno número anual de utentes cujo grau de severidade, a grande diversidade de casos e longos períodos de internamento com custos muito elevados, poderia condicionar os resultados de eficiência.

7.3. Orientações da análise das entrevistas

O recurso às entrevistas pretende complementar a análise feita em termos quantitativos do comportamento da eficiência dos serviços, devido à passagem do Hospital Amato Lusitano de SPA ao estatuto E.P.E. e na avaliação do impacto que o memorando de entendimento teve no hospital em questão.

As entrevistas semiestruturadas permitem “...transformar em dados a informação diretamente comunicada por uma pessoa” (Tuckman, 2000, p. 307). Desta forma, tornam possível avaliar a informação que a pessoa inquirida detém e que é fruto da sua formação e experiência.

Os métodos de colheita de dados, nos estudos qualitativos, não se confinam apenas a associações de conceitos numéricos, mas permitem a aplicação da entrevista, a avaliação de experiências pessoais, a análise semântica e dos discursos quotidianos (Sampieri et al., 2006). A abordagem qualitativa, em complemento com a análise quantitativa pela aplicação da DEA, traz mais profundidade aos dados, riqueza interpretativa, contextualização do ambiente, aos detalhes e às experiências únicas (Nunes, 2016c).

Esta parte do estudo assume uma importância relevante, pois permite, junto dos responsáveis pelos serviços visados, apurar as suas perceções.

7.3.1. População/amostra

Os responsáveis dos serviços clínicos e administradores (que integraram o Concelho de Administração) compõem a amostra do estudo.

7.3.2. Objetivos da entrevista

Os objetivos da realização de entrevistas (anexo VI) centram-se em apurar:

- Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de eficiência na passagem do modelo SPA para E.P.E.;
- As implicações que poderão ter resultado da implementação de contenção de custos aos hospitais, por imposição do memorando de entendimento;

- Outros fatores direta ou indiretamente imputados a cada Serviço que poderão estar na base da melhoria ou degradação dos resultados.

7.3.3. Modelo de análise

Às entrevistas efetuadas será realizada uma análise de conteúdo, que se enquadra no âmbito dos estudos qualitativos. Esta análise permite, com base num conjunto de categorias, dar significado a todas as verbalizações recolhidas através das entrevistas. Para Bardin (2006), é uma técnica que permite analisar a mensagem transmitida por cada um dos entrevistados.

7.3.4. Categorização

A análise de conteúdo implica um processo de codificação, que não é mais que a transformação das mensagens relevantes em unidades que permitem analisar a informação (Bardin, 2006). Com este objetivo para o presente estudo e indo ao encontro das hipóteses e objetivos de investigação, a definição de categorias foi previamente realizada em torno das grandes questões em estudo no Hospital Amato Lusitano:

- Perceção sobre a transição do modelo SPA para E.P.E.;
- Perceção sobre os efeitos da *Troika* nos resultados de eficiência;
- Perceção sobre outros efeitos da integração com impacto na eficiência.

Tabela 10 - Definição prévia das categorias e subcategorias

Categoria	Definição	Subcategoria	Definição
Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de eficiência na passagem do modelo SPA para E.P.E.;	<i>Reflexão dos responsáveis de serviço sobre a passagem dos modelos SPA para E.P.E. estará na base do ganho de eficiência hospitalar</i>	Modelo de gestão do Setor Público Administrativo	<i>Perceção do conceito/vantagens e desvantagens deste modelo</i>
		Modelo de gestão empresarial E.P.E.	<i>Perceção do conceito/vantagens e desvantagens da aplicação das regras de gestão empresarial</i>
Perceção sobre as implicações na eficiência resultantes das medidas de contenção de custos impostas pelo memorando de entendimento	<i>Entendimento dos responsáveis de serviço das contenções de custos e as suas implicações na eficiência</i>	Contenções de custos - implicações a nível da eficiência	<i>Reflexão sobre as contenções de custos e as suas implicações na eficiência para o serviço/hospital</i>
		Implicações das medidas de austeridade na prestação de cuidados	<i>Reflexão dos responsáveis do serviço sobre os efeitos do subfinanciamento observado para o utente</i>
Perceção sobre efeitos da integração do hospital na ULS	<i>Reflexão dos responsáveis de serviço o efeito da integração</i>	Implicações ao nível da eficiência dos serviços	<i>Reflexão dos responsáveis do serviço sobre os resultados em termos eficiência</i>
		Implicações ao nível da prestação de cuidados	<i>Reflexão dos diretores do serviço sobre efeitos do subfinanciamento, no utente</i>

Perceção sobre outros efeitos (internos) que poderão influenciar os resultados	Entendimento relativo aos processos internos de acomodação dos efeitos da austeridade	Medidas implementadas para melhorar eficiência do serviço em tempo de crise	<i>Reflexão sobre as estratégias adotadas pela equipa para suprir necessidades</i>
Perceção sobre a margem de incremento de eficiência nos serviços	Reflexão dos responsáveis de serviços sobre as dinâmicas da eficiência	Com os recursos atuais	<i>Reflexão sobre as medidas possíveis a aumentar a eficiência</i>
		Com mais recursos	

Fonte: Elaboração própria

8. Análise dos resultados e discussão

Neste ponto, apresentam-se os resultados obtidos e a respetiva discussão, à luz da literatura, para cada uma das hipóteses formuladas.

- **H1 - A transição para o estatuto E.P.E. a partir de 2009 tornou todos os serviços clínicos do Hospital Amato Lusitano mais eficiente, relativamente ao período anterior;**

De acordo com a avaliação efetuada sobre a eficiência técnica dos Serviços com recurso à DEA, (vide anexo III), considerou-se uma avaliação global em termos da variação média da eficiência técnica, registada no período em estudo (figura 3).

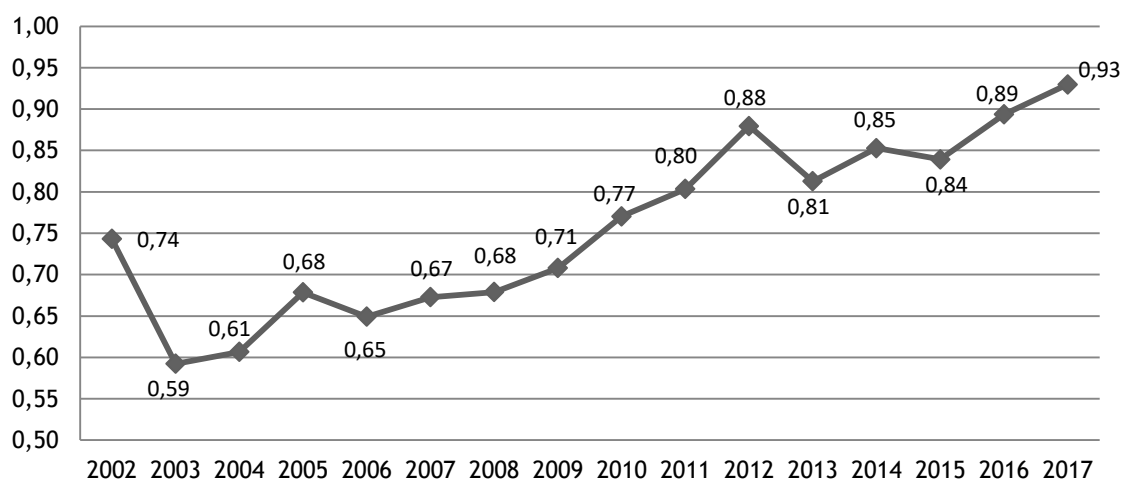


Figura 3 - Evolução dos scores de eficiência média registados no Hospital Amato Lusitano, entre 2002 e 2017

Fonte: Elaboração própria

Para aferir o efeito da transição do estatuto jurídico ocorrida no ano 2009 foram considerados os resultados de eficiência média em dois momentos distintos: o primeiro, no período anterior à alteração do estatuto (2002-2008) e o segundo, nos anos seguintes (2010-2017).

Para o período de 2002-2008, verificou-se uma eficiência técnica média de 0,66, enquanto que para o período de 2010-2017, a eficiência técnica média foi de 0,85.

Contudo, quando comparada a variação dos resultados de eficiência média, comparando os dois períodos, nem todos os Serviços apresentaram o mesmo tipo de comportamento, verificando-se em termos médios:

- Melhoria dos resultados de eficiência: Cardiologia (+6,4%); Medicina Interna (+20,9%); Dermatovenerologia (+50%); Gastroenterologia (+7,9%); Nefrologia (+29,8%); Pneumologia (53,9%); Psiquiatria (+40,7%); Cirurgia Geral (+3,73%); Oftalmologia (+39,5%); Ortopedia (+19,0%); Otorrinolaringologia (+9,8%); Urologia (+9,8%); Obstetrícia/Ginecologia (+15,6%); Pediatria/Neonatologia (+9,4%); Imagiologia (+44,3%); Patologia Clínica (+0,4%);
- Agravamento dos resultados de eficiência: Neurologia (-15,6%).

Quando comparados os dados nos períodos considerados observa-se que com a transição para o estatuto empresarial, 16 dos 17 Serviços considerados (94,1%) melhoram a sua eficiência técnica. De forma a avaliar a perceção dos responsáveis pelos Serviços Clínicos e administradores, relativamente ao impacto no seu Serviço, da passagem do modelo de gestão SPA para E.P.E. foi colocada a seguinte questão:

“Qual a sua perceção relativa ao impacto no seu Serviço da passagem do modelo de gestão SPA para E.P.E.?”

Na resposta, a maioria dos diretores de serviço e administradores entrevistados (47,1%) considerou que a transição para o modelo empresarial foi irrelevante, 41,2% considerou relevante e 11,7% respondeu que foi negativa.

Em complemento das respostas dadas à primeira questão foi solicitado aos entrevistados que destacassem as principais vantagens ou desvantagens que fundamentaram a sua opinião. Em resposta a esta segunda questão foram obtidas 26 verbalizações, sendo, com recurso à técnica da análise de conteúdo, apuradas 3 unidades de registo (tabela 11).

Tabela 11 - Frequência das verbalizações às vantagens de ambos os modelos existentes no Hospital Amato Lusitano

Categoria	Subcategorias	Unidade de registo	n	%
1. Os efeitos que poderão estar na base do diferencial de eficiência na passagem do modelo SPA para E.P.E.	Passagem do modelo de gestão do Setor Público Administrativo para modelo de gestão empresarial E.P.E.	Percepção Positiva	7	41,2
		Percepção Negativa	2	11,7
		Percepção Neutra	8	47,1
		Vantagens (flexibilidade dos processos de gestão)	12	46,2
		Desvantagens (agravamento do funcionamento dos serviços)	7	26,9
		Sem impacto	7	26,9
No anexo IV apresenta-se a análise de conteúdo completa com as unidades de contexto obtidas de cada uma das entrevistas				

Fonte: Elaboração própria

Com um total de 12 verbalizações (46,2%) são referidas como vantagens a flexibilidade dos processos (exs. " maior agilidade de gestão" (E1, p.1); "maior autonomia financeira" (E9, p.1)) e com um total de 7 verbalizações (26.9%) as desvantagens encontram-se em torno de um agravamento do funcionamento dos Serviços (exs. "não existe autonomia, dependência da ARS e ACSS" (E8, p.1); "Autonomia aparente, controlada pelo Ministério das Finanças e Tutela" (E1, p.1)); e 7 verbalizações (26.9%) apontam para uma transição sem qualquer impacto (exs. "Não teve vantagem, nem desvantagem" (E4, p.1); "Não encontra desvantagens/vantagens" (E5, p.1)).

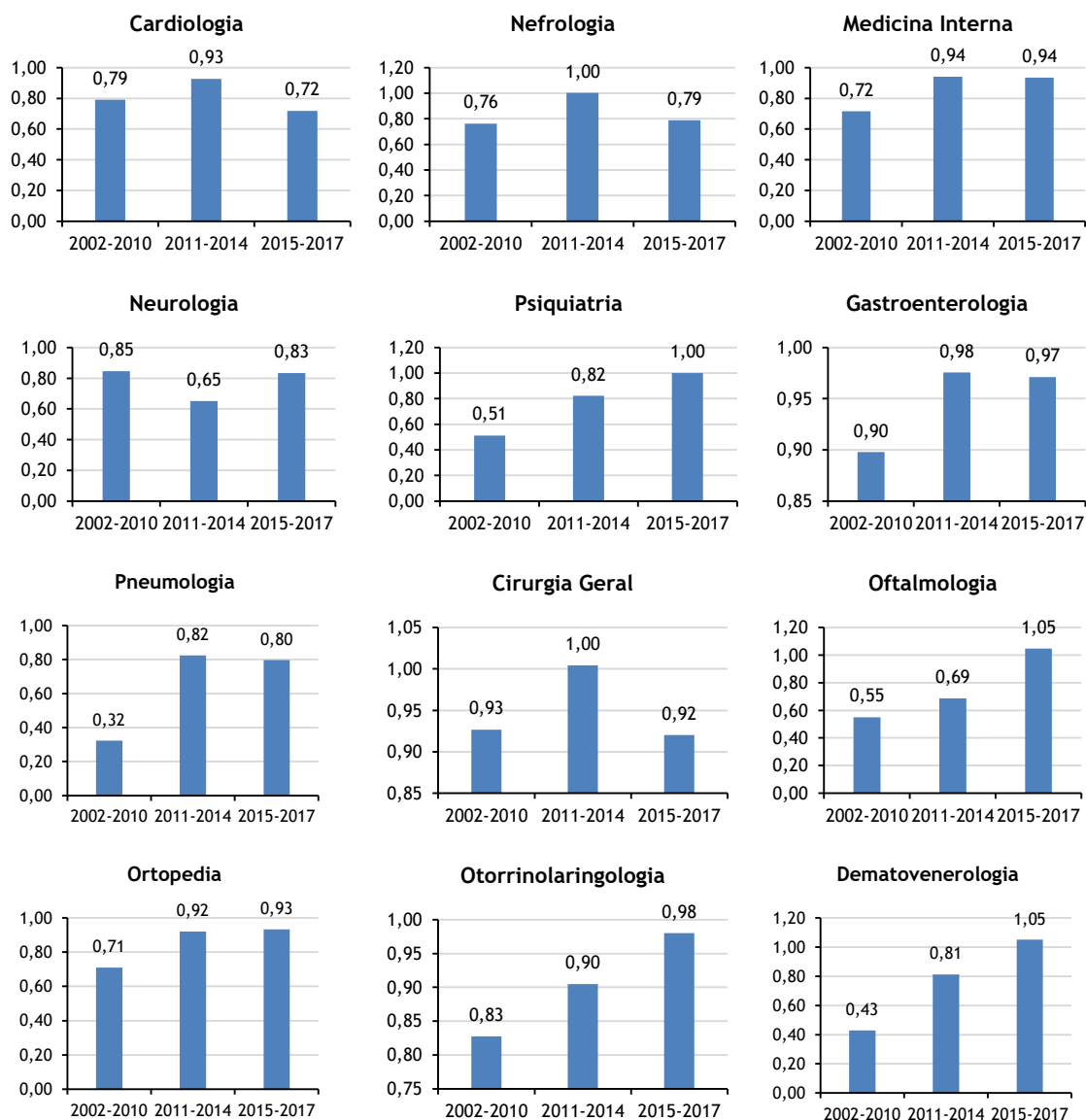
Assim, foi verificada a hipótese registando-se um acréscimo da eficiência técnica média de 19,0%, no período correspondente ao estatuto empresarial, quando comparado com o anterior integrado no setor público administrativo. De acordo com as entrevistas verificou-se que os diretores de serviço e administradores, indo ao encontro dos resultados apurados, têm a percepção de que a eficiência trouxe mais vantagens contribuindo positivamente para os resultados alcançados.

