Projeto de Resolução n.º 49/XVII/1.ª

Trazer a gestão pública das Unidades de Saúde EPE para o século XXI

Exposição de Motivos

O modelo de gestão e governança dos hospitais públicos portugueses tem sofrido várias alterações ao longo dos anos, mas está ainda muito longe de capacitar adequadamente os gestores públicos com os instrumentos necessários para uma gestão eficaz e eficiente destas unidades de saúde, com prejuízo para os contribuintes e, sobretudo, para os utentes.

1. Evolução histórica da gestão hospitalar

O modelo em vigor, denominado de Entidade Pública Empresarial (EPE), teve como objetivo dotar os hospitais públicos dos instrumentos existentes na gestão de empresas privadas. Esta reforma decorria de uma tendência generalizada, observada em vários países ocidentais, de trazer para a Administração Pública clássica, deliberadamente burocrática e administrativa (cf. Max Weber - Bureaucracy), alguns dos instrumentos comumente encontrados na gestão das sociedades privadas.

O *New Public Management*, como assim ficou conhecido, pretendia então conferir instrumentos de gestão mais flexíveis aos gestores da *coisa pública*, sem com isso comprometer os princípios subjacentes da universalidade do serviço público. Em particular, procurava-se introduzir uma prática de monitorização e acompanhamento de indicadores de performance, com base na contratualização e cooperação entre agentes do mercado, que permitisse uma gestão mais eficiente dos recursos e meios e, com isto, a prestação de mais e melhores cuidados de saúde. É uma lógica adstrita a princípios de racionalidade económica.

Esta reforma foi uma melhoria face ao que existia anteriormente, nomeadamente face aos hospitais do Setor Público Administrativo (SPA)[1]. Os hospitais SPA dispunham de ainda menos autonomia do que a hoje existente, e seguiam o modelo de instituto público ao invés de empresa pública, desta forma, limitando a capacidade de resposta dos gestores públicos, que de gestores tinham pouco mais do que o nome.

A transformação dos hospitais SPA em EPE foi intercalada pela criação de um outro estatuto jurídico, o de hospitais Sociedade Anónima (SA), detidos exclusivamente por capitais públicos, que iam muito mais além na dotação de instrumentos de gestão dos hospitais públicos. A experiência do hospital S. Sebastião (Santa Maria da Feira), que funcionou de forma exemplar como hospital SA, entre 2002 e 2005, atesta este modelo, que foi preterido, infere-se, por motivações mais políticas do que técnicas, tal como recentemente aconteceu com o modelo PPP.

2. Limitações do modelo EPE

Tendo por base a prática gestionária ou, melhor dizendo, administrativa dos hospitais EPE, percebe-se que o modelo EPE ainda não foi capaz de conferir os instrumentos necessários para que a gestão pública possa garantir os mesmos resultados em termos de eficiência no uso dos recursos que a gestão privada. A operacionalização de princípios de racionalidade económica não é mais do que letra da lei se não estiverem incorporados os incentivos e os instrumentos para a boa gestão.

Em específico, destaca-se, entre tantos outros pontos:

1. A contínua ingerência administrativa, por parte das várias instituições sob a tutela do Ministério da Saúde, nomeadamente a ACSS, SPMS, DGS, mais as Secretarias de Estado, no dia-a-dia dos hospitais, causando assaz vezes dúvidas jurídicas sobre a sua aplicação, assim como fricções operacionais.
2. A dependência de autorizações da tutela (Ministério da Saúde e Ministério das Finanças) em decisões de gestão, como a gestão de recursos humanos, em particular a contratualização e a cessação de vínculos laborais.

[1] Moreira, Sara (2008). ANÁLISE DA EFICIÊNCIA DOS HOSPITAIS-EMPRESA: UMA APLICAÇÃO DA DATA ENVELOPMENT ANALYSIS. Boletim Económico 2008, Banco de Portugal.

3. A falta de instrumentos de remuneração variável, com base em critérios de performance e de valor em saúde, aliada à enorme rigidez da Tabela Remuneratória Única, que está completamente desfasada da prática salarial do setor privado em determinadas profissões de saúde.
4. A falta de um orçamento plurianual que confira ao hospital a autonomia para a assunção de investimentos estratégicos que permitam reforçar a sua própria capacidade, causando situações limite como o caso do hospital pediátrico Joãozinho, no Hospital de São João.
5. A excessiva dependência dos trâmites da contratualização pública (Código dos Contratos Públicos), que gera enormes ineficiências e mesmo desperdício de dinheiros públicos, a par com a fiscalização prévia do Tribunal de Contas, que gera morosidade, constituindo não apenas um encargo financeiro latente como uma potencial degradação dos cuidados de saúde prestados.
6. Um financiamento retrospetivo ancorado na produção (*outputs*), que não tem os incentivos corretos para a gestão eficiente dos recursos e para a melhoria contínua do sistema, e que, aliás, potencia a sobreprestação de cuidados de saúde e a execução apressada de despesa.
7. A deficiente gestão de tesouraria, por manifesta suborçamentação (em parte devida, precisamente, à ineficiência que se observa nos hospitais EPE), e que depois se desdobra em atrasos nos pagamentos aos fornecedores e em elevado endividamento.
8. A incapacidade de assegurar que os Conselhos de Administração (CA) são nomeados atentando única e exclusivamente ao mérito e competência, e apesar de qualquer ligação partidária, levando a que, diversas vezes, pessoas sem experiência e/ou competência na gestão hospitalar incorporem os CAs.
9. As pendências agora criadas com a migração para o modelo ULS, que obriga à homologação dos regulamentos internos para a gestão dos EPE e, com isso, mais fricções, inoperâncias e paralisações.

