

Gestão hospitalar em Portugal: a importância da participação médica

Hospital management in Portugal: the importance of medical participation

Alexandre Morais Nunes¹
Andreia Afonso de Matos²

Resumo

A gestão hospitalar cada vez mais está comprometida com a melhoria do desempenho e da produção resultante da atividade clínica. Tendo em conta este objetivo, existe logo à partida uma reação do trabalho médico com os resultados dos hospitais medido pelos resultados de acesso, eficiência e qualidade. O objetivo do presente artigo centra-se na análise do papel dos médicos na gestão hospitalar em Portugal, quer ao nível dos órgãos da gestão de topo, quer ao nível das chefias intermédias e respetivos efeitos nos resultados dos hospitais empresa. Como método foi aplicada uma revisão da literatura por meio de artigos nacional e internacional, documentos do Ministério da Saúde e dos termos de referência para a contratualização hospitalar. Como resultados, verificou-se que os médicos estão cada vez mais envolvidos na gestão hospitalar e têm um importante papel na gestão de cada departamento clínico e nos conselhos de administração, o que muito contribuiu para a melhoria dos resultados da gestão hospitalar.

Palavras-chave: Administração Hospitalar; Diretores Médicos; Gestor de Saúde; Eficiência.

Abstract

Hospital management is increasingly committed to improving performance and production resulting from clinical activity. Given this objective, there is a reaction from the medical work with the results of hospitals measured by the results of access, efficiency and quality. The purpose of this article is to analyze the role of physicians in hospital management in Portugal, both at the top management level and at the level of intermediate managers and their effects on the results of company hospitals. As a method was applied a review of national and international articles, Ministry of Health documents and the terms of reference for hospital contracting. As a result, it was verified that physicians are increasingly involved in hospital management and have an important role in the management of each clinical department and in the boards of directors that have greatly contributed to the improvement of hospital management results.

Keywords: Hospital management; Physician Executives; Health Manager; Efficiency.

Data de submissão: 16 de março de 2019

Data de aprovação: 17 de junho de 2019

¹ Doutor em Administração da Saúde pela Universidade de Lisboa. Professor do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da ULIabo. Centro de Administração e Políticas Públicas, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa, Rua Almerindo Lessa, 1300-663, Lisboa, Portugal. E-mail: anunes@iscsp.ulisboa.pt

² Doutoranda em Administração Pública na especialidade de Administração da Saúde pela Universidade de Lisboa. E-mail: matos.andreia@gmail.com

A reforma da gestão hospitalar em Portugal seguiu uma tendência europeia de adoção de práticas de gestão empresarial orientadas para a busca da eficiência e do maior desempenho, sem comprometer o acesso e nem a qualidade dos cuidados de saúde (NUNES, 2016).

Desde o ano 2002, os hospitais portugueses passaram assim a ser geridos como empresas a fim de promover uma utilização mais eficiente dos recursos e dotar a prestação com uma maior capacidade de resposta através da maior autonomia das equipas de gestão na contratação de recursos humanos e na aquisição de bens e serviços. Neste modelo é identificada uma dupla linha de autoridade: a gerencial, centrada nos órgãos de administração (equipa que compõe o conselho de administração, gestores e administradores intermédios) e uma outra mais técnica centrada nos profissionais de nível intermédio (representada por médicos e enfermeiros), onde está previsto um modelo de gestão descentralizado conhecido como Centros de Responsabilidade Integrada que na dependência central da administração do hospital é gerido por um diretor de serviço responsável pelos custos, planeamento e pela prestação das atividades clínicas do seu departamento (BOQUINHAS, 2012).

Na procura da eficiência e do melhor desempenho e qualidade dos serviços, surgem alguns conflitos e problemas internos na organização dos hospitais, que estão muitas das vezes relacionados com esta dupla autoridade (NUNES, 2016). Por um lado, os gestores não clínicos demonstram preocupações focadas nos indicadores económicos como custos, investimentos, resultados financeiros do exercício. Por outro lado, os profissionais e chefias intermédias, têm preocupações focadas na prestação de cuidados, na renovação de equipamentos, em aspetos éticos e deontológicos manifestando a

Desde o ano 2002, os hospitais portugueses passaram assim a ser geridos como empresas.

necessidade de ter a maior e melhor capacidade de resposta para os seus pacientes, ganhando assim o devido reconhecimento na profissão e a valorização do hospital perante a sociedade através da elevada capacidade tecnológica, profissional e resultados obtidos. Para além dessas questões, os médicos ainda reclamam as suas necessidades de formação continua que muito contribuem para a atualização de conhecimentos e melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos seus pacientes (NUNES, 2013).