Os resultados obtidos neste estudo vão ao encontro dos resultados dos estudos realizados por que concluiu que os hospitais E.P.E. apresentam valores superiores de eficiência técnica que os hospitais SPA; Harfouche (2012), no seu estudo, verificou que os hospitais com estatuto de gestão empresarial obtiveram ganhos de eficiência, tal como neste estudo se verificou e Nunes (2016c) que, também numa perspetiva de longo prazo, concluiu que a adoção de um estatuto de gestão empresarial para os hospitais públicos os dotou de melhores resultados de eficiência.

- **H2 - Existe um acréscimo de eficiência entre os anos 2011 a 2014 devido ao programa de ajustamento financeiro nos Serviços do Hospital Amato Lusitano**

Para esta hipótese recorreu-se à avaliação efetuada sobre a eficiência técnica dos Serviços (*vide* anexo V); considerou-se uma avaliação global em termos da variação média da eficiência técnica, registada nos períodos 2002-2010; 2011-2014 e 2014-2017.

No período anterior ao plano de assistência financeira negociado com a Troika, 2002-2010, verificou-se uma eficiência técnica média de 0,68 no Hospital Amato Lusitano. Durante o período que Portugal esteve sob o plano de assistência financeira (2011-2014), o Hospital Amato Lusitano obteve uma eficiência técnica média foi de 0,84. No período após assistência financeira, 2015-2017, a eficiência técnica média do Hospital Amato Lusitano foi de 0,88. Os resultados obtidos para cada Serviço apresentam-se na figura seguinte.



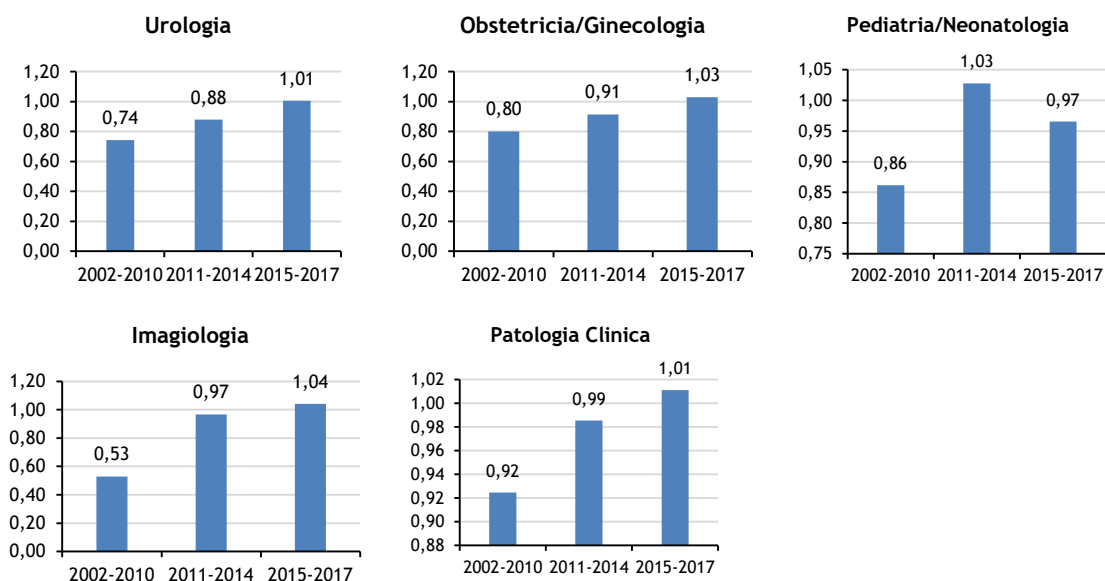


Figura 4 - Scores de eficiência técnica média por Serviço, antes, durante e após austeridade
 Fonte: elaboração própria

Pela observação dos gráficos anteriores verificou-se que os diversos Serviços apresentaram diferentes comportamentos, no que se refere aos resultados de eficiência, em termos médios, nos três períodos de tempo considerados:

- Serviços que melhoraram a sua eficiência durante período de austeridade: Cardiologia, Nefrologia, Medicina Interna, Psiquiatria, Gastroenterologia, Pneumologia, Cirurgia Geral, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Dermatovenerologia, Urologia, Obstetrícia/Ginecologia, Pediatria/Neonatologia, Imagiologia e Patologia Clínica.
- Serviços que agravaram os seus resultados de eficiência durante período de austeridade: Neurologia.

Numa leitura complementar verifica-se, por um lado, que após a austeridade 6 Serviços (Pediatria/ Neonatologia, Cirurgia Geral, Pneumologia, Gastroenterologia, Cardiologia e Nefrologia) agravaram os seus resultados de eficiência. Por outro lado, os Serviços de Dermatovenerologia, Psiquiatria, Oftalmologia, Urologia, Obstetrícia/Ginecologia, Imagiologia e Patologia Clínica atingiram um resultado de supereficiência (com score >1).

Para complementar os resultados obtidos e apurar o impacto real do período de austeridade sentido nos Serviços, foi colocada a seguinte questão aos respetivos diretores e administradores:

"Sentiu alguma limitação na aquisição de recursos (técnicos, humanos) derivada da política de austeridade vivida em todo o setor da saúde entre 2011 e 2014?"

Em resposta a esta questão foram obtidas 17 verbalizações, sendo com recurso à técnica da análise de conteúdo apuradas 3 unidades de registo (tabela 12).

Tabela 12 - Frequência das verbalizações relativamente ao impacto do período de austeridade nos Serviços do Hospital Amato Lusitano

Categoria	Subcategorias	Unidade de registo	n	%
Percepção sobre as implicações na eficiência resultantes das medidas de contenção de custos impostas pelo memorando de entendimento	Contenções de custos - implicações a nível da eficiência na prestação de cuidados	Impacto positivo (aumento de eficiência)	2	11,8
		Impacto negativo (baixou eficiência)	8	47,0
		Impacto neutro (sem implicações ao nível da eficiência)	7	41,2
No anexo IV apresenta-se a análise de conteúdo completa com as unidades de contexto obtidas de cada uma das entrevistas				

Fonte: Elaboração própria

Na resposta, a maioria dos diretores de serviço e administradores entrevistados (47,0%) consideraram que o período de austeridade teve impacto negativo em termos de eficiência (exs. “*Sim, falta de recursos humanos*” (E6, p.1)). Porém, 41,2% considerou que o período de austeridade não teve impacto (exs. “*Não houve diferença, as restrições são as mesmas antes e depois*” (E4, p.1)). Apenas 2 entrevistados (11,8%) referiram que ocorreu um impacto positivo com melhoria dos resultados de eficiência em período de austeridade.

Assim, a hipótese foi verificada pela metodologia quantitativa aplicada, registando-se um acréscimo da eficiência técnica média no período de austeridade. Porém, esse não foi o entendimento dos entrevistados que na verdade estão divididos entre um impacto neutro ou negativo, nunca afirmando uma percepção positiva com um incremento de eficiência associado ao período de aplicação das medidas do MCEPE.

Na sequência da resposta a esta questão é importante referir que 2 dos inquiridos (administradores) referem que após a Troika ainda se verificou alguma falta de autonomia na gestão. Estas afirmações confirmam-se quando grande parte do conteúdo os termos de referência para a contratualização iniciados em 2013 se mantêm nos contratos atuais e ainda pelo facto de se encontrar legislação que restringe a autonomia, como são exemplo os casos de aprovação de despesa segundo o Despacho 10220/2014, 08 de agosto¹ e a continuidade da vigência da Lei dos Compromissos e dos Pagamentos em Atraso².

Os resultados obtidos neste estudo vão ao encontro dos resultados do estudo realizado por Nunes (2016b) que concluiu que a política de austeridade ao aplicar um corte no financiamento atribuído aos hospitais e tendo presente que o movimento assistencial se

¹ Determina que os investimentos que tenham valor inferior a 1.000.000€ podem ser autorizados pelo conselho de administração das entidades do SNS, quando as entidades não tenham acumulado pagamentos em atraso no ano anterior ao da realização do investimento.

² Aprova as regras aplicáveis à assunção de compromissos e aos pagamentos em atraso das entidades públicas

manteve, só poderia resultar numa melhoria da eficiência. Este resultado era também já previsto por Farrel (1957) quando nos seus trabalhos sobre a definição de eficiência falava na sua obtenção através da minimização do *input*. Em Portugal não existem mais estudos que relacionem o período de austeridade com avaliação da eficiência com recurso à DEA.

- **H3 - O reforço de meios promove melhores resultados de eficiência dos serviços.**

Para verificar se a eficiência aumenta com o reforço de meios nos Serviços foi colocada a seguinte questão aos respetivos diretores e administradores:

"O seu Serviço tem margem para se tornar mais eficiente no futuro? Quais as medidas que implementaria ou quais os recursos necessários para melhorar os resultados?"

Em relação à primeira questão todos os diretores de serviço responderam que havia margem para o aumento da eficiência. Em resposta à segunda questão foram obtidas 34 verbalizações, sendo com recurso à técnica da análise de conteúdo apuradas 9 unidades de registo (tabela 13).

Tabela 13 - Frequência das verbalizações relativamente à percepção sobre a margem de incremento de eficiência nos Serviços

Categoria	Subcategorias	Unidade de registo	n	%
Percepção sobre a margem de incremento de eficiência nos Serviços	Com mais recursos	Aumento da eficiência Afirmativo	17	100
		Aumento da eficiência Negativo	0	0
		Recursos humanos	14	41,2
		Espaço físico	2	5,9
		Novas tecnologias	4	11,7
		Novas técnicas	2	5,9
		Tempo	2	5,9
		Prestação de serviços	2	5,9
		Formação	2	5,9
		Organização	5	14,7
		Incentivos	1	2,9
No anexo IV apresenta-se a análise de conteúdo completa com as unidades de contexto obtidas de cada uma das entrevistas				

Fonte: Elaboração própria

Nas respostas dadas destaca-se o facto de a maioria das verbalizações (41,2%) considerarem que os recursos humanos são um fator importante para o aumento da eficiência (exs. *"aumentar os recursos humanos (médicos, enfermeiros e auxiliares)"* (E1, p.2)); 14,7% das verbalizações apontam para fatores de ordem interna, relacionados com organização (exs. *"reorganizar os Serviços de acordo com os indicadores de contrato, elaboração de um plano local de saúde, gabinete de epidemiologia, criação de um gabinete de epidemiologia e rigor na produção de dados"* (E15, p.1)); 11,7% consideram que as novas tecnologias teriam impacto na eficiência (exs. *"renovação de aparelhos"* (E3, p.1)); 5,9% das respostas apontaram para novas técnicas (exs. *"implementação de novas técnicas"* (E6, p.1)); 5,9%

referiram que o tempo era um fator de eficiência (exs. “*mais tempos operatórios*” (E4, p.1)); 5,9% verbalizaram que o espaço físico era importante na eficiência (exs. “*reforço do espaço físico*” (E13, p.1)); 5,9% relataram a prestação de serviços (exs. “*melhorar a prestação de serviços a outras unidades hospitalares*” (E1, p.2)); 5,9% consideram a formação como fator de eficiência (exs. “*formação a todo o nível*” (E15, p.1)) e com apenas uma verbalização surgem os incentivos (ex. “*possibilidade de incentivos, mesmo não sendo monetários*” (E11, p.2)).

A hipótese foi verificada e confirmada por todos os entrevistados. Porém, os resultados obtidos não vão propriamente ao encontro da literatura, pois nem sempre se confirma o efeito de economias de escala ou gama no incremento de recursos. Como exemplo os estudos realizados por Nunes (2016c) e por Ferreira, Marques e Nunes (2018) concluíram que os reforços de meios nos processos de fusões hospitalares nem sempre geraram ganhos de eficiência. Também, a própria definição de eficiência dada por Farrel (1957) assume que os ganhos de eficiência podem, de facto, ser obtidos pela maximização do *input* (reforço de meios neste caso), mas não necessariamente, pois também pode ser obtida com a imobilização do *input* e a maximização dos resultados.

- **H4 - A promoção de uma efetiva articulação com outros níveis de cuidados (cuidados de saúde primários, continuados ou paliativos) contribuiu para a melhoria dos resultados de eficiência.**

Para verificar esta hipótese foi colocada a seguinte questão aos respetivos diretores e administradores:

“A promoção de uma efetiva articulação com outros níveis de cuidados (cuidados de saúde primários, continuados ou paliativos), que caracteriza uma ULS, poderá promover melhores resultados de eficiência no seu Serviço? Porquê?”

Como resposta à pergunta se a articulação com outros níveis de cuidados da ULS promoveu melhores resultados de eficiência nos Serviços, 58,8% dos diretores e administradores entrevistados consideraram positiva. Na argumentação, com recurso ao método da análise de conteúdo encontraram-se um total de 21 verbalizações. Apesar de, maioritariamente, os entrevistados considerarem a integração na ULS como uma medida positiva, a maioria das verbalizações foi dada pelos diretores que têm uma perceção negativa sobre a concretização da expectada melhoria da articulação entre os diferentes níveis de cuidados (cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e paliativos) (tabela 14).