Em particular, o atual processo de nomeação para os Conselhos de Administração das ULS apresenta graves deficiências, particularmente no que diz respeito à ausência de mecanismos eficazes para evitar nomeações de caráter político-partidário. A prática de

selecionar gestores com base na proximidade política, em vez de garantir o mérito e a competência técnica, mina a eficiência e a credibilidade das instituições de saúde.

Casos em que ex-autarcas assumem posições de topo em ULS sem evidência de experiência relevante no setor da saúde, exemplificam como as escolhas são frequentemente orientadas por interesses partidários, em vez de critérios objetivos que priorizem a qualidade da gestão.

Esta realidade contribui para um enfraquecimento da governança hospitalar, gerando desconfiança pública e, frequentemente, decisões de gestão desalinhadas com as necessidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS). A falta de transparência no processo de nomeação e a ausência de supervisão por entidades independentes perpetuam estas nomeações inadequadas, comprometendo a capacidade das ULS de responder eficazmente aos desafios do sistema de saúde. É imprescindível implementar reformas que garantam nomeações baseadas em mérito, competência e alinhamento com os objetivos estratégicos do SNS, evitando que interesses políticos coloquem em risco a sustentabilidade e a qualidade dos serviços prestados.

3. Uma proposta de reforma do modelo EPE

Por um lado, o colete de forças administrativo a que as unidades de saúde EPE estão sujeitas gera enormes ineficiências e, no limite, prejudica a entrega de cuidados de saúde aos utentes. Por outro, a intromissão política e administrativa em unidades de saúde dificulta a boa gestão das instituições, que devem estar focadas na gestão operacional e na prestação de cuidados e não na prossecução de objetivos políticos.

Ademais, não existe de forma abrangente no sistema público de saúde os incentivos para a sua melhoria contínua, feita de forma orgânica e voluntária, dependendo esta do brio dos profissionais de saúde. Ora, os sistemas devem ser resilientes o suficiente para que não tenham de depender da boa vontade e da dedicação incondicional de alguns profissionais de saúde.

Por conseguinte, tendo em consideração o acima exposto, ao abrigo da alínea b) do número 1 do artigo 4.º do Regimento da Assembleia da República, o Grupo Parlamentar da Iniciativa Liberal apresenta o seguinte Projeto de Resolução, com vista à implementação de mecanismos que permitam a melhoria gradual na gestão e governança dos hospitais públicos:

Resolução

Ao abrigo das disposições constitucionais e regimentais aplicáveis, a Assembleia da República delibera recomendar ao Governo que:

1. **Constitua uma Comissão Independente de Nomeação para os Conselhos de Administração (CAs)** das Unidades Locais de Saúde, sob a intendência da Comissão de Recrutamento e Seleção para a Administração Pública (CRESAP) e coordenada pela Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde (DE-SNS), desta forma garantindo processos de nomeação isentos, baseados em mérito e competências. Ademais, deve:
    a. Tornar obrigatória a definição de critérios objetivos para a nomeação, incluindo qualificações profissionais, experiência comprovada em gestão de saúde e competências específicas para o cargo.
    b. Publicar e publicitar as vagas para membros dos CAs em plataformas públicas acessíveis, permitindo que todos os candidatos qualificados possam concorrer num processo transparente e competitivo.
    c. Estabelecer indicadores de desempenho (KPIs) claros para os membros dos CAs, com base em critérios como eficiência operacional, qualidade dos cuidados de saúde, satisfação dos utentes e gestão financeira.
    d. Reportar os resultados dos CAs com regularidade à DE-SNS e ao público, promovendo responsabilização e alinhamento com os objetivos estratégicos do Serviço Nacional de Saúde.
    e. Reformular as atribuições dos Conselhos Consultivos das ULS, conferindo-lhes a capacidade de auditar e fiscalizar o trabalho dos CAs, com um foco em desempenho, conformidade e qualidade dos serviços prestados.

f. Instituir um modelo de reportes regulares e públicos dos CAs aos Conselhos Consultivos, assegurando transparência e permitindo que a sociedade civil e os *stakeholders* locais acompanhem a gestão das unidades.
g. Publicar todos os relatórios de desempenho e auditorias realizadas pelos Conselhos Consultivos em plataformas públicas, promovendo maior confiança e escrutínio das atividades das administrações hospitalares.