Ambas as preocupações dos gestores e dos profissionais de saúde são legítimas e compreensíveis e no âmbito da boa governação. Deve existir um consenso que alie alguma limitação da despesa com as necessidades de investimento e de melhoria da prestação. Está cientificamente provado que os hospitais que promovem a investigação e implementam centros de excelência com diferenciação tecnológica em determinadas áreas conseguem ter melhores resultados de desempenho com uma maior produção e qualidade (FERNANDES, 2015). Por estas razões, é essencial equilibrar a gestão das unidades com o conhecimento e necessidades médicas estabelecendo escolhas equilibradas que satisfaçam as necessidades beneficiando os pacientes e que em simultâneo não ponham em causa a sustentabilidade financeira. Ou seja, estabelecendo uma relação custo/benefício e de custo/efetividade.

Para concretizar esta gestão eficiente de recursos e promover uma habilidade e mediação entre os indicadores de gestão e as necessidades, conduzindo ao maior reconhecimento da unidade hospitalar e do seu corpo clínico, coloca-se neste artigo uma questão relacionada com o papel que os médicos desempenham na gestão hospitalar. Este é um fato considerado de elevada relevância na literatura nacional e internacional, dado que está inerente à organização da gestão dos hospitais um papel ativo do médico enquanto prestador e gestor nas suas funções intermédias de responsável por serviço, na qualidade de diretor, ou nas funções de topo, onde integra o conselho de administração com o cargo de diretor clínico.

No presente artigo, com base na revisão da literatura e na observação da realidade do Serviço Nacional de Saúde em Portugal, apresenta-se o modelo de governação dos hospitais, na perspectiva da gestão (conselho de administração) e na perspectiva da componente clínica, com o objetivo de verificar até que ponto os médicos estão envolvidos na gestão hospitalar e quais os efeitos em termos dos resultados desse envolvimento.

1 Governação dos Hospitais

A governação dos hospitais inclui duas grandes linhas de autoridade, a dos gestores que integra a gestão hospitalar de topo e administradores hospitalares intermédios e a governação clínica realizada por médicos.

A equipa de topo da gestão dos hospitais empresa integra um órgão de administração conhecido como Conselho de Administração, que reúne semanalmente. Esta estrutura é nomeada pelo Ministério da Saúde e das Finanças e é composto por um presidente e um máximo de seis

vogais, em função da dimensão e complexidade do hospital, sendo um deles, obrigatoriamente, o director clínico (médico) e outro o enfermeiro-director (enfermeiro) (NUNES, 2016).

Com um mandato inicial de três anos, são competências do conselho de administração garantir o cumprimento dos objetivos básicos e a execução de todos os poderes de gestão do hospital desde a celebração de contratos que estabelecem o financiamento e a produção que podem ser internos (com a gestão intermédia) ou externos (com o Ministério da Saúde); a definição da estratégia a implementar e linhas de orientação a seguir; a execução de planos de atividades; gerir recursos humanos; orientar a organização da instituição nas áreas clínicas e não clínicas gerindo os serviços a abrir ou encerrar. No âmbito da sua função, o conselho está obrigado à prestação pública de contas e ao cumprimento dos seus compromissos sob pena de suspensão ou processo penal por má gestão de dinheiros públicos (NUNES, 2016; PORTUGAL, 2005).

Os hospitais que promovem a investigação e implementam centros de excelência com diferenciação tecnológica em determinadas áreas conseguem ter melhores resultados de desempenho.

Todos os órgãos e gestão que compõem o conselho de administração têm fixadas as suas atribuições (PORTUGAL, 2005):

- O presidente tem voto de qualidade e a ele compete-lhe a coordenação da atividade de todo o conselho, garantir a execução das decisões na estrutura do hospital, fazer a ligação aos membros do Governo e representar o hospital;
- Os vogais têm as funções que lhes foram definidas por despacho da tutela e realizam a atividade conferida pelo presidente. Por norma um dos vogais supervisiona a componente financeira e outro o desempenho e acompanha a execução dos contratos de gestão assinados com o Ministério da Saúde;
- O diretor clínico é um licenciado em medicina ao qual compete a direção da produção clínica do hospital que integra todas as prestações aos pacientes. De forma mais específica cabe a este elemento o planeamento dos serviços e departamentos do hospital, a garantia da coordenação, cooperação entre os vários serviços e departamentos, propor as melhorias necessárias à melhor prestação de cuidados de saúde em termos organizacionais, aprovar orientações clínicas relacionadas com prescrição de exames de diagnóstico, definição de protocolos, medicamentos tendo em conta a qualidade e o custo-

benefício e velar pela atualização do pessoal médicos;

- O enfermeiro diretor é um licenciado em enfermagem que tem como atribuição a coordenação de toda a atividade de enfermagem realizada no hospital zelando pela qualidade e pelas boas práticas. De forma mais detalhada tem a responsabilidade de articular a prestação de cuidados com o diretor clínico, participar na definição das diretivas clínicas a implementar, definir padrões de avaliação dos cuidados de enfermagem e gerir os recursos humanos de enfermagem.