Tabela 14 - Frequência das verbalizações relativamente à percepção sobre os feitos da integração do Hospital na ULS

Categoria	Subcategorias	Unidade de registo	n	%
Perceção sobre os efeitos da integração do Hospital na ULS	Implicações ao nível da eficiência dos Serviços e da prestação de cuidados	Perceção Positiva	10	58,8
		Perceção Negativa	5	29,4
		Perceção Neutra	2	11,8
		Melhoria da articulação	9	42,9
		Falta/ausência de articulação	12	57,1
No anexo IV apresenta-se a análise de conteúdo completa com as unidades de contexto obtidas de cada uma das entrevistas				

Fonte: Elaboração própria

Nas respostas, com um total de 12 verbalizações (57,1%) os diretores de serviço e administradores entrevistados, não há propriamente um consenso. Por um lado, não existe a articulação desejável (exs. " *articulação não se encaixa*" (E3, p.1); " *articulação com os cuidados primários é deficitária*" (E4, p.1)), e por outro lado, entre os pontos positivos afirma-se a articulação com partilha de recursos (exs. " *Melhora a articulação com os cuidados de saúde primários*" (E1, p.1) e " *aproveitamento de equipamento*" (E6, p.1)).

Esta hipótese não se pode confirmar no caso do Hospital Amato Lusitano, não existindo uma percepção firme sobre o impacto do modelo de ULS nos resultados.

9. Considerações finais

Portugal, com a criação de um Serviço Nacional de Saúde, em 1979, passou a prestar cuidados de saúde de forma universal, geral e tendencialmente gratuita, tendo para isso desenvolvido uma rede de prestadores públicos por todo o país, que foram sofrendo sucessivas reformas na procura de um maior acesso, de forma eficiente, salvaguardando a sustentabilidade do setor.

Na região sul do distrito de Castelo Branco, a prestação de cuidados de saúde hospitalares é garantida desde 1977 pelo Hospital Amato Lusitano. Desde a sua construção até ao ano 2009 o Hospital Amato Lusitano encontrava-se integrado no Setor Público Administrativo, transitando, nesse mesmo ano, para um estatuto empresarial (E.P.E.) que, baseado nos princípios gestionários da *New Public Management*, pretendia introduzir maior autonomia de gestão e financeira, melhorar a relação entre os órgãos de gestão e os seus profissionais de saúde, melhorar o desempenho da atividade assistencial, dos resultados de eficiência e da qualidade do atendimento.

Este estudo teve por objetivo avaliar os efeitos da alteração do estatuto jurídico em termos de eficiência em cada um dos serviços clínicos num período alargado antes e após a alteração do estatuto jurídico 2002 e 2017. Para isso, recorreu-se à metodologia *Data Envelopment Analysis* para avaliar os resultados de eficiência e à realização de entrevistas semiestruturadas aplicadas aos diretores dos serviços e elementos do Conselho de Administração em funções em cada um dos períodos analisados

Dos resultados obtidos foi possível retirar várias conclusões: quanto aos efeitos da transição nos vários Serviços, concluiu-se que a adoção do estatuto E.P.E. gerou uma melhoria dos resultados de eficiência, em 94,1% dos serviços clínicos. Porém, os diretores de serviço, na sua maioria (58,8%), não tiveram essa perceção e consideraram que esta transição foi “irrelevante” ou que teve mesmo “efeitos negativos”; relativamente aos efeitos do programa de austeridade concluiu-se que durante o período do programa de ajustamento financeiro, a eficiência técnica aumentou e após este período manteve-se essa tendência. Contudo, esse não foi o entendimento dos entrevistados que na verdade estão divididos entre um impacto neutro ou negativo. Ainda segundo a opinião dos entrevistados (sobretudo os diretores de serviço) conclui-se que existe uma perceção de que há ainda uma margem para um incremento de eficiência nos seus Serviços, através do reforço de meios (nomeadamente aumento do número de recursos humanos) e de uma verdadeira articulação com outros níveis de cuidados, o que, segundo os entrevistados, ainda não foi sentido no caso do Hospital Amato Lusitano.

Em suma, pode-se referir que o Hospital Amato Lusitano beneficiou da alteração do regime jurídico, tendo obtido uma melhoria global de eficiência, em termos médios, ao longo do período de tempo analisado.

10. Referências

- ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde (2009). *Unidades Locais de Saúde, Modalidade de Pagamento - Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização*. Lisboa: ACSS. Obtido em 11 de agosto de 2018, de <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/modalidadeULS09.pdf>.
- Aletras, V., Kontodimopoulos, N., Zagouldoudis, A., & Niakas, D. (2007). The short-term effect on technical and scale efficiency of establishing regional health systems and general management in Greek NHS hospitals. *Health Policy* 83, 236-245. DOI: [10.1016/j.healthpol.2007.01.008](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.01.008).
- Andersen, P., & Petersen, N. (1993). A procedure for ranking efficient units in data envelopment analyses. *Management Science*, 39(10), 1261-1264. DOI: [10.1287/mnsc.39.10.1261](https://doi.org/10.1287/mnsc.39.10.1261)
- Azevedo, H., & Mateus, C. (2014). Economias de escala e de diversificação: uma análise da bibliografia no contexto das fusões hospitalares. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(1), 106-117. DOI: [10.1016/j.rpsp.2013.12.001](https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.12.001).
- Banker, R., Charnes, A., & Cooper, W. (1984). Some models for estimating technical and scale inefficiencies in data envelopment analysis. *Management Science*, 30(9), 1078-1092. DOI: [10.1287/mnsc.30.9.1078](https://doi.org/10.1287/mnsc.30.9.1078).
- Barañano, A. M. (2008). *Métodos e técnicas de investigação em gestão: manual de apoio à realização de trabalhos de investigação*. Lisboa: Sílabo.
- Barbetta, G., Turati, G., & Zago, A. (2007). Behavioral differences between public and private not for profit hospitals in the Italian National Health Service. *Health economics*, 16(1), 75-96. DOI: [10.1002/hec.1143](https://doi.org/10.1002/hec.1143).
- Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barros, P. P. & Gomes, J. P. (2002). *Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português*. Lisboa: Gabinete de Análise Económica da Faculdade de Economia - Universidade Nova de Lisboa
- Barros, P.P. (2013). *Economia da Saúde*. Coimbra: Almedina.
- Biarn E., Hagen, T., Iversen, T., & Magnussen, J. (2003). The Effect of Activity-Based Financing on Hospital Efficiency: A Panel Data Analysis of DEA Efficiency Scores 1992- 2000. *Health Care Management Science*, 6(4), 271-283. DOI: [10.1023/A:102621282](https://doi.org/10.1023/A:102621282)
- Campos, A. (2003). Hospital-empresa: crónica de um nascimento retardado. *Políticas de saúde*, 21(1), 23-33.
- Campos, A. (2008). *Reformas da saúde - o fio condutor*. Coimbra: Edições Almedina.
- Campos, A., & Simões, J. (2011). *O percurso da saúde: Portugal na Europa*. Coimbra: Almedina
- Carreira, C. M. (1999). Economias de Escala e de Gama nos Hospitais Públicos Portugueses: uma aplicação da função de custo variável translog. *Estudos de Economia*, 19(3), 273-294.

- Carvalho, E. R. (2008). *Reforma Administrativa Sob o Mote do New Public Management: os Casos de Portugal, Espanha e Irlanda (Working paper)*. Lisboa: Centro de Administração e Políticas Públicas do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa.
- Casado, F. L., & Souza, A. M. (2015). Análise Envoltória de Dados: conceitos, metodologia e estudo da arte na Educação Superior. Obtido em 8 de agosto de 2018, de <https://www.researchgate.net/publication/228466900>
- Chang, H., & Cheng, M. (2004). Hospital ownership and operating efficiency: Evidence from Taiwan. *European Journal of Operational Research*, 159(2), 513-27. DOI: [10.1016/S0377-2217\(03\)00412-0](https://doi.org/10.1016/S0377-2217(03)00412-0)
- Charnes, A., Cooper, W. & Rhodes, E. (1978). Measuring the efficiency of decision making units. *European Journal of Operational Research*, 2, 429-444. DOI: [10.1016/0377-2217\(78\)90138-8](https://doi.org/10.1016/0377-2217(78)90138-8)
- Chen, A., Hwang, Y., & Shao, B. (2005). Measurement and sources of overall and input inefficiencies: Evidences and implications in hospital services. *European Journal of Operational Research*, 161(2), 447-468. DOI: [10.1016/j.ejor.2003.09.017](https://doi.org/10.1016/j.ejor.2003.09.017)
- Comissão Europeia. (2010). *Joint Report on Health Systems. The European Commission and the Economic Policy Committee (Occasional Papers 74)*. Bruxelas: European Commission.
- Cook, W., & Seiford, L. (2009). Data envelopment analysis (DEA)-thirty years on. *European Journal of Operational Research*, 192(1), 1-17. DOI: [10.1016/j.ejor.2008.01.032](https://doi.org/10.1016/j.ejor.2008.01.032)
- Cooper, W., Seiford, L. and Tone, K. (2007). *Data envelopment analysis: a comprehensive text with models, applications, references and DEA-solver software(2nd Edition)*. Reino Unido: Springer.
- Costa, C., & Lopes, S. (2004). Produção hospitalar: a importância da complexidade e da gravidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, 35-50.
- Cylus, J., Papanicolas, I., & Smith, P. C. (2016). *Health system efficiency - How to make measurement matter for policy and management*. Copenhaga: Organização Mundial da Saúde.
- Dani, F. A., Oliveira, A. B., & Barros, D. S. (2010). O desenvolvimento sustentável como ótimo de Pareto na relação entre os princípios constitucionais ambientais e os princípios constitucionais económicos. *Revista de Direito Economico Socioambiental*, 1(2), 303-331.
- Debreu, G. (1951). The coefficient of resource utilization. *Econometrica*, 19(3), 273-292. DOI: [10.2307/1906814](https://doi.org/10.2307/1906814)
- Deloitte. (2011). *Health under analysis - A vision for the future*. Obtido em 11 de maio de 2018, de https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/pt/Documents/life-sciences-health-care/healthunderanalysis_march2011.pdf
- ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública (2009). *Contratualização em Cuidados de Saúde Primários - Horizonte 2015/20*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública/Universidade Nova de Lisboa. Obtido em 24 de junho de 2018, de http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/relatorio_fase1_vf.pdf
- Farrel (1957). The measurement of productive efficiency. *Journal of the Royal Statistical Society*. 120(3), 253-281. DOI: [10.2307/2343100](https://doi.org/10.2307/2343100)

- Farrel, M. & Fieldhouse, M. (1962). Estimating efficient production under increasing returns to scale. *Journal of the royal statistical society*, 125(2), 252-267.
- Fernandes, A.C (2014). A combinação público-privado. In Campos, A. & Simões, J. (Coord). *40 anos de abril na saúde* (pp. 213-231). Coimbra: Almedina.
- Fernandes, A. C. (2015). *A Combinação Público-Privado em Saúde: Impacto no desempenho do sistema e nos resultados em saúde no contexto português (Tese de Doutoramento)*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas
- Fernandes, A. C., & Nunes, A. M. (2016). Os Hospitais e a Combinação Público-Privado no Sistema de Saúde Português. *Acta Medica Portuguesa* 29(3), 217-223. DOI: [10.20344/amp.6712](https://doi.org/10.20344/amp.6712)
- Ferreira, A., Escoval, A., Lourenço, A., Matos, T., & Ribeiro, R. (2010). A contratualização de cuidados de saúde. In Simões, J. (coord.). *30 anos do Serviço Nacional de Saúde* (pp. 425-460). Coimbra: Almedina
- Ferreira, D.C., Marques, R.C., & Nunes A.M. (2018). Economies of scope in the health setor: The case of Portuguese hospitals. *European Journal of Operational Research* 266(2), p. 716-735. DOI: [10.1016/j.ejor.2017.09.044](https://doi.org/10.1016/j.ejor.2017.09.044)
- Ferrier, G., & Valdmanis, V. (2004). Do Mergers Improve Hospital Productivity? *Journal of the Operational Research Society*, 55(10), 1071-1080. DOI: [10.1057/palgrave.jors.2601738](https://doi.org/10.1057/palgrave.jors.2601738)
- Fortin, M. (2000). *O processo de investigação: da conceptualização à realização*. Lisboa: Lusodidactica.
- Fournier, G., & Mitchell, J. (1992). Hospital costs and competition for services: a multiproduct analysis. *The Review of Economics and Statistics*, 74, 627-634.
- Harfouche, A. (2008). *Hospitais transformados em empresas. Análise do impacto na eficiência: Um estudo comparativo*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (ISCSP).
- Harfouche, A. (2012). *Opções políticas em saúde. Efeitos sobre a eficiência hospitalar*. Coimbra: Edições Almedina.
- INE (2015). *Serviço de metainformação*. Obtido em 8 de agosto de 2018, de <http://smi.ine.pt/Conceito>
- Jacobs, R., Smith, P., & Street, A (2006) *Measuring efficiency in health care: analytic*. Cambridge: University Press.
- Jubran, A. J. (2006). *Modelo de Análise de Eficiência na Administração Pública: Estudo aplicado às Prefeituras Brasileiras usando Análise Envoltório de Dados (Tese de Doutoramento)*. São Paulo: Escola Politécnica da Universidade São Paulo.
- Kirigia, J. Emrouznejad, A., & Sambo, L. (2002). Measurement of technical efficiency of public hospitals in Kenya: using Data Envelopment Analysis. *Journal of Medical Systems*, 26(1), pp. 39-46.
- Koopmans, T. (1951). Analysis of production as an efficient combination of activities. In Koopmans, T. (Ed). *Activity analysis of production and allocation, cowles commission for research in economics monograph* (pp.33-97). Nova Iorque: John Wiley & Sons.

Lima, T. M. (2015). The history of health policies in Portugal: a look at recent trends. *Res Net Health*. 1, e-1-11.

Mariano, E. B. (2007). Conceitos Básicos de Análise de Eficiência produtiva. Local: XIV Simpósio de Engenharia de Produção. DOI: [10.13140/2.1.3202.1441](https://doi.org/10.13140/2.1.3202.1441)

Matos, A. A., & Nunes, A. M. (2016). Inovação da Gestão dos Hospitais Públicos no Sistema de Saúde Português. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, julho/ dezembro, 5, 14-23. DOI: [10.5585/rgss.v5i2.290](https://doi.org/10.5585/rgss.v5i2.290)

Melo Gonçalves, L. F. (2008). *Análise da Eficiência dos Hospitais S.A. e SPA Segundo uma abordagem de fronteira de eficiência*. Lisboa: ISCTE Business School.

Miguel, J. P., & Bugalho, M. (2002). Economia da saúde: novos modelos. *Análise Social*, 38(166), 51-75.

Ministério da Saúde (2017). Nota Explicativa do OE 2018. Lisboa: Ministério da Saúde

Nunes, A. M. (2016a). A empresarialização das unidades hospitalares em Portugal: Efeitos na eficiência. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*, 20, 28-31.

Nunes, A. M. (2016b). Efeitos da Aplicação do Memorando de Entendimento sobre Condicionais Específicos de Política Económica na Prestação de Cuidados Hospitalares. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*, 18, 33-34.