2. **Substituir o excesso de burocracia e regulamentação que as unidades EPE enfrentam**, particularmente no âmbito do Código dos Contratos Públicos, por um modelo de contratualização pública mais ágil e eficiente, adaptado à realidade atual e às especificidades do setor da saúde. A transparência será assegurada através da publicitação obrigatória de todos os contratos numa plataforma digital centralizada, como o base.gov.pt, complementada por *dashboards* públicos que apresentem indicadores como a eficiência contratual e o cumprimento de prazos. Adicionalmente:
   a. Introduzir a fiscalização concomitante, em alternativa à fiscalização prévia do Tribunal de Contas, permitindo a supervisão em tempo real, mas sem comprometer a agilidade.
   b. Implementar um regime especial de contratação pública para a saúde que ofereça flexibilidade em aquisições urgentes, substituições de biossimilares e adaptação às rápidas mudanças do mercado, reduzindo atrasos administrativos e ruturas de *stock*.
   c. Criar um mecanismo de certificação de fornecedores baseado em critérios de qualidade, conformidade e sustentabilidade, viabilizando uma **via verde para processos simplificados com fornecedores certificados**. Os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) deverão assumir um papel central na gestão centralizada de compras estratégicas (estendendo as atuais competências da central de compras dos SPMS), negociando contratos em larga escala, desenvolvendo catálogos dinâmicos de preços e fornecedores, e oferecendo suporte técnico aos hospitais para contratos específicos.
   d. Priorizar um modelo de contratação baseado em valor (*value-based procurement*), avaliando não apenas o custo inicial, mas o impacto em saúde e o ciclo de vida dos bens e serviços contratados.

e. Digitalizar integralmente os processos de contratação, integrando inteligência artificial para monitorizar conformidade e sugerir melhorias contratuais, garantindo decisões informadas e a otimização de recursos.

3. **Facilitar a externalização das atividades não-clínicas dos hospitais** (logística e distribuição, hospitalidade, tecnologias de informação, serviços de limpeza e gestão de infraestrutura), por meio da delegação em operadores especializados, permitindo, assim, que o hospital se foque nas suas funções clínicas essenciais. Os SPMS podem desempenhar um papel central nesse processo, assumindo a gestão centralizada de contratos, negociando serviços em larga escala e implementando uma plataforma digital que facilite a comunicação entre hospitais e fornecedores, inspirada no modelo do NHS Supply Chain no Reino Unido. Este modelo permitiu obter elevados ganhos de eficiência, fruto de economias de escala e de especialização. É também necessária a revisão do Código Fiscal no que à dedução do IVA diz respeito, pois encarece os serviços contratados pelos hospitais.

4. Transformar e generalizar as principais valências dos hospitais em **Centros de Responsabilidade Integrada (CRI) de 2ª Geração**, dotando-os de verdadeira autonomia financeira, administrativa e de gestão de recursos humanos. Os CRI serão generalizados como modelo de governança interna, funcionando como centros de custos independentes que contratualizam serviços e resultados com o Conselho de Administração e com outras unidades do hospital. Em caso de quebra de contrato, os CRI poderão ser destituídos ou reestruturados, promovendo responsabilização. Cada CRI terá autonomia para definir a sua política de gestão de recursos humanos e remuneração, alinhada a objetivos estratégicos e a indicadores de performance, priorizando resultados em saúde (*value-based healthcare*). A relação contratual será formalizada com base em métricas claras, como resultados clínicos, eficiência no uso de recursos e satisfação dos utentes. Os capitais dos CRI serão, preferencialmente, detidos pelos próprios profissionais de saúde, fomentando uma lógica de coesão e compromisso, e os CRI poderão operar em mais de uma unidade hospitalar, seja ela pública, privada ou do setor social, promovendo a integração entre diferentes prestadores de saúde.

5. Criar os incentivos, através do financiamento, para a implementação de indicadores de valor em saúde, que servirão para avaliar a atividade assistencial prestada pelo hospital como um todo (agregando o trabalho realizado por cada CRI - ver ponto anterior). A operacionalização desta medida implicará a implementação de contabilidade analítica e custeio, assim como a recolha de indicadores de resultados em saúde (*outcomes*) após a alta hospitalar, com recurso a aplicações já disponíveis no mercado. Para que tal seja possível, será necessário criar os incentivos financeiros, fazendo depender parte da remuneração dos hospitais da sua implementação.

6. Implementar as medidas anteriormente anunciadas de forma experimental em três ULS de diferentes dimensões, que sirvam diferentes populações, e que os seus resultados sejam avaliados.

Palácio de São Bento, 20 de junho de 2025

Os Deputados da Iniciativa Liberal,

Joana Cordeiro
Angélique Da Teresa
Carlos Guimarães Pinto
Jorge Miguel Teixeira
Mariana Leitão
Mário Amorim Lopes
Miguel Rangel
Rodrigo Saraiva
Rui Rocha