Ao nível da gestão intermédia, particularmente nos grandes hospitais, o Conselho de Administração nomeia um administrador hospitalar para cada área médica (serviço ou departamento).

A governação intermédia é também realizada por médicos diretores de serviços que cooperam com a equipa de gestão e fazem um elo de ligação com os clínicos em cada serviço. Este modelo de organização desenvolveu-se um pouco por toda a Europa desde a década de 60, através do qual os médicos criaram um poder e influência para controlar as organizações (DICKINSON et al, 2013; GREENWOOD et al, 1990). No entanto, é uma estrutura fundamental para a prestação de cuidados dado que para além de dominarem a componente clínica e de prestação de cuidados diretos ao paciente, conseguem lidar com as questões da organização do próprio serviço para manter a normalidade dos actos praticados e melhorar os resultados do hospital (DICKINSON e HAM, 2008). É este poder da gestão intermédia

que garante a abertura de determinados serviços e evita que se fechem outros apenas por vontade política e dessa forma constituem uma força que tem poder para bloquear estratégias e processos da administração caso discordem deles (DICKINSON e HAM, 2008).

Os diretores de serviço são médicos que exercem atividade clínica a tempo parcial e que dedicam grande parte do seu tempo assumindo a responsabilidade pela gestão de um nível de gestão intermédia conhecidas como direções de serviço e pela comunicação com o conselho de administração (MCKEE et al, 1999). Estas direções de serviço são as principais estruturas de gestão clínica usadas em Portugal integradas num modelo tipo dos países ocidentais da Europa (BRAITHWAITE et al, 2005). Estas unidades funcionam como microsistemas dentro dos hospitais e são definidas na literatura como pequenas unidades que dentro de uma organização dispõem dos seus próprios recursos humanos, financeiros e tecnológicos na prossecução da prestação de cuidados de saúde especializados aos cidadãos (DENIS, 2013; QUINN, 1992). Contudo, a responsabilidade destes serviços não é apenas do diretor de serviço, mas também é compartilhada pelo diretor clínico e apoiada por um enfermeiro chefe que garante a gestão dos enfermeiros.

As duas linhas de administração apresentadas levam para uma discussão relativamente à gestão médica/ não médica, ou seja, conselho de administração vs direções clínicas. De acordo com a teoria há motivações base que divergem em ambos os casos, que se apresentam no quadro seguinte.

A posição do conselho de administração na gestão hospitalar é mais abrangente pois a sua tomada de decisão não é apenas focada numa ou outra classe profissional.

QUADRO 1 – Motivações da gestão realizada pelos gestores médicos vs conselho de administração

Médico gestor	Conselho de Administração
Tomada de decisões em função do interesse dos pacientes	Tomada de decisões em função do interesse da organização
Responsável pelos pares	Responsável por várias partes interessadas (todos os <i>stakeholders</i>)
Decisões orientadas por regras e normas profissionais	Decisões orientadas para os objetivos organizacionais
Decisão normativa e autónoma	Decisões de grupo, ambiente político, negociação, compromisso

FONTE: ERWIN (2015).

A posição do conselho de administração na gestão hospitalar é mais abrangente pois a sua tomada de decisão não é apenas focada numa ou outra classe profissional mas sim em processos que envolvem múltiplas pessoas (*stakeholders* – médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, auxiliares, administradores, pacientes)

e sobre as políticas e atividades de gestão e planeamento de todo o hospital. Por sua vez, os administradores intermédios focam assuntos relacionados com orçamentação, aquisição de suprimentos e recursos humanos. Pelo contrário, os médicos exercem uma influência que se centra em questões clínicas como são exemplos os procedimentos, protocolos dos serviços, a atenção na qualidade num processo contínuo desde a admissão à alta do paciente (SHORTELL, 1986).

Este modelo de dupla autoridade (administrativa e clínica) existente em Portugal e nos países ocidentais da Europa foi desenvolvido na literatura por Pauly e Redisch (1973) e Harris (1978). Na conceptualização deste modelo, o hospital é entendido como uma organização muito centrada na decisão médica, que determina a quase totalidade da prestação de cuidados. Neste contexto a administração existe para dotar a unidade hospitalar dos meios necessários (recursos humanos, equipamentos, suprimentos para uso clínico no âmbito da prestação de cuidados de saúde. Embora reconhecido este modelo, o conselho de administração raramente se opõe aos médicos, pois a estabilidade da administração está ligada à satisfação e produção da equipe médica (SHORTELL, 1986).