Nunes, A. M. (2016c). *Reformas na Gestão Hospitalar: Análise dos efeitos da empresarialização (tese de Doutoramento em Ciências Sociais na Especialidade de Administração da Saúde)*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa

Nunes, A. M. (2017a). Gestão Hospitalar: Quatorze Anos de Empresarialização em Portugal. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, maio/ agosto (6), 154-162. DOI: [10.5585/rgss.v6i2.283](https://doi.org/10.5585/rgss.v6i2.283)

Nunes, A. M. (2017b). Do mundo empresarial à gestão hospitalar: a experiência portuguesa. *Revista FAE*, 20(1), 93 - 104.

Nunes, A. M. (2017c). Avaliação da Eficiência Técnica em Hospitais Portugueses: Efeitos da Empresarialização. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, 14(2), 61-75. DOI: [10.21450/rahis.v14i2.4154](https://doi.org/10.21450/rahis.v14i2.4154)

Nunes, A. M. (2017d). Análise da produtividade da política de fusão de unidades hospitalares em Portugal integradas no Serviço Nacional de Saúde. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*, 9(1), 93-9. DOI: [10.21115/JBES.v9.n1.p93-9](https://doi.org/10.21115/JBES.v9.n1.p93-9)

Nunes, A. M. (2017e). A empresarialização das unidades hospitalares em Portugal - efeitos na eficiência. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*, 20, 28-31.

Nunes, A. M., & Harfouche, A. P. (2015). A Reforma da Administração Pública Aplicada ao Setor da Saúde: A Experiência Portuguesa. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, julho/dezembro (4), 1-8. DOI: [10.5585/rgss.v4i2.145](https://doi.org/10.5585/rgss.v4i2.145)

Nunes A. M., & Matos A. A. (2017). Experiências de Gestão Hospitalar Realizadas em Portugal: Uma Perspectiva Comparada. *Revista Gestão & Saúde*, 8(2), p. 284-301. DOI: [10.18673/gs.v8i2.24601](https://doi.org/10.18673/gs.v8i2.24601)

Nunes A. M., & Matos A. A. (2018). Recentes estratégias na contratualização de cuidados de saúde centrada no utente e nos resultados: o foco no acesso, eficiência e qualidade. *Revista Portuguesa de Gestão e Saúde*, 24, 32-39.

Nunes, A. M. (2018). A Recuperação do Serviço Nacional de Saúde Português: Novas Perspectivas para a Política de Saúde. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 7(1), p. 16-28. DOI: [10.5585/rgss.v7i1.311](https://doi.org/10.5585/rgss.v7i1.311)

Nunes, A. M., & Ferreira, D. C. (2018). The health care reform in Portugal: Outcomes from both the New Public Management and the economic crisis. *Int J Health Plann Mgmt*, 33(3), 1-20. DOI: [10.1002/hpm.2613](https://doi.org/10.1002/hpm.2613)

Nunes, A. M., & Nunes, M. L. (2016). *A saúde em Portugal: um olhar sobre o Distrito de Castelo Branco*. Castelo Branco: RVJ - Editores.

Nunes, A.M. (2013). *A gestão empresarial hospitalar na perspectiva dos gestores hospitalares (Tese de Mestrado)*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa.

OMS - Organização Mundial da Saúde (2010). *Portugal Health System Performance Assessment*. Copenhaga: Organização Mundial da Saúde.

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2003). *Saúde - que rupturas?. Relatório Primavera*. Lisboa: OPSS.

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2006). *Um ano de governação em saúde: sentidos e significados. Relatório Primavera*. Lisboa: OPSS.

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2012). *Crise & Saúde: um país em sofrimento. Relatório Primavera*. Lisboa: OPSS.

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2016). *Saúde - Procuram-se novos caminhos. Relatório Primavera*. Lisboa: OPSS.

Ouellette, P., & Vierstraete, V. (2005). Technological change and efficiency in the presence of quasi-fixed inputs: A DEA application to the hospital sector. *European Journal of Operational Research*, 154(3), 755-764. DOI: [10.1016/S0377-2217\(02\)00712-9](https://doi.org/10.1016/S0377-2217(02)00712-9)

Pereira, J. (2004). *Economia da saúde: glossário de termos e conceitos* (4ª Edição). Lisboa: APES.

Pollitt, C., Homburg, V., & Van Thiel, S. (2007). The new public management in Europe. *Management Online Review*, 1-7.

Portal SNS, 2018. Entidades de Saúde. Obtido em 20 de julho de 2018, de

<https://www.sns.gov.pt/institucional/entidades-de-saude/>

Portugal (2011). *Memorando de entendimento sobre as condicionalidades de política económica. Programa de assistência financeira UE/FMI/BCE*. Request for a Three-Year Arrangement Under the Extended Fund Facility, IMF Country Report No. 11/127, June 2011. Obtido em 23 de maio de 2018, de https://www.portugal.gov.pt/media/371372/mou_pt_20110517.pdf

Rego, G. (2011). *Gestão empresarial dos serviços públicos. Uma aplicação ao setor da saúde*. Porto: Vida Económica.

- Rodrigues, C. (2011). *Governança de Organizações Públicas em Portugal: A Emergência de Modelos Diferenciados*. Mangualde: Edições Pedagogo.
- Sá Marques, T., Santos H., Ribeiro D., Maia C., & Ribeiro P. (2016). Portugal, a Crise Económica e as duas Macro regiões. VII Jornadas de Geografia Económica Los escenarios económicos en transformación. La realidad territorial tras la crisis económica. Obtido em 15 de abril de 2018, de https://www.researchgate.net/publication/317903865_Portugal_a_Crise_Economica_e_as_du_as_Macro_regioes
- Sá Reis, C. M. (2011). *Modelos de Gestão Hospitalar - Análise Comparativa*. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Sakellarides, C., Reis, V., Escoval, A., Conceição, C., & Barbosa, P. (2015). *O Futuro do Sistema de Saúde Português*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde - Universidade Nova de Lisboa
- Salvado, P. M. (2009). Amato Lusitano e Outras Presenças Médicas no Espaço Urbano Albicastrense - Visibilidades e invisibilidades. In Salvado, M. (Coord). *Medicina na Beira Interior da pré-história ao século XXI* (pp.69-82). Fundão: Grafisete
- Sampieri, R.; Collado, C., & Lúcio, P. (2006). *Metodologia de pesquisa* (3ª Edição). São Paulo: McGraw-Hill.
- Simões (2004). As parcerias público-privadas no setor da saúde em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, 79-90.
- Simões, P., & Marques, R. C. (2005). Performance and congestion analysis of the Portuguese hospital services. *Central European Journal of Operations Research*, 19(1), 39-63. Original Paper. DOI: [10.1007/s10100-009-0122-2](https://doi.org/10.1007/s10100-009-0122-2).
- Simões, J.A., Augusto, G.F., Fronteira, I., & Hernandez-Quevedo, C. (2017). Portugal health system review. *Health Systems in Transition*;19(2):1-184.
- Sousa, P. A. (2009). O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22 , 884-94.
- Souza, P. O., & Meza, L. A. (2006). *Uma Pesquisa Sobre Índices de Eficiência Não Radiais na Análise Envoltória de Dados. Simpósio de Pesquisa Operacional da Marinha*. Local: Centro de Análise de Sistemas Navais, 27 - 41.
- Stoleroff, A., & Correia T. (2008). *Sindicalismos no contexto de reforma dos serviços públicos em Portugal: o setor hospitalar*. VI Congresso Português de Sociologia, Mundos Sociais: Saberes e Práticas.
- Tribunal de Contas. (1999). Auditoria ao Serviço Nacional de Saúde. Relatório n.º 38/99 - 2ª Secção. Lisboa: Tribunal de Contas
- Tribunal de Contas (2006). *Relatório global de avaliação do modelo de gestão dos hospitais do SEE. Período 2001-2004*. Relatório n.º 20/2006. Lisboa: Tribunal de Contas
- Tuckman, B. (2000). *Manual de investigação em educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Yip, W., & Hafez, R. (2015). *Improving Health System Efficiency - Reforms for improving the efficiency of health systems: lessons from 10 country cases*. Geneva: Organização Mundial da Saúde.

Zhu J (2001). Super-Efficiency and DEA Sensitivity Analysis. *European Journal of Operational Research*, 129(2), 443-455. DOI: [10.1016/S0377-2217\(99\)00433-6](https://doi.org/10.1016/S0377-2217(99)00433-6).

10.1. Referências legais

Decreto-Lei n.º 48357/1968. Promulga o Estatuto Hospitalar. Diário do Governo n.º 101, I Série, 27 de abril, p.597.

Decreto-Lei n.º 488/75. Cria administrações distritais dos serviços de saúde. Diário do Governo n.º 204/1975, Série I, 4 de setembro, pp. 1305 - 1306.

Lei n.º 56/79. Serviço Nacional de Saúde Diário da República n.º 214/1979, Série I, 15 de setembro, pp. 2357-2363

Decreto-Lei n.º 254/82. Cria as administrações regionais de cuidados de saúde, abreviadamente designadas por administrações regionais de saúde (ARS). Diário da República n.º 147/1982, Série I, 29 de junho, 1897 - 1900.

Decreto-Lei n.º 19/88. Aprova a lei de gestão hospitalar. Diário da República n.º 17, I Série - 3º suplemento, 21 de janeiro, p. 248.

Lei n.º 48/90. Lei de Bases da Saúde. Diário da República n.º 195, I Série, 24 de agosto, pp. 3452-3459.

Decreto-Lei n.º 11/93. Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República n.º 12/1993, Série I-A, 15 de janeiro, pp. 129-134.

Decreto-Lei n.º 59/99. Aprova o novo regime jurídico das empreitadas de obras públicas. Diário da República n.º 51/1999, Série I-A, 2 de março, pp. 1102 - 1156.

Decreto-Lei n.º 558/99. Estabelece o regime jurídico do setor empresarial do Estado e das empresas públicas. Diário da República n.º 292, I Série A, 17 de dezembro, p. 9012.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002. Estabelece medidas para permitir a transformação de estabelecimentos públicos prestadores de cuidados hospitalares em entidades públicas empresariais (E.P.E.). Diário da República n.º 56/2002, Série I-B, 7 de março, 1868 - 1869.

Lei n.º 27/2002. Regime Jurídico da Gestão Hospitalar. Diário da República n.º 258/2002, Série I-A, 8 de novembro, pp.1-19.

Decreto-Lei n.º 93/2005. Transforma os hospitais sociedades anónimas em entidades públicas empresariais. Diário da República n.º 109/2005, I Série A, 7 de junho, p.3636.

Decreto-Lei n.º 233/2005. Transforma em entidades públicas empresariais os hospitais com a natureza de sociedade anónima, o Hospital de Santa Maria e o Hospital de São João e cria o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E., o Centro Hospitalar de Setúbal, E. P. E., e o Centro Hospitalar do Nordeste, E. P. E., e aprova os respectivos Estatutos. Diário da República n.º 249, I Série A, 29 de dezembro, p.7323.

Decreto-Lei n.º 318/2009. Cria a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E. P. E., e aprova os respectivos estatutos. Diário da República, n.º 212, I Série, 2 de novembro, pp. 8310-8317.

Decreto-Lei n.º 30/2011. Funde várias unidades de saúde e cria o Centro Hospitalar de São João, E. P. E., o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E. P. E., o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E. P. E., o Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E. P. E., e o Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, E. P. E., e altera o Centro Hospitalar do Porto, E. P. E.. Diário da República n.º 43, I Série, 2 de março, p. 1274.

Lei n.º 8/2012. Aprova as regras aplicáveis à assunção de compromissos e aos pagamentos em atraso das entidades públicas. Diário da República n.º 37/2012, Série I, 21 de fevereiro, pp.826-828.

Portaria n.º 82/2014. Estabelece os critérios que permitem categorizar os serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), de acordo com a natureza das suas responsabilidades e quadro de valências exercidas, e o seu posicionamento da rede hospitalar e procede à sua classificação. Diário da República n.º 71/2014, I Série, 10 de abril, pp.2364-2366.

Despacho n.º10220/2014. Determina que os investimentos que tenham valor inferior a EUR1.000.000 podem ser autorizados pelo conselho de administração das entidades do SNS. Diário da República n.º 152/2014, II Série, 8 de agosto, p.20454

Decreto-Lei n.º 18/2017. Regula o Regime Jurídico e os Estatutos aplicáveis às unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde com a natureza de Entidades Públicas Empresariais, bem como as integradas no Setor Público Administrativo. Diário da República n.º 30/2017, Série I, 10 de fevereiro, p. 694 - 720.

