

## A REFORMA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA APLICADA AO SETOR DA SAÚDE: A EXPERIÊNCIA PORTUGUESA

### RESUMO

As profundas alterações do papel do Estado ao longo das últimas décadas conduziram a mudanças estruturais no âmbito da atuação e comportamento da Administração Pública. A *New Public Management* (NPM), numa perspectiva de adaptação a essas alterações e de dotar o Estado de maior desempenho, introduziu no setor público métodos da gestão privada. Esse fato gerou uma nova estrutura organizacional, a empresarialização dos serviços públicos, que teve como objetivo o aumento da eficiência. Para tal, foi manifestada uma preocupação com o controle de custos, mantendo os níveis padrão de qualidade e fomentando o desempenho na produção. O setor da saúde não ficou à margem dessa reforma. A transformação dos hospitais do Setor Público Administrativo em Sociedades Anônimas de capitais exclusivamente públicos (S.A.) e posteriormente em Empresas Públicas do Estado (E.P.E) constitui exemplo explícito da influência desse modelo no setor da saúde.

**Palavras-chave:** Administração Pública; New Public Management; Empresarialização; Reformas da saúde.

## THE REFORM OF PUBLIC ADMINISTRATION APPLIED TO THE HEALTH SECTOR: THE PORTUGUESE EXPERIENCE

### ABSTRACT

The profound changes in the state's role over the last decades have led to structural modifications within the operation and behaviour of public administration. The New Public Management (NPM), in a perspective of adapting to these changes and provide the State with greater performance, brought to the public sector methods of private management. This created a new organizational structure, the corporatization of public services, which meant to increase efficiency. For such purpose, a concern with cost control manifested itself by keeping the standard levels of quality and enhancing performance in production. The health sector was not forgotten by this reform. The transformation of hospitals in the Administrative Public Sector Corporations wholly publicly owned (SA) and later in the state Public Enterprises (EPE) are explicit examples of the influence of this model in the health sector.

**Keyword: Public:** Administration; New Public Management; corporatization; Health reforms.

Alexandre Morais Nunes<sup>1</sup>  
Ana Paula de Jesus Harfouche<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Mestre em Administração da Saúde pela Universidade de Lisboa - ULISBOA, Portugal  
Assessor do Ministro da Saúde  
E-mail: [alexandre\\_morais\\_nunes@hotmail.com](mailto:alexandre_morais_nunes@hotmail.com)

<sup>2</sup> Professora Auxiliar Convidada no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (ISCSP) (Universidade de Lisboa).  
Investigadora no Centro de Administração e Políticas Públicas (CAPP) - ISCSP.  
E-mail: [aharfouche1@gmail.com](mailto:aharfouche1@gmail.com)

## 1 INTRODUÇÃO

A ideia de introduzir mais racionalidade e eficiência na gestão da administração pública em geral e no setor da saúde em particular iniciou-se no Reino Unido com um conjunto de reformas conhecidas por Management, implementadas por Margaret Thatcher. Com essas reformas, foram transpostos para a Administração Pública princípios e métodos da gestão privada, nomeadamente a introdução de concorrência e a criação de pseudomercados (Ferlie, 1996).

Portugal não foi uma exceção, e com a Constituição Portuguesa de 1976 o Estado passou a ser um Estado prestador de serviço público (Abreu, 2011). No entanto, de acordo com Bilhim (2000b), foi com a revisão constitucional de 1989 que se introduziram profundas alterações a nível económico, permitindo assim efetuar as relações com o setor privado. No ímpeto da reforma do Estado e tendo como modelo a New Public Management do Reino Unido, começaram a ser introduzidas algumas alterações no funcionamento da Administração Pública (Harfouche, 2008).

O Estado assumiu um papel regulador e, através da regulação, tem em seu poder a orientação e o controle da atividade económica. Desse modo, para Bilhim (2000a), o Estado pode surgir na forma de empresário, produtor ou distribuidor de bens e serviços ou na forma de regulador, que condiciona, fiscaliza e promove a atividade do mercado.