Existem referências internacionais sobre as relações de tensão entre a gestão médica e a administração de topo não médica, que prejudicam o desempenho do hospital nomeadamente na produção e na qualidade (CARLSON, 1975; SCOTT, 1982).

Para reforçar a articulação interna entre ambas as autoridades e minimizar as suas diferenças, o Ministério da Saúde desenvolveu em 2016 uma política de desenvolvimento de Centros de Responsabilidade Integrada numa política de gestão moderna, rigorosa e responsável

que tem por objetivo estimular a motivação dos gestores e profissionais de saúde, promovendo em simultâneo a responsabilidade e a maior autonomia na execução das suas funções, aumentar a produtividade, o desempenho reduzindo o desperdício e as ineficiências dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (ACSS, 2016).

Os processos de contratualização interna, estabelecidos entre o conselho de administração e os departamentos clínicos valorizam a governação clínica, o desempenho assistencial e económico-financeira dos serviços através de um conjunto de objetivos definidos internamente apresentados de forma desagregada e específica para cada departamento ou serviço de acordo com a tipologia da prestação de cuidados. Este é um modelo de gestão participada, que aproxima os objetivos da administração com as necessidades e os resultados a obter pela gestão médica (diretor de serviço) em cada departamento, que recorre à experiência e ao conhecimento dos profissionais e da organização, que incentiva o desenvolvimento de competências

Um modelo de gestão participada, que aproxima os objetivos da administração com as necessidades e os resultados a obter pela gestão médica.

e de atitudes proativas e em simultâneo promove a competição por comparação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010; VAZ, 2009).

Para promover a partilha de informação entre a gestão e o corpo clínico está em curso uma modernização dos sistemas eletrônicos de informação, que permitirá monitorar os hospitais em termos de acesso, desempenho econômico, produção e qualidade por cada unidade.

2 Reforma da Gestão Hospitalar em Portugal: Acesso, Desempenho e Qualidade

Os hospitais são unidades de prestação de cuidados de saúde especializados que são alvo de um grande escrutínio por parte dos pacientes, comunicação social e por toda a sociedade e componente política (CAMPOS, 2008).

O olhar que cada vez está mais atento aos hospitais não foca apenas o seu desempenho em termos da produção realizada, mas também tem em conta o acesso dos pacientes aos cuidados de saúde, a eficiência e a qualidade dos cuidados prestados (OECD, 2010; SALTMAN et al, 2011).

Os hospitais são unidades de prestação de cuidados de saúde especializados que são alvo de um grande escrutínio por parte dos pacientes, comunicação social e por toda a sociedade e componente política (CAMPOS, 2008).

O olhar que cada vez está mais atento aos hospitais não foca apenas o seu desempenho em termos da produção realizada, mas também tem em conta o acesso dos pacientes aos cuidados de saúde, a eficiência e a qualidade dos cuidados prestados (OECD, 2010; SALTMAN et al, 2011).

Os hospitais portugueses melhoraram o seu desempenho desde 2002, com a adoção de práticas de gestão empresariais, que criaram os concelhos de administração e alguns centros de responsabilidade integrada nas direções de serviço conforme descrito. No entanto, são em cada ano ponderados um conjunto de incentivos para garantir a melhoria dos indicadores de acesso, desempenho e qualidade.

No ano de 2016 foram desenvolvidos um conjunto de termos de referência para melhorar os resultados, que só serão possíveis de cumprir com participação dos médicos na atividade de gestão. Em termos dos indicadores de acesso, foram definidos como prioritários, a melhoria (ACSS, 2016):

- Percentagem de primeiras consultas médicas no total de consultas médicas;
- Número de consultas externas com registo de alta no total de consultas externas;
- Cumprimento dos tempos de resposta e de triagem:
 - Aumento da percentagem de utentes referenciados dos cuidados de saúde primários para consulta externa atendidos em tempo adequado;
 - Aumento da percentagem de doentes cirúrgicos (neoplasias malignas) inscritos em LIC com tempo de espera inferior ao tempo máximo estabelecido na lei;
 - Redução da mediana de tempo de espera da lista de inscritos para cirurgia, em meses;
 - Percentagem de episódios de

urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem;

- Doentes sinalizados para a RNCCI, em tempo adequado, no total doentes tratados.

Relativamente ao desempenho assistencial, são objetivos prioritários (ACSS, 2016):

- Reduzir a percentagem de reinternação em 30 dias, na mesma grande categoria de diagnóstico;
- Reduzir a percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo;
- Aumentar a percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas
- Aumentar a percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias programadas (GDH) – para procedimentos ambulatoriais
- Aumentar a percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatoriais (são os procedimentos que, embora não universalmente realizados em ambulatório, a sua realização em menos de 24 horas está prevista);
- Melhorar a demora média da internação;
- Melhorar os indicadores de mortalidade nos hospitais;
- Reduzir o índice de risco e segurança do doente
- Aumentar a percentagem de embalagens de medicamentos genéricos prescritos, no total de embalagens de medicamentos prescritos.