ANEXO I
ESTUDOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS SOBRE
EFICIÊNCIA
COM RECURSO À DEA

Autor	Inputs	Outputs	Conclusões
Kirigia, Emrouznejad e Samboo (2002) Quénia	Nº de médicos, farmacêuticos e dentistas; Nº de gabinetes clínicos; Nº de enfermeiros; Nº de pessoal administrativo; Nº de outros técnicos; Nº de pessoal auxiliar; Despesa com produtos farmacêuticos; Despesas não farmacêuticas; Despesas de manutenção de equipamentos, veículos e edifícios; Despesas de <i>catering</i> ; Nº de camas.	Visitas domiciliárias; Visitas clínicas especiais; Consultas de cuidados de medicina dentária; Nº total de admissões médicas; Nº de admissões pediátricas; Nº de admissões para partos.	26% dos hospitais avaliados são ineficientes; É possível reduzir o consumo de inputs e aumentar a produção para transformar unidades ineficientes em eficientes.
Simões e Marques (2005) Portugal	Custos de capital; Outros custos operacionais; Nº de empregados.	Nº de doentes tratados; Nº de urgências; Nº de visitas de ambulatório.	Os hospitais SPA eram mais eficientes que os pertencentes ao Setor Empresarial do Estado; Os hospitais singulares eram mais eficientes que os centros hospitalares; As instituições das regiões Norte e Centro eram as mais eficientes do país.
Tribunal de Contas, (2006) Portugal	Custo total; Custos com pessoal; Custos com consumos; Outros custos; Nº de camas.	Doentes de internamento ajustados pelo índice <i>case-mix</i> ; Nº de urgências; Nº de consultas externas; Nº de sessões em hospital de dia.	Desceu o ranking médio dos hospitais SPA e houve um aumento de eficiência da S.A.; O n.º de enfermeiros e médicos por cama estavam associados a ineficiências; As consultas por doente estavam associadas a bons resultados de eficiência.
Harfouche (2008) Portugal	Custos com pessoal; Custos com consumos de medicamentos; Custos com consumos materiais clínicos; Outros custos (amortizações, custos financiamento, etc.).	Atividade registada nas áreas de internamento, consultas externas e urgências.	Os hospitais S.A. foram sempre mais eficientes no período em análise, com exceção do ano 2002; Os hospitais que foram transformados em S.A. tinham à partida eficiência técnica superior aos outros, o que permitiu uma melhor performance nos anos subsequentes.
Rego (2011) Portugal	Custos com serviços clínicos de internamento; Custos com consultas externas;	Nº de dias internamento; Nº de doentes saídos do internamento;	A introdução de uma lógica de mercado melhorou o nível de desempenho dos hospitais;

	<p>Custos com urgências; Custos com hospital de dia; Nº de camas; Nº de médicos; Nº de enfermeiros; Nº de outro pessoal.</p>	<p>Nº total de consultas externas; Nº de episódios de urgências; Nº de sessões hospital de dia; Nº de intervenções cirúrgicas.</p>	<p>Os hospitais S.A. melhoraram a sua performance ao longo do período de tempo considerado; Os hospitais S.A. têm maior probabilidade de serem eficientes; O estatuto jurídico, a certificação e a acreditação são variáveis explicativas do aumento da eficiência.</p>
<p>Harfouche (2012) Portugal</p>	<p>Custos com consumos; Custos com pessoal; Outros custos de produção (fornecimentos e serviços externos, outros custos operacionais e os custos das amortizações a valores reais, exceto amortizações - retirada a inflação).</p>	<p>Nº de doentes saídos; Nº de consultas; Nº de urgências.</p>	<p>Existiu um diferencial de eficiência entre os hospitais que foram objeto de empresarialização e os hospitais que se mantiveram no Sector Público Administrativo; Existiram diferenças regionais na eficiência das unidades hospitalares; O efeito fusão de unidades foi em muitos casos vantajoso, por haver ganhos de eficiência em termos agregados.</p>
<p>Aletras, Busch e Zagouldoudis (2007) Grécia</p>	<p>Nº de médicos; Nº de outros empregados; Nº de camas ocupadas.</p>	<p>Nº de doentes internados ajustado pelo índice case-mix; Nº de visitas de ambulatório; Nº de operações realizadas.</p>	<p>Redução das eficiências técnica e de escala, após a reforma dos hospitais de 2001.</p>
<p>Biarn, Hagen, Iversen e Magnussen (2003) Noruega</p>	<p>Horas de trabalho do pessoal médico; Horas de trabalho dos outros profissionais; Despesas médicas; Despesas totais.</p>	<p>Nº de altas de internamento ajustadas pelo índice <i>case-mix</i>; Nº de visitas de ambulatório, ajustadas pelas taxas pagas pelo Estado.</p>	<p>Após a reforma de 1997 verificou-se uma melhoria na eficiência técnica.</p>
<p>Chang e Cheng (2004) Taiwan</p>	<p>Nº de camas; Nº de médicos; Nº de enfermeiros; Nº de pessoal auxiliar.</p>	<p>Dias de internamento; Nº de visitas de ambulatório; Nº de pacientes sujeitos a cirurgia.</p>	<p>Os hospitais públicos são menos eficientes que os privados. A maior diferenciação entre as unidades públicas e privadas estava nas unidades que não dispunham de unidades de cuidados intensivos.</p>
<p>Barbetta, Turati e Zago (2007) Itália</p>	<p>Nº de camas; Nº de médicos; Nº de enfermeiros; Nº de pessoal de ensino;</p>	<p>Nº de altas; Nº de dias de internamento; Nº de tratamentos em hospital de dia;</p>	<p>Os resultados mostram eficiências médias convergentes entre diferentes tipos de hospitais.</p>

	Nº de outro pessoal.	Nº de tratamentos em salas de emergência.	
Chen, Hwang e Shao (2005) EUA	Custos dos serviços gerais; Custos de cuidados gerais; Custos com cuidados especiais; Custos de serviços auxiliares; Capital investido.	Número de camas de cuidados gerais; Número de camas de cuidados especiais.	São encontradas diferenças significativas de ineficiência global individual, entre os cuidados gerais e especiais.
Ouellette e Vierstraete (2004) Canada	Nº de horas de trabalho, excluindo horário médicos; Despesas com equipamentos; Nº de camas; Nº de médicos em regime de trabalho em funções públicas.	Nº de atendimentos realizados.	A introdução de inputs traduz a alteração de eficiência nos serviços (em ambos os modelos DEA (CRS/VRS).
Valdmanis, Kumararayake e Lertiendumrong (2004) Tailândia	Nº de camas; Nº de médicos, Nº de enfermeiros; Nº de outros funcionários; Despesas com fornecimento de serviços; Despesas com medicamentos; Outras despesas operacionais.	Nº de visitas sociais em regime de ambulatório; Nº de visitas de ambulatório não sociais; Nº de doentes internos (casos sociais); Nº de doentes internos não sociais.	É possível manter a eficiência e produtividade das unidades aumentando os serviços para os pacientes mais pobres (casos sociais), sem diminuir os serviços prestados aos utentes não carenciados, através de uma boa alocação dos recursos existentes, prevenindo a sua subutilização.
Ferrier e Valdmanis (2004) EUA	Nº de camas; Nº de médicos; Nº de enfermeiros; Nº de auxiliares.	Nº de admissões; Nº total de cirurgias; Nº de emergências.	Aumento de eficiência com as fusões.
Nunes (2016c) Portugal	Custo total anual com a actividade hospitalar	Nº de doentes saídos do internamento; Nº de total de consultas externas; Nº de total de urgências; Nº total de sessões hospital de dia; Nº total de cirúrgicas.	A eficiência aumentou nas unidades empresariais, apenas a partir do ano 2005; A política de fusão de unidades de saúde não gerou os resultados esperados em termos de produtividade.

ANEXO II

Caracterização estatística da amostra

Tabela 1 - Serviço de Cardiologia

Global	Custo total	Nº de doentes saídos do internamento	Nº total de consultas	Nº total de cirurgias
Valor Máximo	2200567	882	4679	215
90º Percentil	2094571	862	4556	199
Mediana	1247055	674	4127,5	164
Média	1423927	695,563	4095,5625	144,0625
10º Percentil	1126935	576,5	3611	43
Valor Mínimo	1037938	532	3281	1
Coeficiente de dispersão	0,25971	0,16051	0,096007631	0,425650922

Tabela 2 - Serviço de Medicina Interna

Global	Custo total	Nº de doentes saídos do internamento	Nº total de consultas
Valor Máximo	4279613	1827	4927
90º Percentil	4035488	1657,5	4813
Mediana	3770304	1428	3176,5
Média	3707513	1480,19	3446
10º Percentil	3405325	1304,5	2367
Valor Mínimo	2444587	1246	1995
Coeficiente de dispersão	0,1080	0,10021	0,312826746

Tabela 3 - Serviço de Dermatologia

Global	Custo total	Nº de doentes saídos do internamento	Nº total de consultas	Nº total de cirurgias
Valor Máximo	348860	49	3807	157
90º Percentil	310431	43	3.541	113
Mediana	188658	16,5	3138	73,5
Média	214335	21,1875	3019	75,9375
10º Percentil	134286	9,5	2358,5	32,5
Valor Mínimo	120714	8	2315	24
Coeficiente de dispersão	0,3370	0,59496	0,159875314	0,456094083

Tabela 4 - Serviço de Gastroenterologia

Global	Custo total	Nº de doentes saídos do internamento	Nº total de consultas
Valor Máximo	1831927	547	3504
90º Percentil	1800318	509	3.387
Mediana	1463998	441,5	2804
Média	1528778	438,813	2795
10º Percentil	1372390	379,5	2141,5
Valor Mínimo	1307036	353	1794
Coeficiente de dispersão	0,1081	0,11784	0,171696291

Tabela 5 - Serviço de Nefrologia

Global	Custo total	Nº de doentes saídos do internamento	Nº total de consultas	Nº total de cirurgias
Valor Máximo	2004711	865	3038	307
90º Percentil	1786574	652	2.856	199
Mediana	1511335	510	2149	69
Média	1517383	531,875	2026,1875	94,3125
10º Percentil	1302713	413	1036,5	0
Valor Mínimo	1216278	401	802	0
Coeficiente de dispersão	0,1359	0,22029	0,34033159	1,058850684

Tabela 6 - Serviço de Neurologia

Global	Custo total	Nº de doentes saídos do internamento	Nº total de consultas
Valor Máximo	479483	232	2147
90º Percentil	444121	217,5	2.062
Mediana	369587	146,5	1838
Média	369339	141,3125	1703,1875
10º Percentil	288413	59,5	1293
Valor Mínimo	271749	35	1165
Coeficiente de dispersão	0,1639	0,418792	0,186660182

Tabela 7 - Serviço de Pneumologia

Global	Custo total	Nº de doentes saídos do internamento	Nº total de consultas	Nº total de cirurgias
Valor Máximo	659122	202	2799	491
90º Percentil	383392	190	2324,5	354,5
Mediana	271272	134	1483,5	0
Média	278943	126,875	1538,8125	100,75
10º Percentil	161441	62	807,5	0
Valor Mínimo	146471	0	89	0
Coeficiente de dispersão	0,4500	0,43022	0,416137342	1,60934

Tabela 8 - Serviço de Psiquiatria

Global	Custo total	Nº de doentes saídos do internamento	Nº total de consultas
Valor Máximo	1937335	321	8477
90º Percentil	1844545	312	7.894
Mediana	1276835	278	5993
Média	1343792	275,813	5450,5
10º Percentil	963996	230,5	3191,5
Valor Mínimo	876149	219	2498
Coeficiente de dispersão	0,2612	0,11215	0,342368316

Tabela 9 - Serviço de Cirurgia Geral

Global	Custo total	Nº de doentes saídos do internamento	Nº total de consultas	Nº total de cirurgias
Valor Máximo	5720619	2460	8967	2312
90º Percentil	5447068	2419	8604	2255
Mediana	4561724	1932,5	7422	1969,5
Média	4671390	1936,38	7031,1875	1945,75
10º Percentil	4141671	1548,5	4436	1623
Valor Mínimo	3713787	1457	3751	1522
Coeficiente de dispersão	0,1135	0,16087	0,221737666	0,124688542

Tabela 10 - Serviço de Cirurgia Geral

Global	Custo total	Nº de doentes saídos do internamento	Nº total de consultas	Nº total de cirurgias
Valor Máximo	1564123	141	5855	1753
90º Percentil	1444901	118	5640	1699
Mediana	650587	74,5	3706,5	1190,5
Média	865478	77,3125	4130,3125	1228,1875
10º Percentil	473513	34,5	3384	890,5
Valor Mínimo	442642	24	3175	631
Coeficiente de dispersão	0,4603	0,44588	0,203884503	0,251352367

Tabela 11 - Serviço de Ortopedia

Global	Custo total	Nº de doentes saídos do internamento	Nº total de consultas	Nº total de cirurgias
Valor Máximo	2953490	1064	6520	1084
90º Percentil	2758349	1027	6200	1062
Mediana	2327582	998,5	4735,5	989
Média	2361911	936,375	4672,8125	901,9375
10º Percentil	2001386	762	3113	660
Valor Mínimo	1971613	722	1889	630
Coeficiente de dispersão	0,1259	0,12139	0,267391255	0,180978424

Tabela 12 - Serviço de Otorrinolaringologia

Global	Custo total	Nº de doentes saídos do internamento	Nº total de consultas	Nº total de cirurgias
Valor Máximo	861005	464	6264	666
90º Percentil	762822	413	5600	539
Mediana	682521	300,5	4821	398
Média	686054	251,25	4670,6875	408,5
10º Percentil	603084	27,5	3643	270,5
Valor Mínimo	585517	25	3141	221
Coeficiente de dispersão	0,1077	0,5707	0,171639151	0,27926028

Tabela 13 - Serviço de Urologia

Global	Custo total	Nº de doentes saídos do internamento	Nº total de consultas	Nº total de cirurgias
Valor Máximo	2073450	930	4136	575
90º Percentil	1731125	823	3857	483
Mediana	1428467	495,5	2767,5	317,5
Média	1427489	591,125	2954,5625	358,875
10º Percentil	1083840	442	1836	268
Valor Mínimo	987918	430	1444	247
Coeficiente de dispersão	0,2079	0,28792	0,2844744	0,26658104

Tabela 14 - Serviço de Obstetrícia/Ginecologia

Global	Custo total	Nº de doentes saídos do internamento	Nº total de consultas	Nº total de cirurgias
Valor Máximo	2658929	1229	5749	563
90º Percentil	2505644	1124	5317	525
Mediana	1957433	893,5	4344	447,5
Média	1894473	842,813	4325,875	447,4375
10º Percentil	1333352	461,5	3613,5	368,5
Valor Mínimo	1274746	204	2775	359
Coeficiente de dispersão	0,2457	0,34128	0,166382431	0,14136156

Tabela 15 - Serviço de Pediatria/Neonatologia

Global	Custo total	Nº de doentes saídos do internamento	Nº total de consultas	Nº total de cirurgias
Valor Máximo	2445417	1144	4465	573
90º Percentil	2214003	1073	4078	486
Mediana	1666155	737,5	3500,5	84,5
Média	1697122	816,563	3527,9375	183,063
10º Percentil	1211563	607	3053	0
Valor Mínimo	1160887	558	2882	0
Coeficiente de dispersão	0,2419	0,2387	0,119394452	1,11515

Tabela 16 - Serviço de Patologia Clínica

Global	(I) CUSTOS	(O) T. A. Bioquímica	(O) T.A. Hematologia	(O) T. A. Microbiologia	(O) T.A. Imunologia/Virologia
Valor Máximo	2052608	687359	121116	46578	19868
90º Percentil	1837610	560565	113459	43722,5	19039,5
Mediana	1569898	484550	96939	37700,5	2302
Média	1592998	451515,8	94826,56	36100,44	6767,125
10º Percentil	1320138	304104	76329,5	27419	681
Valor Mínimo	1130613	239075	56184	21175	252
Coeficiente de dispersão	0,135517	0,261429	0,177679	0,182795	1,108034

Tabela 17 - Serviço de Imagiologia

Global	(I) CUSTOS	RX	TAC	Mamografia	Ecografia
Valor Máximo	1996095	55794	25016	446	10505
90° Percentil	1922484	54620,5	22768,5	445	9278,5
Mediana	1240925	52457	19458,5	385	5405
Média	1399765	51065,94	16887	329,5	5894,063
10° Percentil	984486,6	45948,5	8137,5	121,5	3251,5
Valor Mínimo	935122,7	43325	7743	0	2528
Coeficiente de dispersão	0,271552	0,068913	0,349821	0,41422	0,378694