O setor da saúde foi também afetado por essas transformações ocorridas nas últimas décadas. “O processo de reforma da administração pública portuguesa e o debate sobre as funções e os diversos papéis do Estado são temas que constam também da agenda do setor da saúde, que tem por matriz o SNS” (Harfouche, 2008, p. 43). De fato, o setor da saúde tem uma implicação geral, na medida em que representa uma das principais despesas e apresenta especificidades próprias da sua área relacionadas com a inovação tecnológica e terapêutica (Simões, 2004).

Neste artigo realiza-se uma revisão da literatura com o objetivo de caracterizar a base teórica da empresarialização, enquadrada com a perspectiva de administração pública: New Public Management, que ocorreu a nível dos hospitais públicos portugueses, com vista a ganhos de eficiência no setor.

## 2 MÉTODO

Este artigo trata de uma revisão da literatura sobre a relação entre a reforma da administração pública e o desenvolvimento do setor da saúde em Portugal. A estratégia definida para a sua realização passou por uma extensa revisão da literatura. Dessa forma, pretende-se dar um contributo positivo perante a falta de pesquisa sobre essa temática, que fundamentalmente se cinge aos inícios dos anos 2000. O critério de inclusão das obras adveio da sua importância na concretização prática das reformas, perante a referida falta de referências teóricas recentes para o caso português.

## 3 A PERSPECTIVA DA NEW PUBLIC MANAGEMENT

A New Public Management (NPM) surgiu nos finais dos anos 1970, marcada pela vitória do Partido Conservador no Reino Unido, em 1979, e também pela eleição de Ronald Reagan nos EUA em 1981 (Araújo, 2000; Simões, 2004).

Hood (1991) define a New Public Management como um modelo de gestão pública centrado nos cidadãos e concebe-o como argumento administrativo e filosofia administrativa aceite. A New Public Management apresentou como ideias principais a agencificação do aparelho administrativo, a maior autonomia de decisão para os dirigentes públicos, a crescente flexibilidade de instrumentos de gestão, a imagem de um Estado regulador, a introdução de mecanismos do tipo mercado, a avaliação de desempenho nos serviços públicos-busca da eficiência e da eficácia, a desburocratização e procura da qualidade nos serviços públicos através da satisfação das necessidades dos clientes e a introdução das tecnologias de informação na administração pública.

Na perspectiva de Denhardt e Denhardt (2003), a New Public Management tem fundamentação epistemológica na teoria económica (ciência social positivista), na qual prevalece uma racionalidade técnica e económica com base nas leis de mercado. O interesse público é assumido por um conjunto dos interesses individuais, em que os destinatários destes são tomados como clientes do serviço público. Assim, os mesmos autores defendem esse modelo como uma evolução para uma Administração Pública com características empresariais, com uma cultura administrativa voltada

para os resultados e que constituiu o motor da eficiência e da economia.

Foram desenhadas políticas com vista a uma mudança nos processos e estruturas do setor público, de forma a melhorar o seu desempenho (Pollit & Bouckaert, 2004).

A teoria da New Public Management implica na administração pública uma adaptação do Estado a novos papéis e permeia uma relação com os modelos de gestão privados (Abreu, 2011; Rocha, 2000). De fato, essa inovação e aplicação de medidas da nova gestão pública ao setor da saúde vem centrada na procura da “eficiência, da eficácia e na criação de valor” (Rego, 2011, p. 124). A necessidade de modernização da administração pública é reconhecida pelos cidadãos, no entanto, é conferido um destaque ao setor da saúde (Antunes, 2000; Rego, 2011). Contudo, a crítica a essa transformação passa pela dicotomia público/privado, como salienta Rego (2011), referindo que “a complexa relação existente entre os setores público e privado é o paradigma das críticas atuais ao sistema de saúde português” (Rego, 2011, p. 32). Para a resolução dessa questão, o mesmo autor defende “a possibilidade de promover modelos de gestão empresarial, pública ou privada, dos serviços públicos, sendo assim possível melhorar a sua eficiência e eficácia” (Rego, 2011, p. 32). Rosanvallon (1995) refere que essa evolução passa essencialmente por um esforço dos gestores e pela desburocratização e descentralização dos processos de gestão. Rego (2011) salienta que “uma das conquistas da New Public Management foi o fato de o conceito de boa governação das empresas ‘*corporate governance*’ se ter tornado, também, parte da gestão das organizações públicas e privadas” (Rego, 2011, p. 29).