No âmbito do desempenho económico-financeiro, foi previsto (ACSS, 2016):

- Redução dos custos com horas extraordinárias, suplementos e fornecimentos de serviços externos no total de custos com pessoal;
- Melhoria do EBITDA;
- Redução da dívida vencida (fornecedores externos).

Quanto à qualidade, é de consenso internacional a sua melhoria no âmbito da implementação de sistemas de gestão e que deve ser alvo de melhorias permanentes e cada vez mais rigorosas (JIANG et al, 2008; JIANG et al, 2012; JOSHI & HINES, 2006; VAUGHN et al, 2006). Tendo em conta estas recomendações internacionais, em Portugal na estratégia da gestão hospitalar, foram tidos em conta os aspetos da qualidade particularmente a gestão do risco clínico e da segurança do doente com o objetivo de melhorar os respetivos indicadores e minimizar consequências que poderiam ser facilmente evitáveis.

Para este efeito, em 2016 desenvolveu-se um índice de risco e de segurança do doente composto por indicadores defendidos pela OCDE baseados na codificação ICD 9CM, aplicados a todos os hospitais. Os objetivos definidos baseiam-se na redução (ACSS, 2016):

- Infeções pós-operatória por cada 100.000 Episódios
- Infeções pós-cirurgia abdominal por cada 100.000 Episódios (objetivo: redução de 10%)
- Infeções da corrente sanguínea relacionada com cateter venoso central (adulto e neonatal) por cada 100.000 Episódios
- Úlceras de pressão por cada 100.000 Episódios

- Corpo estranho deixado durante cirurgia por cada 100.000
- Ferida pós-cirurgia abdominal por cada 100.000 Episódios
- Hematoma ou hemorragia pós-operatória por cada 100.000 episódios
- Punção ou laceração acidental durante cirurgia por cada 100.000 episódios

Em complemento, no âmbito da qualidade e para combater o elevado número de infecções hospitalares que têm implicação direta no aumento dos custos dos hospitais, foi desenvolvido um Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência Antimicrobiana para o triénio 2017-2019, para o qual se definiram os seguintes objetivos:

- Redução de 10% ao ano no consumo hospitalar global de antibióticos, medido em DDD por 1.000 doentes saídos dia;
- Redução de 10% ao ano no consumo global de carbapenemes, medido em DDD por 1.000 doentes saídos dia;
- Redução de 5% ao ano da taxa de *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA) no total de *Staphylococcus aureus* isolados em amostras invasivas (sangue e liquor);
- Redução de 1% da taxa de *Klebsiella pneumoniae* produtora de carbapenemase no total de *Klebsiella pneumoniae* isoladas em amostras invasivas;
- Ausência de surto de *Enterobacteriaceae* produtora de carbapenemase;
- Implementação de isolamento, rastreio de doentes com pelo menos um fator de risco de MRSA, conforme Norma anti-MRSA 018/2014, de 9/12/2014, atualizada a 27/4/2015, do PPCIRA/DGS;

- Prevenção da infeção de local cirúrgico;
- Prevenção de infeção urinária associada a algália;
- Aumentar em 70% a taxa de adesão ao primeiro momento da higiene das mãos
- Promover a participação nos programas de vigilância epidemiológica de infeção relacionada com cateter, de pneumonia associada a ventilador, de infeção de local cirúrgico e de infeção nosocômio da corrente sanguínea.

3 A Participação Médica nos Objetivos de Gestão Integrados na Reforma Hospitalar

A questões relacionadas com o papel dos médicos na gestão e os resultados das instituições remetem para a questão da governação clínica, conhecida pela literatura internacional como “*clínical governance*”. De acordo com esta perspectiva, os hospitais devem responsabilizar-se por promover a melhoria contínua dos resultados em termos de produção, no combate ao desperdício e na busca de uma maior qualidade para os cuidados prestados (CAMPOS, 2009).

A governação clínica de acordo com o Ministério da Saúde (2010)(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010), é encarada como um “conjunto de políticas, estratégias e processos baseados na qualidade, capazes de assegurar melhoria contínua na forma como o hospital trata e cura os seus doentes, no modo como presta contas à comunidade e à tutela e na eficiência como administra os recursos que lhe são confiados” (p.18). Ou seja, trata-se de um processo de integração de capacidades e competências clínicas e de gestão envolvendo diretamente a equipe médica, gestão e todos os profissionais da estrutura em torno do planeamento e prestação de cuidados de saúde

à população, num esforço contínuo para levantar problemas e aplicar as suas soluções garantindo o cumprimento de objetivos e os níveis mínimos de desempenho e qualidade (SAKELLARIDES, 2009).