ANEXO III
RESULTADOS DA DEA

Serviço/Ano	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Média Geométrica
Cardiologia	0,906	0,639	0,661	0,824	0,607	0,916	0,923	0,869	0,860	0,878	1,142	0,904	0,814	0,663	0,838	0,669	0,80823
Medicina Interna	1,122	0,893	0,713	0,635	0,596	0,593	0,580	0,656	0,806	0,875	1,061	0,951	0,890	0,834	0,888	1,105	0,80572
Dematovenerologia	0,655	0,536	0,350	0,334	0,265	0,331	0,335	0,566	0,720	0,928	0,828	0,716	0,794	1,243	1,047	0,894	0,59528
Gastroenterologia	1,097	0,912	0,842	0,809	0,772	0,902	0,922	0,936	0,924	0,934	0,973	0,992	1,006	0,948	1,031	0,937	0,93025
Nefrologia	0,617	0,577	0,540	0,813	0,567	0,727	0,802	1,231	1,373	0,880	1,006	0,993	1,147	0,808	0,789	0,769	0,82169
Neurologia	1,225	0,852	0,888	0,893	0,780	0,844	0,782	0,686	0,763	0,800	0,675	0,592	0,564	0,610	0,787	1,211	0,79087
Pneumologia	0,306	0,016	0,101	0,447	0,724	0,870	0,663	0,543	0,754	0,870	0,918	0,762	0,757	0,462	0,787	1,394	0,48351
Psiquiatria	0,569	0,456	0,391	0,421	0,461	0,527	0,457	0,712	0,730	0,698	0,824	0,817	0,973	0,966	0,953	1,089	0,65438
Cirurgia Geral	1,106	0,918	0,922	0,872	0,883	0,938	0,891	0,866	0,967	1,005	1,000	1,057	0,958	0,984	0,900	0,880	0,94428
Oftalmologia	0,292	0,298	0,461	0,652	0,470	0,594	0,608	0,914	1,139	0,796	0,771	0,580	0,622	1,032	1,048	1,063	0,65606
Ortopedia	0,696	0,626	0,680	0,655	0,624	0,751	0,990	0,697	0,732	0,746	0,938	0,939	1,092	0,882	0,983	0,936	0,79754
Otorrinolaringologia	0,682	0,747	0,656	0,722	0,766	1,027	1,366	0,845	0,831	0,881	1,063	0,803	0,890	0,915	1,012	1,018	0,87349
Urologia	1,082	0,932	0,791	0,825	0,783	0,695	0,539	0,564	0,630	0,793	0,814	0,919	1,007	1,145	0,904	0,982	0,81977
Obstetrícia/Ginecologia	1,009	0,842	0,780	0,687	0,701	0,750	0,816	0,801	0,851	0,818	0,997	0,928	0,923	1,059	0,962	1,072	0,86683
Pediatria/Neonatologia	0,963	0,923	0,916	0,794	0,878	0,873	0,827	0,789	0,811	0,857	0,974	1,031	1,297	0,971	0,956	0,970	0,92002
UCIP	0,496	0,994	1,006	0,823	0,884	0,262	0,285	0,298	0,205	0,248	0,354	0,280	0,293	0,322	0,413	0,305	0,40289
Imagiologia	0,671	0,588	0,417	0,446	0,495	0,465	0,492	0,599	0,661	1,000	0,954	0,885	1,035	0,982	1,070	1,072	0,69880
Patologia Clínica	0,925	1,467	1,050	1,088	0,920	0,734	0,798	0,682	0,867	0,945	0,963	1,063	0,976	0,975	1,024	1,035	0,95535
Média Geométrica	0,743	0,592	0,607	0,679	0,649	0,673	0,679	0,708	0,770	0,803	0,879	0,813	0,853	0,839	0,894	0,930	

ANEXO IV
ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo	Unidades de Contexto
1- Efeitos que poderão estar na base do diferencial de eficiência	Passagem do modelo de gestão do Setor Público Administrativo para modelo de gestão empresarial E.P.E.	Percepção Positiva	“Foi positiva” (E1, p.1); “positiva” (E2, p.1); “Positiva” (E9, p.1); “ter vantagens” (E11, p.1); “Alguns benefícios” (E13, p.1); “Positiva” (E15, p.1); “Positiva” (E17, p.1).
		Percepção Negativa	“Negativa” (E10, p.1); “Foi negativa” (E12, p.1)
		Percepção Neutra	“Indiferente” (E3, p.1); “Não houve nenhum impacto na transição” (E4, p.1); “Não teve nenhum impacto” (E5, p.1); “Nenhuma” (E6, p.1); “Não vê nenhuma” (E7, p.1); “Nenhuma em termos gestores” (E8, p.1); “Nada de diferente” (E14, p.1); “Nenhuma” (E16, p.1)
		Vantagens	“Maior agilidade de gestão” (E1, p.1); “maior autonomia financeira” (E9, p.1); “ (maior autonomia) de gestão” (E9, p.1); “ (maior autonomia) na capacidade de resolução de problemas” (E9, p.1); “Maior autonomia” (E13, p.1); “melhor articulação com os centros de saúde ” (E13, p.1); “participação mais direta na gestão do serviço” (E2, p.1); “maior autonomia administrativa para o Conselho de Administração” (E14, p.1); “maior autonomia na contratação de recursos humanos” (E15, p.1); “vantagens se o aspeto empresarial fosse levado à letra” (E17, p.1); “vantagens para controlo financeiro” (E11, p.1); “vantagens para modelo de governação clínica” (E11, p.1)
		Desvantagens	“A autonomia é apenas aparente” (E1, p.1); “o modelo de avaliação da produtividade errado” (E10, p.1); “Não trouxe mais RH” (E12, p.1) “nem autonomia” (E12, p.1); “no mesmo distrito ter instituições com o mesmo fim mas com modelos de gestão diferente” (E2, p.1); “não (autonomia) para o serviço ” (E14, p.1); “não houve formação para trabalhar numa EPE” (E15, p.1)
		Sem impacto	“Desconhece” (E3, p.1); “Não teve vantagem, nem desvantagem” (E4, p.1); “Não encontra vantagens, nem desvantagens” (E5, p.1); “Desconhece” (E6, p.1); “Não trouxe vantagens, não se notou alterações” (E7, p.1); “Não tem” (E16, p.1); “Não houve vantagens, nem

			desvantagens” (E8, p.1);
2 - Percepção sobre as implicações na eficiência resultantes das medidas de contenção de custos impostas pelo memorando de entendimento	Contenções de custos - implicações a nível da eficiência na prestação de cuidados de cuidados	Impacto positivo (aumento de eficiência)	“Não, antes pelo contrário. Houve aquisição de material cirúrgico” (E14, p.1); “Positivo, aquisição de novos equipamentos” (E12, p.1);
		Impacto negativo (baixou eficiência)	“Sim, acabaram com as folgas” (E5, p.1); “Sim, falta de recursos humanos” (E6, p.1); “Sim, na parte dos recursos humanos (E13, p.1); “Sim, a todos os níveis.” (E8, p.1); “Sim, retirada de autonomia no controlo de recursos” (E15, p.1); “Claramente” (E17, p.1); “Sim” (E9, p.1); “constrangimentos orçamentais do país desde 2010” (E11, p.1).
		Impacto neutro (sem implicações ao nível da eficiência)	“Não teve impacto” (E3, p.1); “Não houve diferença, as restrições são as mesmas antes e depois” (E4, p.1); “Não” (E7, p.1); “Não, não se sentiu restrições nos pedidos dos exames, nem nas prescrições” (E10, p.1); “Não” (E16, p.1) “foi possível manter” (E2, p.1); “Não” (E1, p.1)
3 - Percepção sobre os efeitos da integração do hospital na ULS	Implicações ao nível da eficiência dos serviços e da prestação de cuidados	Percepção Positiva	“Sim” (E1, p.1); “Sim” (E5, p.1); “Sim” (E6, p.1); “Existe” (E9, p.1); “Poderiam” (E10, p.1); “Sim” (E13, p.1) “Efetivamente” (E2, p.1); “Sim” (E14, p.1); “Sim” (E15, p.1); “ é uma grande vantagem para todos os serviços” (E11, p.1)
		Percepção Negativa	“Não existe” (E3, p.1); “Impacto negativo” (E4, p.1); “ Não existe articulação” (E8, p.1); “Na prática não se vê vantagens” (E12, p.1); “não resultou”(E17, p.1)
		Percepção Neutra	“É igual” (E7, p.1); “sempre houve uma boa relação” (E16, p.1)
		Pontos a favor	“Melhora a articulação com os cuidados de saúde primários” (E1, p.1); “aproveitamento de equipamento” (E6, p.1); “ (aproveitamento) recursos humanos foi mais eficiente” (E6, p.1); “comunicação com os colegas” (E9, p.1); “proximidade” (E13, p.1) “maior comunicação” (E13, p.1); “a ligação é mais eficiente” (E14, p.1); “Eficiência nos gastos” (E15, p.1); “adequação de recursos humanos” (E15, p.1)
		Pontos contra	“A articulação não se encaixa, não existe ” (E3, p.1) “Ficam com os doentes que estão à espera de cuidados

			<p>continuados muito tempo no serviço” (E4, p.1); “A articulação com os cuidados primários é deficitária” (E4, p.1); “comunicação deficitária com os médicos dos centros de saúde e de eles com o hospital” (E4, p.2); “existe dificuldade na comunicação” (E5, p.1); “deficitária devido à distância” (E9, p.1); “se houvesse resposta em tempo útil dos cuidados continuados” (E10, p.1); “Continua a burocracia” (E12, p.1) “falta de comunicação” (E12, p.1); “continua a merecer grande atenção entre o Serviço de Urgência desta ULS e as consultas dos médicos de medicina geral e familiar” (E2, p.1); “ineficácia dos CA” (E17, p.1); “Para isso é necessário estratégia, liderança e motivação dos colaboradores com delegação de competências” (E11, p.1)</p>
<p>4 - Percepção sobre a margem de incremento de eficiência nos serviços</p>	<p>Com mais recursos</p>	<p>Aumento da eficiência</p>	<p>Afirmativo</p> <p>“Sim” (E1, p.1); “Sim” (E3, p.1); “Tem” (E4, p.1); “Sim” (E5, p.1); “Sim” (E6, p.1); “Sim” (E7, p.1); “Sim” (E8, p.1); “Sim” (E9, p.1); “Sim” (E10, p.1); “Sim” (E12, p.1); “tem possibilidades de crescimento” (E11, p.2); “margem para aumento” (E13, p.1); “Existe vontade de nos tornarmos um Centro de Recursos Integrado” (E2, p.2); “Sim” (E14, p.1); “Sim” (E15, p.1); “Sim” (E16, p.1); “terá todas as possibilidades de se tornar mais eficiente” (E17, p.1)</p>
			<p>Negativo</p>
		<p>Recursos humanos</p> <p>“aumentar os recursos humanos, em termos médicos, enfermeiros e auxiliares (E1, p.1); “capital humano” (E3, p.1); “Mais recursos humanos” (E4, p.1); “Mais recursos humanos” (E5, p.1); “Mais recursos humanos” (E6, p.1); “ mais recursos humanos” (E7, p.1); “ mais recursos humanos, de forma a suprimir as necessidades dos doentes” (E08, p.1); “Mais recursos humanos” (E9, p.1); “Mais recursos humanos” (E10, p.1); “mais recursos humanos” (E12, p.1); “reforço dos recursos humanos” (E13, p.1); “mais recursos humanos” (E14, p.1); “mais profissionais” (E16, p.1) “(perfeita harmonia) no tratamento dos seus profissionais” (E17, p.1)</p>	
		<p>Espaço físico</p> <p>“restruturar o espaço físico da unidade técnica” (E1,</p>	

			p.1); “ reforço do espaço físico” (E13, p.1)
		Novas tecnologias	“investir em novas tecnologias” (E1, p.2); “renovação de aparelhos” (E3, p.1); “Mais recursos materiais” (E4, p.1); “implementação de novas tecnologias” (E6, p.1)
		Novas técnicas	“renovação de técnicas” (E3, p.1); “montar novas técnicas” (E13, p.1)
		Tempo	“mais tempos operatórios” (E4, p.1); “mais tempos operatórios” (E5, p.1)
		Prestação de serviços	“melhorar a prestação de serviços a outras unidades hospitalares” (E1, p.1); “mais articulação com os serviços” (E12, p.1)
		Formação	“formação a todo o nível” (E15, p.1); "Ter atitude de pretender do CACB (Centro Académico Clínico das Beiras) e permitir desenvolvimento dos profissionais de saúde na área pré graduada, pós graduada, ensino e investigação"(E11, p.2)
		Organização	“reorganizar de serviços de acordo com os indicadores de contrato, elaboração de um plano local de saúde, criação de um gabinete de epidemiologia e rigor na produção de dados” (E15, p.1); “alteração na estrutura para receber crianças até aos 18” (E16, p.1); “cuidados primários e hospitalares em perfeita harmonia na articulação de serviços” (E17,p.1); "Criação de CRI (Centro de Responsabilidade Integrado)" (E11, p.2); "Viragem dos cuidados e continuação de serviços para o exterior"(E11, p.2);
		Incentivos	"Possibilidade de incentivos, mesmo não sendo monetários"(E11, p.2);

ANEXO V

Resultados da eficiência técnica média nos serviços, registada nos períodos 2002-2010; 2011-2014 e 2014-2017

Serviços	2002-2010	2011-2014	2015-2017
Cardiologia	0,79	0,93	0,72
Medicina Interna	0,72	0,94	0,94
Dematovenerologia	0,43	0,81	1,05
Gastroenterologia	0,90	0,98	0,97
Nefrologia	0,76	1,00	0,79
Neurologia	0,85	0,65	0,83
Pneumologia	0,32	0,82	0,80
Psiquiatria	0,51	0,82	1,00
Cirurgia Geral	0,93	1,00	0,92
Oftalmologia	0,55	0,69	1,05
Ortopedia	0,71	0,92	0,93
Otorrinolaringologia	0,83	0,90	0,98
Urologia	0,74	0,88	1,01
Obstetricia/Ginecologia	0,80	0,91	1,03
Pediatria/Neonatologia	0,86	1,03	0,97
UCIP	0,49	0,29	0,34
Imagiologia	0,53	0,97	1,04
Patologia Clinica	0,92	0,99	1,01
Média	0,68	0,84	0,91

ANEXO VI
MODELO DA ENTREVISTA

ENTREVISTA E00

Data da entrevista:

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contacto inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com os efeitos em termos de eficiência resultantes da alteração do regime jurídico ocorrida no hospital Amato Lusitano que transitou do Setor Público Administrativo para o Setor Empresarial do Estado.