#### 4 ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, ESTADO E O SETOR DA SAÚDE

Ao longo das últimas décadas foram profundas as alterações do papel do Estado e consequentemente da Administração Pública, cujo papel e função são por ele determinados. De fato, o contexto histórico, econômico, político e social em que o Estado desenvolve as suas atividades e exerce a sua missão trata de novos condicionalismos externos, que obrigam a mudanças estruturais no âmbito da atuação e comportamento da Administração Pública (Canotilho, 2000).

O papel do Estado no âmbito das suas funções é minimamente assegurar a defesa do território, a segurança, a ordem pública, bem como

promover normas e políticas de integração social adaptadas às funções, ao tempo e ao desenvolvimento da sociedade. Todavia, é também uma função do Estado fornecer dentro dos bens públicos básicos (defesa, segurança, direito de propriedade) a defesa da saúde pública (Mozzicafreddo, 2000; 2010).

O desenvolvimento da economia global com uma sociedade da informação e do conhecimento (marcada por tecnologias de informação, pela rapidez no acesso de tomada de decisões) promoveram desafios para o Estado no âmbito do exercício das suas funções. Esse fato impôs uma modernização do Estado e da Administração Pública, levando a alterações das suas principais funções e tarefas (Majone, 1997).

Em relação aos cuidados de saúde, nos anos 1970 o Estado tinha um papel de prestador e financiador dos mesmos. Esse período era caracterizado por baixos níveis de saúde dos portugueses, bem como por um baixo nível de profissionalização das instituições. Nesse período, o Estado viu-se na obrigação de intervir, criando duas estruturas funcionais: os Centros de Saúde e uma disseminação do número de Hospitais (Simões e Lourenço, 1999). Contudo, foi em 1979 que o Estado implementou as políticas para a saúde previstas nos termos do art. 64<sup>o</sup> da Constituição de 1976, ou seja, a “criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito”. Assim, esse período foi marcado pela criação do Serviço Nacional de Saúde totalmente financiado pelo Estado, assegurando este também a prestação. Ocorreu uma diminuição das barreiras no acesso aos cuidados de saúde, disponibilizando o Estado cuidados de saúde gratuitos e uma expansão da oferta (Barros, 1999).

Em relação à evolução da perspectiva da Administração Pública, de acordo com o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2001), o Estado deve estar atento às especificidades da saúde, pois, como tem um papel fundamental no sistema de saúde, não pode geri-lo apenas com base numa burocracia nem somente como um negócio (OPSS, 2001). De acordo com Ferreira (2004), assistiu-se à influência do paradigma da NPM a nível da Administração Pública, aplicada ao setor da saúde. A gestão passou a ser orientada para os resultados, obedecendo a regras de gestão empresarial, não descorando a universalidade e a responsabilidade social do Estado no setor da saúde (Escoval, 2003). Khaleghian *et al.* (2005) destacam que esse impacto da NPM conduziu a uma redefinição no papel do Estado, que passou de prestador direto de serviços para funções relacionadas com a gestão e supervisão. Ou seja, como salienta Majone (1997), ocorreu a

transformação de um modelo de Estado prestador para um modelo de Estado verdadeiramente regulador. Assim, cabe ao Estado a garantia da prestação dos serviços públicos de saúde e a regulação dos prestadores de cuidados de saúde (Escoval & Matos, 2009).