Com base na revisão da literatura realizada é clara a importância da participação médica na gestão dos hospitais equilibrada com a posição da gestão de topo e focando objetivos comuns de melhorar o acesso, a produção, a qualidade e reduzir custos e desperdícios. Assim, os médicos realizam funções de gestão hospitalar importantes para a obtenção dos melhores resultados, entre as quais se destaca:

- Conhecimentos clínicos e a previsão da prestação a realizar com maior fidelidade (DICKINSON & HAM, 2008);
- Existe uma relação entre a participação dos médicos na gestão hospitalar (sobretudo na qualidade), a redução dos custos globais e a melhoria da qualidade porque os médicos são mais conscientes na tomada de decisão e planeamento hospitalar (NEUHAUSER, 1971);
- Defensores da qualidade dos cuidados de saúde prestados e da segurança dos seus pacientes (DEGELING et al, 1999; DEGELING et al, 2001);
- Médico gestor tem maior credibilidade junto dos restantes médicos do hospital, facilitando a comunicação entre a administração e o restante corpo clínico (SIMPSON & SMITH, 1997);
- Os médicos gestores têm um grande poder sobre todos os profissionais, o que pode fazer funcionar melhor a articulação (DEGELIN et al, 2003).

No entanto, são também apontadas limitações às funções dos médicos enquanto gestores hospitalares relacionadas com uma maior dificuldade em separar as funções de gestão com as da prática clínica (FITZGERALD et al, 2006;

São também apontadas limitações às funções dos médicos enquanto gestores hospitalares.

MARNOCH et al, 2000), ou nem sempre têm as competências necessárias que se adquirem na formação em gestão (HAM, 2008).

Portugal assume um modelo integrador que reconhece a importância da governação clínica na gestão de todo, o que facilita o relacionamento com os pares ao integrar um médico, o diretor clínico como membro do conselho de administração (VAZ, 2009). Esta medida integradora foi defendida por Shortell e LoGerfo (1981), que argumentavam a importância de envolver na gestão de topo o responsável pela equipa médica do hospital e assim promover uma participação de um médico da decisão transversal à gestão de todo o hospital.

A descentralização interna em departamentos e serviços dirigidos por médicos é outro aspeto positivo da em Portugal que permite um maior envolvimento dos clínicos na gestão da unidade. Este argumento também tem referências na literatura. Num estudo realizado por Weiner et al (1997) foi demonstrado que quanto maior for o grau de envolvimento dos médicos na gestão de um hospital, maiores são os resultados positivos de desempenho, produção e qualidade. No mesmo sentido, um estudo promovido por Molinari et al (1995) e de Goldstein e Ward (2004) também concluíram que a participação médica na gestão melhora os resultados operacionais.

A realização de uma contratualização interna realizado entre o conselho de administração e os diretores de serviços em Portugal é também reconhecido como um processo facilitador da boa

gestão. Este é um dos instrumentos mais eficazes para se conseguir ganhos de eficiência pois os médicos são envolvidos na definição dos objetivos de produção e qualidade, cujo cumprimento terá de ser igual e que resulta do seu trabalho directo com os doentes. Num estudo realizado por Comerford e Abernethy (1999) é referido que os médicos participarem no processo de contratualização (com atribuição de orçamentos e produção), o risco de incumprimento dos objetivos é muito reduzido. Ao contrário é quase certo um incumprimento e agravamento do acesso, qualidade e produção.

A assinatura dos contratos programa (contratualização externa) entre os hospitais e o Ministério da Saúde é reconhecida como uma prática positiva. De acordo com Kuntz e Scholtes (2008) este processo faz com que os conselhos de administração, embora focados no desempenho económico financeiro, tenham em atenção o cumprimento da produção contratada e da qualidade dos cuidados prestados e para os quais receberam verbas. Por este motivo é importante a boa relação e o envolvimento dos médicos, que por sua vez também precisam desta posição para solicitar maior investimento do conselho de administração que permitirá reforçar ainda mais a capacidade de resposta, a qualidade e o desempenho assistencial (KUNTZ & SCHOLTES, 2008).

A aposta de Portugal para melhorar a gestão hospitalar e integrar uma gestão com responsabilidades e objetivos partilhados entre o conselho de administração e as direções de departamentos ou serviços passa pela intenção de implementar Centros de Responsabilidade Integrada nos hospitais públicos. Esta medida permitirá realizar uma reforma na organização interna das instituições, gerando incentivos fixados na contratualização interna, com o objetivo de promover uma maior eficiência, reduzir desperdícios e programar de melhor forma a atividade melhorando indicadores de acesso, produção, desempenho económico e qualidade (ACSS, 2017).