Apurados previamente os níveis de eficiência dos serviços do hospital através da metodologia da Data Envelopment Analysis, pretende-se através da presente entrevista, avaliar os efeitos que poderão estar na base da eficiência dos serviços, tendo por base os scores de eficiências apurados para cada ano.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Qual a sua percepção relativa ao impacto no seu serviço da passagem do modelo de gestão SPA para EPE?
2. Quais as vantagens ou desvantagens dessa transição?
3. Sentiu alguma limitação na aquisição de recursos (tecnicos, humanos) derivada da política de austeridade vivida em todo o setor da saúde entre 2011 e 2014?
4. A promoção de uma efetiva articulação com outros níveis de cuidados (cuidados de saúde primários, continuados ou paliativos), que caracteriza uma ULS, poderá promover melhores resultados de eficiência no seu serviço? Porquê?
5. O seu serviço tem margem para se tornar mais eficiente no futuro? Quais as medidas que implementaria ou quais os recursos necessários para melhorar os resultados?

ANEXO VII
ENTREVISTAS REALIZADAS

ENTREVISTA E01

Data da entrevista: 20/08/2018

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contacto inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com os efeitos em termos de eficiência resultantes da alteração do regime jurídico ocorrida no hospital Amato Lusitano que transitou do Setor Público Administrativo para o Setor Empresarial do Estado.

Apurados previamente os níveis de eficiência dos serviços do hospital através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se através da presente entrevista, avaliar os efeitos que poderão estar na base da eficiência dos serviços, tendo por base os scores de eficiências apurados para cada ano.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Qual a sua percepção relativa ao impacto no seu serviço da passagem do modelo de gestão SPA para EPE?

Foi positiva.

2. Quais as vantagens ou desvantagens dessa transição?

As vantagens foi maior agilidade da gestão, as limitações - a autonomia é apenas aparente, estando controlada pela tutela e pelo ministério das finanças.

3. Sentiu alguma limitação na aquisição de recursos (técnicos, humanos) derivada da política de austeridade vivida em todo o setor da saúde entre 2011 e 2014?

Não.

4. A promoção de uma efetiva articulação com outros níveis de cuidados (cuidados de saúde primários, continuados ou paliativos), que caracteriza uma ULS, poderá promover melhores resultados de eficiência no seu serviço? Porquê?

Sim. Melhora a articulação com os cuidados de saúde primários.

5. O seu serviço tem margem para se tornar mais eficiente no futuro? Quais as medidas que implementaria ou quais os recursos necessários para melhorar os resultados?

Sim. Aumentar os recursos humanos, em termos de médicos, enfermeiros e auxiliares. Destruir o espaço físico da unidade técnicas. Investir em novas tecnologias, inserir e melhorar prestação de serviços a outras unidades hospitalares.

ENTREVISTA E02

Data da entrevista: 20/08/2018

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contacto inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com os efeitos em termos de eficiência resultantes da alteração do regime jurídico ocorrida no hospital Amato Lusitano que transitou do Setor Público Administrativo para o Setor Empresarial do Estado.

Apurados previamente os níveis de eficiência dos serviços do hospital através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se através da presente entrevista, avaliar os efeitos que poderão estar na base da eficiência dos serviços, tendo por base os scores de eficiências apurados para cada ano.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Qual a sua percepção relativa ao impacto no seu serviço da passagem do modelo de gestão SPA para EPE?

A passagem do modelo de gestão SPA para EPE foi positiva.

2. Quais as vantagens ou desvantagens dessa transição?

A principal vantagem foi a participação mais direta na gestão do serviço que dirijo, já que anteriormente as minhas funções de direção apenas se resumiam a realização de escalas de serviço.

A principal desvantagem é dentro da proximidade e no mesmo distrito ter instituições com o mesmo fim mas com modelos de gestão diferentes.

3. Sentiu alguma limitação na aquisição de recursos (técnicos, humanos) derivada da política de austeridade vivida em todo o setor da saúde entre 2011 e 2014?

No caso específico do serviço que dirijo, mais provavelmente à sua vertente de ambulatório, foi possível manter os mesmos recursos entre 2011 e 2014.

4. A promoção de uma efetiva articulação com outros níveis de cuidados (cuidados de saúde primários, continuados ou paliativos), que caracteriza uma ULS, poderá promover melhores resultados de eficiência no seu serviço? Porquê?

Efetivamente bastou a implementação do sistema Alert e das Teleconsultas para se notar maior eficiência. No entanto essa articulação continua a merecer grande atenção entre o Serviço de Urgência desta ULS e as consultas dos médicos de medicina geral e familiar.

5. O seu serviço tem margem para se tornar mais eficiente no futuro? Quais as medidas que implementaria ou quais os recursos necessários para melhorar os resultados?

Existe a vontade de nos tornarmos um Centro de Recursos Integrados.

ENTREVISTA E03

Data da entrevista: 20/08/2018

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contacto inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com os efeitos em termos de eficiência resultantes da alteração do regime jurídico ocorrida no hospital Amato Lusitano que transitou do Setor Público Administrativo para o Setor Empresarial do Estado.

Apurados previamente os níveis de eficiência dos serviços do hospital através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se através da presente entrevista, avaliar os efeitos que poderão estar na base da eficiência dos serviços, tendo por base os scores de eficiências apurados para cada ano.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Qual a sua percepção relativa ao impacto no seu serviço da passagem do modelo de gestão SPA para EPE?

A passagem foi indiferente.

2. Quais as vantagens ou desvantagens dessa transição?

Desconhece.

3. Sentiu alguma limitação na aquisição de recursos (técnicos, humanos) derivada da política de austeridade vivida em todo o setor da saúde entre 2011 e 2014?

Não teve impacto.

4. A promoção de uma efetiva articulação com outros níveis de cuidados (cuidados de saúde primários, continuados ou paliativos), que caracteriza uma ULS, poderá promover melhores resultados de eficiência no seu serviço? Porquê?

A articulação não se encaixa, não existe.

5. O seu serviço tem margem para se tornar mais eficiente no futuro? Quais as medidas que implementaria ou quais os recursos necessários para melhorar os resultados?

Sim, capital humano, renovação de técnicas e aparelhos.

ENTREVISTA E04

Data da entrevista: 20/08/2018

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contacto inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com os efeitos em termos de eficiência resultantes da alteração do regime jurídico ocorrida no hospital Amato Lusitano que transitou do Setor Público Administrativo para o Setor Empresarial do Estado.

Apurados previamente os níveis de eficiência dos serviços do hospital através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se através da presente entrevista, avaliar os efeitos que poderão estar na base da eficiência dos serviços, tendo por base os scores de eficiências apurados para cada ano.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Qual a sua percepção relativa ao impacto no seu serviço da passagem do modelo de gestão SPA para EPE?

Não houve nenhum impacto na transição.

2. Quais as vantagens ou desvantagens dessa transição?

Não teve vantagens, nem desvantagens.

3. Sentiu alguma limitação na aquisição de recursos (técnicos, humanos) derivada da política de austeridade vivida em todo o setor da saúde entre 2011 e 2014?

Não houve diferença, as restrições são as mesmas antes e depois.

4. A promoção de uma efetiva articulação com outros níveis de cuidados (cuidados de saúde primários, continuados ou paliativos), que caracteriza uma ULS, poderá promover melhores resultados de eficiência no seu serviço? Porquê?

Impacto negativo. Ficamos com os doentes que estão à espera dos cuidados continuados muito tempo no serviço, por vezes 3 meses. A articulação com os primários é deficitária, comunicação deficitária com os médicos dos centros de saúde e de eles com o hospital.

5. O seu serviço tem margem para se tornar mais eficiente no futuro? Quais as medidas que implementaria ou quais os recursos necessários para melhorar os resultados?

Tem. Recursos humanos e materiais, mais tempo operatório e mais anestesistas.

ENTREVISTA E05

Data da entrevista: 20/08/2018

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contacto inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com os efeitos em termos de eficiência resultantes da alteração do regime jurídico ocorrida no hospital Amato Lusitano que transitou do Setor Público Administrativo para o Setor Empresarial do Estado.

Apurados previamente os níveis de eficiência dos serviços do hospital através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se através da presente entrevista, avaliar os efeitos que poderão estar na base da eficiência dos serviços, tendo por base os scores de eficiências apurados para cada ano.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Qual a sua percepção relativa ao impacto no seu serviço da passagem do modelo de gestão SPA para EPE?

Não teve nenhum impacto na transição.

2. Quais as vantagens ou desvantagens dessa transição?

Não encontra vantagens, nem desvantagens.

3. Sentiu alguma limitação na aquisição de recursos (técnicos, humanos) derivada da política de austeridade vivida em todo o setor da saúde entre 2011 e 2014?

Sim, acabaram com as folgas.

4. A promoção de uma efetiva articulação com outros níveis de cuidados (cuidados de saúde primários, continuados ou paliativos), que caracteriza uma ULS, poderá promover melhores resultados de eficiência no seu serviço? Porquê?

Sim, mas existe dificuldade na comunicação.

5. O seu serviço tem margem para se tornar mais eficiente no futuro? Quais as medidas que implementaria ou quais os recursos necessários para melhorar os resultados?

Sim, mais recursos humanos, mais tempo operativo.

ENTREVISTA E06

Data da entrevista: 22/08/2018

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contacto inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com os efeitos em termos de eficiência resultantes da alteração do regime jurídico ocorrida no hospital Amato Lusitano que transitou do Setor Público Administrativo para o Setor Empresarial do Estado.

Apurados previamente os níveis de eficiência dos serviços do hospital através da metodologia da *Data Envelopment Analysis*, pretende-se através da presente entrevista, avaliar os efeitos que poderão estar na base da eficiência dos serviços, tendo por base os scores de eficiências apurados para cada ano.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Qual a sua percepção relativa ao impacto no seu serviço da passagem do modelo de gestão SPA para EPE?

Nenhuma.

2. Quais as vantagens ou desvantagens dessa transição?

Desconhece.

3. Sentiu alguma limitação na aquisição de recursos (técnicos, humanos) derivada da política de austeridade vivida em todo o setor da saúde entre 2011 e 2014?

Sim, falta de recursos humanos.

4. A promoção de uma efetiva articulação com outros níveis de cuidados (cuidados de saúde primários, continuados ou paliativos), que caracteriza uma ULS, poderá promover melhores resultados de eficiência no seu serviço? Porquê?

Sim. Em termos de aproveitamento de equipamentos e recursos humanos foi mais eficiente, houve maior aproveitamento.

5. O seu serviço tem margem para se tornar mais eficiente no futuro? Quais as medidas que implementaria ou quais os recursos necessários para melhorar os resultados?

Sim, mais recursos humanos e implementação de novas tecnologias que leva a um menor envio de serviço para o exterior.

ENTREVISTA E07

Data da entrevista: 22/08/2018

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contacto inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com os efeitos em termos de eficiência resultantes da alteração do regime jurídico ocorrida no hospital Amato Lusitano que transitou do Setor Público Administrativo para o Setor Empresarial do Estado.

Apurados previamente os níveis de eficiência dos serviços do hospital através da metodologia da Data Envelopment Analysis, pretende-se através da presente entrevista, avaliar os efeitos que poderão estar na base da eficiência dos serviços, tendo por base os scores de eficiências apurados para cada ano.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Qual a sua percepção relativa ao impacto no seu serviço da passagem do modelo de gestão SPA para EPE?

Não vê nenhuma.

2. Quais as vantagens ou desvantagens dessa transição?

Não trouxe vantagens, não se nota alterações.

3. Sentiu alguma limitação na aquisição de recursos (técnicos, humanos) derivada da política de austeridade vivida em todo o setor da saúde entre 2011 e 2014?

Não.

4. A promoção de uma efetiva articulação com outros níveis de cuidados (cuidados de saúde primários, continuados ou paliativos), que caracteriza uma ULS, poderá promover melhores resultados de eficiência no seu serviço? Porquê?

É igual. Não notou alterações.

5. O seu serviço tem margem para se tornar mais eficiente no futuro? Quais as medidas que implementaria ou quais os recursos necessários para melhorar os resultados?

Sim, mais recursos humanos médicos.

ENTREVISTA E08

Data da entrevista: 22/08/2018

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contacto inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com os efeitos em termos de eficiência resultantes da alteração do regime jurídico ocorrida no hospital Amato Lusitano que transitou do Setor Público Administrativo para o Setor Empresarial do Estado.

Apurados previamente os níveis de eficiência dos serviços do hospital através da metodologia da Data Envelopment Analysis, pretende-se através da presente entrevista, avaliar os efeitos que poderão estar na base da eficiência dos serviços, tendo por base os scores de eficiências apurados para cada ano.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Qual a sua percepção relativa ao impacto no seu serviço da passagem do modelo de gestão SPA para EPE?

Nenhuma em termos gestionários, não existe autonomia. Dependência da ARS e ACSS.

2. Quais as vantagens ou desvantagens dessa transição?

Não houve vantagens, nem desvantagens.

3. Sentiu alguma limitação na aquisição de recursos (técnicos, humanos) derivada da política de austeridade vivida em todo o setor da saúde entre 2011 e 2014?

Sim, a todos os níveis. Mais limitações impostas pelo Ministro da Saúde e não pela Troika.

4. A promoção de uma efetiva articulação com outros níveis de cuidados (cuidados de saúde primários, continuados ou paliativos), que caracteriza uma ULS, poderá promover melhores resultados de eficiência no seu serviço? Porquê?

Não existe articulação.

5. O seu serviço tem margem para se tornar mais eficiente no futuro? Quais as medidas que implementaria ou quais os recursos necessários para melhorar os resultados?

Sim, mais recursos humanos, de forma a suprimir as necessidades dos doentes.

ENTREVISTA E09

Data da entrevista: 22/08/2018

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contacto inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com os efeitos em termos de eficiência resultantes da alteração do regime jurídico ocorrida no hospital Amato Lusitano que transitou do Setor Público Administrativo para o Setor Empresarial do Estado.

Apurados previamente os níveis de eficiência dos serviços do hospital através da metodologia da Data Envelopment Analysis, pretende-se através da presente entrevista, avaliar os efeitos que poderão estar na base da eficiência dos serviços, tendo por base os scores de eficiências apurados para cada ano.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Qual a sua percepção relativa ao impacto no seu serviço da passagem do modelo de gestão SPA para EPE?

Positiva.

2. Quais as vantagens ou desvantagens dessa transição?

As vantagens foram mais autonomia financeira, gestão, na capacidade de resolução de problemas.

3. Sentiu alguma limitação na aquisição de recursos (técnicos, humanos) derivada da política de austeridade vivida em todo o setor da saúde entre 2011 e 2014?

Sim.