As funções tradicionais de produção e distribuição de bens e serviços têm vindo a ser progressivamente substituídas pelas funções de financiamento, de prestação e de regulação. O Estado assume cada vez menos uma postura intervencionista, reduzindo significativamente as tarefas que lhe são atribuídas no plano social e assumindo particular relevância no âmbito das atividades de gestão, de controle e de regulação.

A aceitação da saúde como um bem social originou uma política de proteção da saúde. O aumento da esperança de vida da população e dos custos com a prestação de cuidados de saúde devido ao progresso científico e tecnológico gerou uma diferente abordagem para essa questão (Gabe, Calman & Bury, 1991).

É fundamental assegurar uma distribuição equitativa dos recursos disponíveis por toda a população, sendo essa uma das preocupações atuais das entidades governamentais. Esta afetação de recursos deve respeitar critérios de natureza ética e econômica (Palfrey, 2000).

## **5 A APLICAÇÃO DAS NOVAS MEDIDAS DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA AO SETOR DA SAÚDE**

A reforma da administração pública estendeu-se ao setor da saúde, assente sobretudo nos principais valores da teoria da nova gestão pública que envolvem o Estado e a sociedade. “O processo de reforma da administração pública portuguesa e o debate sobre as funções e os diversos papéis do Estado são temas que constam, também, da agenda do setor da saúde que tem por matriz o Serviço Nacional de Saúde (SNS)” (Harfouche, 2008, p. 43).

A New Public Management teve forte influência nas reformas da saúde (Harding & Preker, 2000). Esse fato verificou-se ao nível do desenvolvimento de mercados internos ou quase mercados, com o objetivo de promover a competição e uma concorrência saudável entre as unidades públicas de prestadoras de cuidados. Ocorreu uma separação entre o Estado como financiador/prestador de serviços e o Estado como regulador, promovendo a contratualização (Abreu, 2011).

Em Portugal, na segunda metade da década de 1990, tendo como modelo a New Public

Management do Reino Unido, foram introduzidas algumas alterações no funcionamento do setor da saúde. Alguns dos exemplos dessas alterações passam pela separação de funções do Estado entre financiador e prestador de serviços e pela criação das agências responsáveis pela contratualização da produção hospitalar (Harfouche, 2012).

A teoria da New Public Management foi aplicada ao setor da saúde como suporte teórico para uma visão interdisciplinar das reformas ocorridas nesse setor (Carvalho, 2013; Harfouche, 2012). No mesmo sentido, Nunes (2009) também refere essa questão, afirmando que “a regulação social e a regulação econômica da saúde enquadram-se num novo modelo de administração pública” (Nunes, 2009, p. 23). O mesmo autor acrescenta que, nesse modelo, “a obtenção de ganhos de eficiência e o combate ao desperdício implicam uma política de rigor na utilização de recursos, sempre com grande sentido de responsabilidade” (Nunes, 2009, p. 23). De acordo com Nunes e Rego (2010), “a experiência colhida indica cada vez mais a adoção de princípios da New Public Management, questionando o modo como o setor público se relaciona com a sociedade e o governo” (Nunes & Rego, 2010, p. 187). Os mesmos autores referem-se ao modelo administrativo tradicional, adjetivando-o de “burocrático, centralizado, hierárquico e impessoal” (Nunes & Rego, 2010, p. 187).

A nova gestão pública aplicada ao setor da saúde promoveu, tal como na função pública, uma abordagem de gestão centrada no doente/utente, na responsabilização pelos resultados e nos níveis de desempenho e transparência (Carvalho, 2007; Hood, 1991). Desse modo, também o setor da saúde sofreu influências dessa teoria que se refletiram no nível da aplicação de mecanismos de mercado, estimulando competitividade, aceitação de novos operadores no setor, lógica de contratualização e introdução de concorrência entre vários setores (Ferrer, 2007; Rego, 2011). De outro modo, essa modernização promoveu também uma maior abertura da administração pública à sociedade e defendeu que cada cidadão poderá escolher os prestadores de cuidados de saúde. Fernandes (2011) refere a importância de envolver o cidadão nas decisões sobre a sua saúde, demarcando a qualidade no acesso e estimulando assim a dita concorrência, a diferenciação positiva entre prestadores e a participação ativa da sociedade (Araújo, 2000; Araújo, 2005; Araújo & Rodrigues, 2005).