Considerações Finais

Há uma relação entre a prestação médica que dá resposta à procura de cuidados de saúde e a administração dos hospitais, que garante os meios necessários à satisfação dessa das necessidades dos utentes. No entanto, os médicos além das responsabilidades clínicas, têm um papel ativo na gestão quer a nível departamental (gestão intermédia), quer ao nível da gestão de topo.

Os benefícios de ter médicos integrados na gestão da saúde são vários quando aliados ao conhecimento especializado da profissão em termos de cuidados de saúde, com o seu papel intermédio de gerir serviços, estabelecer comunicação e dar maior credibilidade perante os pares, pacientes e quadros superiores. Por este motivo, concluímos que há mais benefícios do que limitações.

Em Portugal, com a contratualização interna e a criação de Centros de Responsabilidade Integrada reforçada em 2016, foi reconhecida a importância da participação médica na definição de objetivos para a qual os administradores não estão nas melhores condições de decidir sozinhos. Por este motivo, em Portugal a integração de médicos na gestão hospitalar e o seu envolvimento no planeamento e contratação foi um ponto positivo introduzido nos hospitais que contribuiu para a melhoria dos indicadores de acesso, produção, desempenho e qualidade dos hospitais.

Para investigações futuras o tema poderia ser mais aprofundado fazendo uma pesquisa para analisar a percepção dos médicos quanto ao seu envolvimento na gestão de forma a confrontar os resultados obtidos e o cumprimento dos indicadores definidos para os anos 2016-2019.

Referências

- ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde. **Termos de Referência para a contratualização hospitalar**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2016.
- ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde. **Termos de Referência para a contratualização hospitalar**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2017.
- BOQUINHAS, José. Os Médicos e a Gestão Hospitalar. **Revista Portuguesa de Gestão e Saúde**, v.8, n.2, p. 8-9, 2012.
- BRAITHWAITE, Jeffrey et al. A tale of two hospitals: assessing cultural landscapes and compositions. **Social Science and Medicine**, n. 60, p. 1149-1162, 2005.
- BUCHANAN, Jim. **Managing Change and Role Enactment in the Professionalised Organisation**. Londres: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation, 2003.
- CAMPOS, António. **Reformas na Saúde – o fio condutor**. Coimbra: Almedina, 2008.
- CAMPOS, Luís. **Governança dos hospitais**. Alfragide: Casa das Letras, 2009.
- CARLSON, Rick. **The End of Medicine**. New York: John Wiley & Sons, 1975.
- COMERFORD, Abernethy; ABERNETHY, Margaret. Budgeting and the Management of Role Conflict in Hospitals. **Behavioral Research in Accounting**, v. 11, p. 93-110, 1999.
- DEGELING, Pieter et al. Mediating the cultural boundaries between medicine, nursing and management: the central challenge of hospital reform. **Health Services Management Research**, v.14, n. 1, p. 36-48, 2001.
- DEGELING, Pieter et al. Medicine, management and modernization: a 'danse macabre'. **British Medical Journal**, v.326, n. 7390, p. 649-652, 2003.
- DEGELING, Pieter et al. The impact of reform on hospitalisation-based subcultures: a comparison of some Australian and New Zealand. **Australian Health Review**, v. 22, n. 4, p. 172-188, 1999.
- DENIS, Jean-Louis. **Exploring the dynamics of physician engagement and leadership for health system improvement prospects for Canadian**. Institute of Health Policy, Management and Evaluation, University of Toronto, 2013.
- DICKINSON, Helen et al. Are We There Yet? **Models of Medical Leadership and their effectiveness: An Exploratory Study**. Southampton: NETSCC, HS & DR, 2013.
- DICKINSON, Helen; HAM, Chris. **Engaging Doctors in Leadership: Review of the literature**. NHS- Institute for Innovation and Improvement Coventry, 2008.
- ERWIN, Loh. Doctors as health managers: an oxymoron, or a good idea?. **Journal of Work-Applied Management**, n.7, p. 52-60, 2015.
- Fernandes, A. **A combinação público-privado em saúde: impacto no desempenho no sistema e nos resultados em saúde no contexto português**. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 2015.