4. A promoção de uma efetiva articulação com outros níveis de cuidados (cuidados de saúde primários, continuados ou paliativos), que caracteriza uma ULS, poderá promover melhores resultados de eficiência no seu serviço? Porquê?

Existe, mas é deficitária devido à distância. Consegue-se obter comunicação com os colegas.

5. O seu serviço tem margem para se tornar mais eficiente no futuro? Quais as medidas que implementaria ou quais os recursos necessários para melhorar os resultados?

Sim, mais recursos humanos.

ENTREVISTA E10

Data da entrevista: 23/08/2018

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contacto inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com os efeitos em termos de eficiência resultantes da alteração do regime jurídico ocorrida no hospital Amato Lusitano que transitou do Setor Público Administrativo para o Setor Empresarial do Estado.

Apurados previamente os níveis de eficiência dos serviços do hospital através da metodologia da Data Envelopment Analysis, pretende-se através da presente entrevista, avaliar os efeitos que poderão estar na base da eficiência dos serviços, tendo por base os scores de eficiências apurados para cada ano.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Qual a sua percepção relativa ao impacto no seu serviço da passagem do modelo de gestão SPA para EPE?

Negativa.

2. Quais as vantagens ou desvantagens dessa transição?

Desvantagem é o modelo de produtividade errado.

3. Sentiu alguma limitação na aquisição de recursos (técnicos, humanos) derivada da política de austeridade vivida em todo o setor da saúde entre 2011 e 2014?

Não. Não houve restrições nos pedidos de exames, nem nas prescrições.

4. A promoção de uma efetiva articulação com outros níveis de cuidados (cuidados de saúde primários, continuados ou paliativos), que caracteriza uma ULS, poderá promover melhores resultados de eficiência no seu serviço? Porquê?

Poderia se houvesse resposta em tempo útil, exemplo disso os cuidados continuados.

5. O seu serviço tem margem para se tornar mais eficiente no futuro? Quais as medidas que implementaria ou quais os recursos necessários para melhorar os resultados?

Sim, mais recursos humanos.

ENTREVISTA E11

Data da entrevista: 30/08/2018

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contacto inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com os efeitos em termos de eficiência resultantes da alteração do regime jurídico ocorrida no hospital Amato Lusitano que transitou do Setor Público Administrativo para o Setor Empresarial do Estado.

Apurados previamente os níveis de eficiência dos serviços do hospital através da metodologia da Data Envelopment Analysis, pretende-se através da presente entrevista, avaliar os efeitos que poderão estar na base da eficiência dos serviços, tendo por base os scores de eficiências apurados para cada ano.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Qual a sua percepção relativa ao impacto no seu serviço da passagem do modelo de gestão SPA para EPE?

A passagem de SPA a EPE pode ter várias vantagens para controlo financeiro e modelo de governação clínica quando é possível gerir e contratar autonomamente serviços e formação.

No caso da ULS, tal não é possível dados os constrangimentos orçamentais do país desde 2010 (quando se passa de SPA a EPE) o que impossibilita a contratação direta.

2. Quais as vantagens ou desvantagens dessa transição?

As vantagens seriam a autonomia.

3. Sentiu alguma limitação na aquisição de recursos (técnicos, humanos) derivada da política de austeridade vivida em todo o setor da saúde entre 2011 e 2014?

Já respondida em 1.

4. A promoção de uma efetiva articulação com outros níveis de cuidados (cuidados de saúde primários, continuados ou paliativos), que caracteriza uma ULS, poderá promover melhores resultados de eficiência no seu serviço? Porquê?

A governação clínica e a integração de cuidados verticalizada como deveria ser na ULS é uma grande vantagem para todos os serviços. Para isso é necessário estratégia, liderança e motivação dos colaboradores com delegação de competências.

5. O seu serviço tem margem para se tornar mais eficiente no futuro? Quais as medidas que implementaria ou quais os recursos necessários para melhorar os resultados?

O serviço tem possibilidades de crescimento e implementação de:

1 - Criação de CRI (Centro de Responsabilidade Integrado);

2 - Acreditações;

3 - Liderança motivacional;

4 - Viragem dos cuidados e continuação de serviços para o exterior;

5 - Início de Serviço Medicina Interna no ambulatório;

6 - Equipas multidisciplinares;

7 - Coordenadores do CRI ou Serviço sobre a responsabilidade dos Diretores do CRI e /ou serviço;

8 - Possibilidade de incentivos, mesmo não sendo monetários;

9 - Ter atitude de pretender do CACB (Centro Académico Clínico das Beiras) e permitir desenvolvimento dos profissionais d saúde na área pré graduada, pós graduada, ensino e investigação.

ENTREVISTA E12

Data da entrevista: 23/08/2018

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contacto inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com os efeitos em termos de eficiência resultantes da alteração do regime jurídico ocorrida no hospital Amato Lusitano que transitou do Setor Público Administrativo para o Setor Empresarial do Estado.

Apurados previamente os níveis de eficiência dos serviços do hospital através da metodologia da Data Envelopment Analysis, pretende-se através da presente entrevista, avaliar os efeitos que poderão estar na base da eficiência dos serviços, tendo por base os scores de eficiências apurados para cada ano.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Qual a sua percepção relativa ao impacto no seu serviço da passagem do modelo de gestão SPA para EPE?

Foi negativa.

2. Quais as vantagens ou desvantagens dessa transição?

Não trouxe mais recursos humanos, nem autonomia e perdeu recursos humanos.

3. Sentiu alguma limitação na aquisição de recursos (técnicos, humanos) derivada da política de austeridade vivida em todo o setor da saúde entre 2011 e 2014?

Positiva, aquisição de novos equipamentos.

4. A promoção de uma efetiva articulação com outros níveis de cuidados (cuidados de saúde primários, continuados ou paliativos), que caracteriza uma ULS, poderá promover melhores resultados de eficiência no seu serviço? Porquê?

Na prática não se vê vantagens, continua a burocracia, falta de comunicação.

5. O seu serviço tem margem para se tornar mais eficiente no futuro? Quais as medidas que implementaria ou quais os recursos necessários para melhorar os resultados?

Sim. Com mais articulação com os serviços, mais recursos humanos. Os recursos humanos estão envelhecidos.

ENTREVISTA E13

Data da entrevista: 27/08/2018

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contacto inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com os efeitos em termos de eficiência resultantes da alteração do regime jurídico ocorrida no hospital Amato Lusitano que transitou do Setor Público Administrativo para o Setor Empresarial do Estado.

Apurados previamente os níveis de eficiência dos serviços do hospital através da metodologia da Data Envelopment Analysis, pretende-se através da presente entrevista, avaliar os efeitos que poderão estar na base da eficiência dos serviços, tendo por base os scores de eficiências apurados para cada ano.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Qual a sua percepção relativa ao impacto no seu serviço da passagem do modelo de gestão SPA para EPE?

Alguns benefícios.

2. Quais as vantagens ou desvantagens dessa transição?

Maior articulação centros de saúde, poder de decisão tem maior autonomia em relação à tutela.

3. Sentiu alguma limitação na aquisição de recursos (técnicos, humanos) derivada da política de austeridade vivida em todo o setor da saúde entre 2011 e 2014?

Sim, na parte dos recursos humanos (enfermeiros, auxiliares e técnicos).

4. A promoção de uma efetiva articulação com outros níveis de cuidados (cuidados de saúde primários, continuados ou paliativos), que caracteriza uma ULS, poderá promover melhores resultados de eficiência no seu serviço? Porquê?

Sim, pela proximidade e maior comunicação, perde-se o formalismo.

5. O seu serviço tem margem para se tornar mais eficiente no futuro? Quais as medidas que implementaria ou quais os recursos necessários para melhorar os resultados?

Tem margem para aumentar. Reforço dos recursos humanos (médicos e técnicos), reforço do espaço físico para montar novas técnicas.

ENTREVISTA E14

Data da entrevista: 27/08/2018

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contacto inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com os efeitos em termos de eficiência resultantes da alteração do regime jurídico ocorrida no hospital Amato Lusitano que transitou do Setor Público Administrativo para o Setor Empresarial do Estado.

Apurados previamente os níveis de eficiência dos serviços do hospital através da metodologia da Data Envelopment Analysis, pretende-se através da presente entrevista, avaliar os efeitos que poderão estar na base da eficiência dos serviços, tendo por base os scores de eficiências apurados para cada ano.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Qual a sua percepção relativa ao impacto no seu serviço da passagem do modelo de gestão SPA para EPE?

Nada de diferente.

2. Quais as vantagens ou desvantagens dessa transição?

Vantagem é ter maior autonomia administrativa para o Conselho de Administração e não para o serviço.

3. Sentiu alguma limitação na aquisição de recursos (técnicos, humanos) derivada da política de austeridade vivida em todo o setor da saúde entre 2011 e 2014?

Não, antes pelo contrário. Houve aquisição de material cirúrgico.

4. A promoção de uma efetiva articulação com outros níveis de cuidados (cuidados de saúde primários, continuados ou paliativos), que caracteriza uma ULS, poderá promover melhores resultados de eficiência no seu serviço? Porquê?

Sim. Está a funcionar melhor, a ligação é mais eficiente.

5. O seu serviço tem margem para se tornar mais eficiente no futuro? Quais as medidas que implementaria ou quais os recursos necessários para melhorar os resultados?

Sim. Com mais recursos humanos (médicos e enfermeiros).

ENTREVISTA E15

Data da entrevista: 27/08/2018

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contacto inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com os efeitos em termos de eficiência resultantes da alteração do regime jurídico ocorrida no hospital Amato Lusitano que transitou do Setor Público Administrativo para o Setor Empresarial do Estado.

Apurados previamente os níveis de eficiência dos serviços do hospital através da metodologia da Data Envelopment Analysis, pretende-se através da presente entrevista, avaliar os efeitos que poderão estar na base da eficiência dos serviços, tendo por base os scores de eficiências apurados para cada ano.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Qual a sua percepção relativa ao impacto no seu serviço da passagem do modelo de gestão SPA para EPE?

Positiva.

2. Quais as vantagens ou desvantagens dessa transição?

Vantagem é ter maior autonomia na contratação de recursos humanos. Desvantagens não houve formação para trabalhar numa E.P.E.

3. Sentiu alguma limitação na aquisição de recursos (técnicos, humanos) derivada da política de austeridade vivida em todo o setor da saúde entre 2011 e 2014?

Sim, retirada de autonomia no controlo de recursos.

4. A promoção de uma efetiva articulação com outros níveis de cuidados (cuidados de saúde primários, continuados ou paliativos), que caracteriza uma ULS, poderá promover melhores resultados de eficiência no seu serviço? Porquê?

Sim. Eficiência nos gastos e adequação dos recursos humanos.

5. O seu serviço tem margem para se tornar mais eficiente no futuro? Quais as medidas que implementaria ou quais os recursos necessários para melhorar os resultados?

Sim. Formação a todo o nível, reorganização de serviços de acordo com os indicadores de contrato, elaboração do plano local de saúde e a criação de um gabinete de epidemiologia. Rigor na produção de dados.

ENTREVISTA E16

Data da entrevista: 28/08/2018

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contacto inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com os efeitos em termos de eficiência resultantes da alteração do regime jurídico ocorrida no hospital Amato Lusitano que transitou do Setor Público Administrativo para o Setor Empresarial do Estado.

Apurados previamente os níveis de eficiência dos serviços do hospital através da metodologia da Data Envelopment Analysis, pretende-se através da presente entrevista, avaliar os efeitos que poderão estar na base da eficiência dos serviços, tendo por base os scores de eficiências apurados para cada ano.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Qual a sua percepção relativa ao impacto no seu serviço da passagem do modelo de gestão SPA para EPE?

Nenhuma.

2. Quais as vantagens ou desvantagens dessa transição?

Não tem.

3. Sentiu alguma limitação na aquisição de recursos (técnicos, humanos) derivada da política de austeridade vivida em todo o setor da saúde entre 2011 e 2014?

Não, falta de recursos humanos devido à falta de candidatos.

4. A promoção de uma efetiva articulação com outros níveis de cuidados (cuidados de saúde primários, continuados ou paliativos), que caracteriza uma ULS, poderá promover melhores resultados de eficiência no seu serviço? Porquê?

Não, sempre houve uma boa relação.

5. O seu serviço tem margem para se tornar mais eficiente no futuro? Quais as medidas que implementaria ou quais os recursos necessários para melhorar os resultados?

Sim, mais profissionais e alteração na estrutura para receber crianças até aos 18.

ENTREVISTA E17

Data da entrevista: 30/08/2018

Tipo de entrevista: Presencial

Duração: 20 minutos

Bom dia,

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Como referido no contacto inicial para a marcação desta entrevista, o tema para este estudo prende-se com os efeitos em termos de eficiência resultantes da alteração do regime jurídico ocorrida no hospital Amato Lusitano que transitou do Setor Público Administrativo para o Setor Empresarial do Estado.

Apurados previamente os níveis de eficiência dos serviços do hospital através da metodologia da Data Envelopment Analysis, pretende-se através da presente entrevista, avaliar os efeitos que poderão estar na base da eficiência dos serviços, tendo por base os scores de eficiências apurados para cada ano.

Em relação à confidencialidade e ao anonimato, garanto-lhe que estes serão mantidos, sendo preservada a sua identidade ao expressar a sua opinião. Todas as informações que fornecer não estarão acessíveis para terceiros.

Questões da entrevista:

1. Qual a sua percepção relativa ao impacto no seu serviço da passagem do modelo de gestão SPA para EPE?

Positiva

2. Quais as vantagens ou desvantagens dessa transição?

Traria vantagens se o aspeto empresarial fosse levado à letra. Beneficiou os primeiros hospitais a entrar, depois a tutela limitou a liberdade de gestão.

3. Sentiu alguma limitação na aquisição de recursos (técnicos, humanos) derivada da política de austeridade vivida em todo o setor da saúde entre 2011 e 2014?

Claramente.

4. A promoção de uma efetiva articulação com outros níveis de cuidados (cuidados de saúde primários, continuados ou paliativos), que caracteriza uma ULS, poderá promover melhores resultados de eficiência no seu serviço? Porquê?

Na teoria essa era a grande vantagem - abolir barreiras, articular serviços, melhorar a eficácia e a eficiência, na prática (em Castelo Branco) isso não resultou por ineficácia dos CA que não aproveitaram as virtudes do projeto elaborado.

5. O seu serviço tem margem para se tornar mais eficiente no futuro? Quais as medidas que implementaria ou quais os recursos necessários para melhorar os resultados?

A ULS terá todas as possibilidades de se tornar mais eficiente. Para tanto basta que se ponha em prática a verdadeira filosofia das ULS - cuidados primários e hospitalares em perfeita harmonia na articulação de serviços e no tratamento dos seus profissionais.