*A aplicação da NPM na gestão hospitalar*

A nível da gestão hospitalar, foram realizadas tentativas de novos modelos de forma a garantir um maior controle dos custos e uma melhoria na produção hospitalar. A experiência piloto ocorreu em 1995 com o hospital Amadora-Sintra, no qual se estabeleceu uma contratualização entre a gestão desse hospital do SNS com um grupo económico privado, tendo como objetivo alcançar maior racionalidade económica na área da saúde. Foram também efetuadas outras experiências em termos de autonomia de gestão. Introduziram-se regras de gestão privada no Hospital de S. Sebastião (Santa Maria da Feira), no Hospital Sra. do Rosário (Barreiro) e no Hospital do Barlavento Algarvio (Portimão). Depois dessas experiências de gestão seguiu-se uma política de empresariação dos hospitais.

#### *A empresariação dos hospitais públicos*

Esse processo de transformação da administração pública que deu origem à empresariação assumiu diferentes formas na mudança da administração pública tradicional, sempre na procura de maiores ganhos de eficiência e produtividade (Abreu, 2011). Tal como refere Harfouche (2008), “de alguma forma, este processo é também a tradução nas políticas sociais, em concreto na saúde, da New Public Management, ao procurar-se uma solução de gestão mais empresarial do sistema, abandonando as formas tradicionais de comando e controle” (Harfouche, 2008, p. 73).

Os primeiros passos efetivos na empresariação a nível da gestão hospitalar ocorreram através da Resolução do Conselho de Ministros nº 41/2002 e da aprovação do novo regime de gestão hospitalar (Lei nº 27/2002, de 8 de novembro), que ditou a transformação de 34 hospitais em 31 hospitais S.A. Dessa forma, em dezembro de 2002, com a primeira fase de empresariação, Lei nº 27/2002 de 8 de novembro, surgiram os primeiros Hospitais S.A., através da empresariação de 34 hospitais do SNS de média dimensão, que deram origem a 31 hospitais sociedade anónima (Hospitais SA).

Nessa nova disposição legal dos hospitais, as unidades hospitalares de média dimensão com equilíbrio financeiro (não representar mais de 35% do total da despesa anual e devem demonstrar capacidades de gestão) foram transformadas em hospitais SA. Nessas unidades foram implementadas medidas com o objetivo de melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços a nível hospitalar. Todavia, esse processo não se poderá confundir com

privatização, pois os hospitais que foram objeto de empresariação mantêm financiamento público, mas diferem dos outros, devido à maior autonomia ao nível da gestão (autonomia financeira e administrativa). Assim, essas unidades de saúde ficaram a ser responsáveis pelo seu capital próprio, ativos e passivos, como uma empresa com características de sociedade anónima (Resolução do Conselho de Ministros nº 41/2002).

De acordo com o relatório da Unidade de Missão dos Hospitais SA (2003), as principais alterações a nível da gestão com a criação dos hospitais sociedade anónima foram a introdução de uma cultura de gestão por objetivos, a melhoria da qualidade e da eficiência, a introdução de novas ferramentas de suporte à atividade dos hospitais, a flexibilização e desenvolvimento dos recursos humanos, a melhoria do nível de serviço prestado aos utentes, bem como a melhoria da comunicação interna e externa.