- FITZGERALD, Larry et al. Between organisations and institutions. legitimacy and medical managers. **Public Administration**, v.78, n.1, p. 967-987, 2000.
- GOLDSTEIN, Susan; WARD, Peter. Performance. Effects of Physicians' Involvement in Hospital Strategic Decisions. **Journal of Service Research**, v. 6, p. 361-372, 2004.
- GREENWOOD, Royston; HININGS, Bob; BROWN, Jymmi. P2-form' strategic management: corporate practices in professional partnerships", **Academy of Management Journal**, n.33, v. 4, p. 725-755, 1990.
- HAM, Cris; DICKINSON, Richard. **Engaging Doctors in Leadership: What Can We Learn from International Experience and Research Evidence?** Londres: NHS Institute for Innovation and Improvement, 2008.
- HARRIS, Jeffrey. The Internal Organization of Hospitals: Some Economic Implications. **Bell Journal of Economics**, n. 8, p. 479-485, 1978.
- JIANG, Horng-Jyh et al. Board engagement in quality: findings of a survey of hospital and system leaders. **J Healthc Manag**, n. 53, v. 2, p. 121-35, 2008.
- JIANG, Horng-Jyh et al. Enhancing board oversight on quality of hospital care: an agency theory perspective. **Health Care Manag Rev**, n. 37, v.2, p. 144-53, 2012.
- JOSHI, Mark; HINES, Sally. Getting the board on board: engaging hospital boards in quality and patient safety. **Jt Comm J Qual Patient Saf**, n. 32, v. 4, p. 179-87, 2006.
- KUNTZ, Ron.; Scholtes, Stefan. **The role of medical professionals in top management teams of healthcare organisations: an economic model.** Working paper 01.Cambridge: Business School, 2008.
- MCKEE, Lorna; MARNOCH, Gordon; DINNIE, Nicola. Medical managers: puppetmasters or puppets? Sources of power and influence in clinical directorates. In Mark, A.; Dopson, S. (Eds), **Organisational Behaviour in Health Care: The Research Agenda** (p. 89-116). Basingstoke: Macmillan Press Ltd, 1998.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Organização Interna e a Governação dos Hospitais.** Lisboa: Ministério da Saúde, 2010.
- MOLINARI, Carol; ALEXANDER, Jeffrey; MORLOCK, Frank. Does the Hospital Board Need a Doctor? The Influence of Physician Board Participation on Hospital Financial Performance. **Medical Care**, v. 33, n. 2, p. 170-18, 1995.
- NEUHAUSER, Duncan. **The Relationship Between Administrative Practices and Hospital Performance.** Chicago: Center for Health Administration Studies, University of Chicago, Research serie 28, 1971.
- NUNES, A. **Gestão hospitalar na perspectiva dos administradores hospitalares.** Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 2013
- NUNES, Alexandre. **Reformas na gestão hospitalar: análise dos efeitos da empresarialização.** Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 2016.
- OECD- Organization for Economic Cooperation and Development. Health Policy Studies. **Improving value in health care: measuring quality.** Paris: OECD, 2010.
- PAULY, Mark; REDISCH, Michael. The Not-for-Profit Hospital as Physician's Cooperative. **The American Economic Review**, n. 63 (march), p. 87-100, 1973.
- PORTUGAL. **Decreto-Lei n.º 233/2005**, de 29 de dezembro.

QUINN, James. **Intelligent Enterprise: A Knowledge and Service based Paradigm for Industry.** Nova Yorque: The Free Press 1992.

SAKELLARIDES, Constantino. **Gestão da mudança e planeamento estratégico em saúde – guia para um investimento consequente.** Alfragide: Casa das Letras, 2009.

SALTMAN, Richard; DURÁN, António; DUBOIS, Hans. **Governing Public Hospitals. Reform strategies and the movement towards institutional autonomy.** World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2011.

SCOTT, William. Managing Professional Work: Three Models of Control for Health organizations. **Health Services Research**, n. 17 (fall), p. 213-240, 1982.

SHORTELL, Stephen. Physician Involvement in Hospital Decision Making. In Gray, B. (editor). **The New Health Care for Profit Doctors and Hospitals in a Competitive Environment** (pp.74-102). Washington: National Academy Press, 1986.

SHORTELL, Stephen; LOGERFO, J Krupey. Hospital medical staff organization and quality of care: results for myocardial infarction and appendectomy. **Medical Care**, v.19, n. 10, p. 1041-1055, 1981.

SIMPSON, Paul.; SMITH, R. Jane. Why healthcare systems need medical managers. **British Medical Journal**, v.314, n. 7095, p. 1636-1637, 1997.

VAUGHN, Aiken et al. Engagement of leadership in quality improvement initiatives: executive quality improvement survey results. **J Patient Saf**, n. 2, p. 2–9, 2006.

VAZ, Artur. **Os serviços não clínicos no apoio à Governação.** Alfragide: Casa das Letras, 2009.

WEINER, Bryan; SHORTELL, Stephen; ALEXANDER, Joseph. Promoting Clinical Involvement in Hospital Quality Improvement Efforts: The Effects of Top Management, Board, and Physician Leadership. **Health Service Research**, v. 32, n. 4, p. 491-510, 1997.