Após esses primeiros passos, deu-se continuação ao processo de empresariação e em 2005, com o Decreto-Lei nº 93/2005, de 7 de junho, ocorreu a transformação dos 31 hospitais S.A. e 5 hospitais SPA, em Hospitais E.P.E. Desde aí até aos dias de hoje, tem-se assistido à fusão de hospitais em centros hospitalares e à criação de Unidades Locais de Saúde com estatuto E.P.E., tendo como objetivo racionalizar recursos, evitando duplicações de serviços.

## **6 A IMPORTÂNCIA DO SETOR DA SAÚDE PARA OS CIDADÃOS**

Nas transformações ocorridas que afetam o setor da saúde, deve salientar-se a importância atribuída a esse setor, o que o torna muito peculiar e transversal na sociedade e que lhe confere uma atualidade permanente (Giraldes, 2001). Como afirma Abreu (2011), “o setor da saúde é um dos pilares base de qualquer sociedade” (Abreu, 2011, p. 87). De acordo com Rego (2011), perante a aplicação de novas medidas de administração pública, não se deve de todo esquecer o papel social e a justiça distributiva do Estado. “A vaga de transformações administrativas no setor público não deve colocar em causa o direito à proteção da saúde que em Portugal tem fundamento constitucional” (Rego, 2011, p. 124).

Martins (2011) remete para a legislação: “Qualquer Sistema de Cuidados de Saúde num país que se pretende livre e democrático obriga ao respeito de alguns princípios fundamentais” (Martins, 2011, p. 77). Assim, dever-se-á ter sempre presente o

artigo 64<sup>o</sup> da Constituição da República Portuguesa, em que é consagrado o direito à proteção da saúde e o dever do Estado de defender e promover a saúde de modo a garantir esse direito de acordo com o enunciado no referido artigo (Lei Constitucional n<sup>o</sup> 1/2005, artigo 64<sup>o</sup>). Germano de Sousa (2011) destaca que “a verdade é que o exercício desse direito gera elevados custos que são pagos por todos nós e que devem ser geridos com maior eficácia de forma a não fazer perigar a sua continuidade” (Sousa, 2011).

Botelho e Capelas (2011) referem que alguns países europeus já permitem ao utente a escolha do hospital público onde desejam ser tratados. Como exemplos dessa abordagem, Burgess, Wilson e Propper (2006) referem o Reino Unido e os Países Escandinavos. Também no nosso país vizinho, essa realidade tem mais de dez anos na região de Andaluzia (Garcia, 2008). Almeida (2011) defende que essa liberdade de escolha do utente gera uma tendência para os serviços com mais qualidade, o que promove uma maior concorrência interna entre serviços para atrair os utentes e assim produz um incremento de qualidade no sistema. Ellis (1998) também refere que os fenômenos que geram concorrência interna entre hospitais públicos estão aliados a questões de maior qualidade. “A possibilidade de optar por uma alternativa em detrimento de outras existentes gera, por sua vez, concorrência entre elas” (Botelho & Capelas, 2011, p. 15). Ainda relativamente à concorrência, Mendes (2011) destaca que “só com um sistema de saúde [...] que permita a concorrência se poderão melhorar os ganhos em saúde” (Mendes, 2011, p. 120).

## 7 CONCLUSÃO

A evolução teórica da administração pública foi notória e ocorreu ao longo dos anos e em todo o mundo. A reforma da Administração Pública estendeu-se ao setor da saúde, assente nos principais valores da teoria da nova gestão pública que envolvem o Estado e a Sociedade.

De forma geral, a New Public Management surgiu como uma nova concepção de gestão no setor público, com a atribuição de diferentes papéis aos seus intervenientes. A NPM foi influenciada pelo managerialismo (políticos e gestores públicos devem interagir de forma diferente, através da qual os gestores devem ter o controle da organização) e por uma aproximação econômica (marcada pelo procura da eficiência e da produtividade).

O Sistema de Saúde não esteve alheio ao paradigma da NPM. Por um lado, verificou-se que o Estado abandonou o seu papel exclusivo de

financiador/prestador de serviços, passando a um papel ativo de regulação, promovendo a contratualização com as unidades de saúde. Por outro, a NPM trouxe uma nova perspectiva de governação, que centra a sua ação no cidadão e tem forte influência no processo que deu origem à empresarialização hospitalar (marcada por uma cultura de racionalização de recursos e centrada na inovação), aliada a mecanismos de mercado. Verificou-se um corte com o modelo da Administração Pública Tradicional através da busca de ganhos de eficiência, eficácia e produtividade e com o desenvolvimento de mercados internos que originaram uma competição/concorrência saudável entre as unidades públicas de saúde. A avaliação de desempenho e a responsabilização dos vários intervenientes no sistema foram também uma das novidades fundamentais da aplicação da NPM ao sistema de saúde.

Em suma, verificou-se a necessidade de promover a eficiência sob um ponto de vista econômico-financeiro através de uma racionalização de recursos, o que conduziu a uma nova cultura no setor da saúde. Assim, com a influência da NPM foram implementadas medidas a nível da gestão hospitalar, com o objetivo de melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços, permitindo um maior controle dos custos e uma melhoria na produção hospitalar.

## REFERÊNCIA

- Abreu, P. (2011). Análise comparativa da eficiência dos hospitais S.A. transformados em E.P.E. Lisboa: Chiado Editora.
- Almeida, F. (2011). Liberdade de escolha na saúde. In Fernandes, A. (coord). Liberdade de escolha em saúde. Utopia ou realidade? (pp. 41-47). Loures: Diário de Bordo.
- Antunes, M. (2000). A doença da saúde. SNS: Ineficiência e desperdícios. Lisboa: Quetzal Editores.
- Araújo, J. (2000). Tendências recentes de abordagem à reforma administrativa. Revista Portuguesa de Administração e Políticas Públicas, 1, 38-47.
- Araújo, J. (2005). A reforma do SNS: O novo contexto de gestão pública. Braga: Universidade do Minho.

- Araújo, J., & Rodrigues, M. (2005). Nova gestão pública na governação local. Braga: Universidade do Minho.
- Barros, P. (1999). As políticas de saúde em Portugal nos últimos 25 anos. 6o Encontro Nacional de Economia da Saúde "As desigualdades perante a saúde". Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde.
- Bilhim, J. (2000a). Gerir a Administração Pública como uma Empresa. In Bilhim, J. Reforma do Estado (capítulo 7). Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (ISCSP).
- Bilhim, J. (2000b). Ciência da administração. Lisboa: Universidade Aberta.
- Botelho, A., & Capelas, H. (2011). Liberdade de escolha na saúde, até que ponto? In Fernandes, A. C. (coord). Liberdade de escolha em saúde. Utopia ou realidade? (pp. 15-20). Loures: Diário de Bordo.
- Burgess, S., Propper, C., & Wilson, D. (2006). Extending Choice in English Health Care: The implications of the economic evidence. *Journal of Social Policy*, 35, 537-555.
- Canotilho, J. (2000). Paradigmas de Estado e paradigmas de administração pública. Moderna gestão pública – dos meios aos resultados, ata geral do 2o Encontro INA. Oeiras: INA – Instituto Nacional de Administração.
- Carvalho, M. (2013). Gestão em saúde em Portugal – uma década perdida. Porto: Vida Económica.
- Denhardt, J., & Denhardt, R. (2003). The new public service: serving, not steering. Armonk, New York: M. E. Sharpe.
- Ellis, R. (1998). Creaming, skimping and dumping: provider care on the intensive and extensive margins. *Journal of Health Economics*, 17, 537-550.
- Escoval, A. (2003). Evolução da Administração Pública da Saúde: O Papel da Contratualização. Tese para Obtenção do Grau de Doutor em Organização e Gestão de Empresas. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE).
- Escoval, A., & Matos, T. (2009). A Contratualização e regulação nos hospitais. In Campos, L., Borges, M., e Portugal, R. (eds.). *Governança dos Hospitais* (pp. 149-186). Alfragide: Casa das Letras.
- Ferlie, E. & Pettigrew, A. (1996). *The New Public Management in action*. Oxford: Oxford University Press.
- Fernandes, A. (2011). Liberdade de escolha em saúde: Utopia ou realidade? Loures: Diário de Bordo.
- Ferrer, R. (2007). De Pursing equity, contact with primary care and specialist clinicians by Demographics, Insurance and Health. Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. *Social Science and Medicine*, 52, 1149-1163.
- Gabe, J., Calnan, M., & Bury, M. (1991). *The sociology of the health service*. London: Routledge.
- García, J. (2008). A bed too far: The implementation of freedom of choice policy in the NHS. *Health Policy*, 87, 31-38.
- Giraldes, M. (2001). Equidade em áreas socioeconómicas com impacto na saúde em países da UE? *Cadernos de Saúde Pública*, 17, 553-554.
- 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.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, 69, 3-19.
- Khaleghian, P., & Gupta, M. (2005). Public Management and the essential public health functions. *World Development*, 33, 1083-1099.
- Majone, G. (1997). From the positive to the regulatory state: Causes and consequences of change in the mode of governance. *Journal of Public Policy*, 17, 139-167.
-

Martins, G. (2011). O sistema nacional de saúde e a liberdade de escolha. In Fernandes, A. (coord). Liberdade de escolha em saúde. Utopia ou realidade? (pp. 77-81). Loures: Diário de Bordo.

Mendes, P. (2011). Liberdade de escolha em saúde. In Fernandes, A. (coord). Liberdade de escolha em saúde. Utopia ou realidade? (pp. 117-120). Loures: Diário de Bordo.

Mozzicafreddo, J. (2000). Estado-providência e cidadania em Portugal (2a ed.). Lisboa: Celta Editora.

Mozzicafreddo, J. (2010). O papel do Estado na sociedade. Lisboa: Prefácio.

Nunes, R. (2009). Regulação da saúde (2a ed.). Porto: Vida Económica.

Nunes, R., & Rego, G. (2010). Gestão da saúde. Lisboa: Prata e Rodrigues.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2001). Conhecer os Caminhos da Saúde – Relatório Primavera. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Palfrey, C. (2000). Key concepts in health care policy and planning. London: Macmillan Press.

Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2004). Public management reform: A comparative analysis (2a ed.). Oxford: Oxford University Press.

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

Rocha, J. (2000). Modelos de gestão pública. Revista Portuguesa de Administração e Políticas Públicas. Braga, 1, 6-16.

Rosanvallen, P. (1995). La crisis del estado providencia. Madrid: Civitas.

Simões, J. (2004). Retrato político da saúde – dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho. Coimbra: Livraria Almedina.

Simões, J., & Lourenço, O. (1999). As políticas públicas de saúde em Portugal nos últimos 25 anos. In Barros, P., & Simões, J. (orgs.). Livro de

Homenagem a Augusto Mantas (pp. 99-134). Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde.

Sousa, G. (2011). A livre escolha e o serviço nacional de saúde. In Fernandes, A. C. (coord). Liberdade de escolha em saúde. Utopia ou realidade? (pp. 85-89). Loures: Diário de Bordo.

## REFERÊNCIAS LEGAIS

Resolução do Conselho de Ministros no 41/2002 – estabelece medidas para permitir a transformação de estabelecimentos públicos prestadores de cuidados hospitalares em entidades públicas empresariais. Diário da República no 56/2002 – I Série-B, 7 de março de 2002, p. 1868.

Lei no 27/2002 – aprova o regime jurídico da gestão hospitalar. Diário da República no 258/2002 – I Série-A, 8 de novembro de 2002, p. 7150.

Decreto-Lei no 93/2005 – aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar. Diário da República no 109/2005 – I Série-A, 7 de junho de 2005, p. 3636.