



## **ACADEMIA MILITAR**

### **A Função do Administrador Hospitalar na Gestão Financeira das Unidades de Saúde do Exército**

**Rui Alexandre Cerqueira Carneiro  
Aspirante Oficial Aluno  
Administração Militar**

**Orientador: Tenente AdMil (Mestre) André Miguel Maroco Carvalho**

**Relatório Científico Final do Trabalho de Investigação Aplicada  
Lisboa, Julho 2012**



## **ACADEMIA MILITAR**

### **A Função do Administrador Hospitalar na Gestão Financeira das Unidades de Saúde do Exército**

**Rui Alexandre Cerqueira Carneiro  
Aspirante Oficial Aluno  
Administração Militar**

**Orientador: Tenente AdMil (Mestre) André Miguel Maroco Carvalho**

**Relatório Científico Final do Trabalho de Investigação Aplicada  
Lisboa, Julho 2012**

## **DEDICATÓRIA**

À minha Família, Namorada e Amigos.

## AGRADECIMENTOS

Esta é a parte delicada, que requer especial atenção para que ninguém seja esquecido, pois toda a ajuda foi fundamental para que o investigador concluísse esta importante etapa da sua vida. Tendo consciência deste facto, ficam registados alguns agradecimentos que parecem indispensáveis.

Em primeiro lugar queria agradecer ao Sr. Tenente AdMil André Carvalho, que na qualidade de orientador revelou ser um elemento fundamental na resolução de todas as dificuldades sentidas, empenhando-se pessoalmente na resolução das mesmas. O meu agradecimento especial pela forma como conduziu toda esta investigação.

Ao Sr. Tenente-Coronel AdMil Abílio Lameiras, por toda a disponibilidade demonstrada e vontade de esclarecer tudo aquilo que lhe foi solicitado.

À Professora Doutora Maria Manuela Martins Saraiva Sarmento Coelho, pela sua total e sempre pronta disponibilidade de auxílio neste estudo.

Ao Sr. Tenente-Coronel AdMil Pedro Guimarães, que na qualidade de diretor de curso, me encorajou a trabalhar este tema.

Ao Sr. Tenente-Coronel AdMil Paulo Inocêncio, diretor do Curso de Administração Militar, por ter acompanhado o período de elaboração do Trabalho de Investigação Aplicada.

Ao Sr. Major AdMil (Doutor) David Rosado, pelos esclarecimentos e apoio dado antes e durante a elaboração deste estudo.

À Sra. Capitão AdMil Margarida Santos, pela disponibilidade demonstrada no esclarecimento das dúvidas suscitadas ao longo da investigação e à atenção que sempre demonstrou.

Ao Aspirante AdMil Nuno Costa, ao Aspirante AdMil Jorge Silva, ao Aspirante AdMil Manuel Massavanhane, por todo o apoio e troca de ideias durante a realização deste estudo.

Não podia deixar de destacar a disponibilidade e a forma como fui recebido no HMP e no HMR n.º1.

Queria ainda agradecer aos meus familiares e namorada pela compreensão e apoio, aos meus camaradas e amigos.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente na elaboração deste estudo por todas as razões já apresentadas, o meu sincero muito obrigado.

## RESUMO

A escassez de recursos na Administração Pública, e conseqüentemente no Ministério da Defesa Nacional, é cada vez mais sentida, sendo a racionalização e eficiência um fator crítico de sucesso.

Nos hospitais, como organizações diferenciadas que movimentam uma grande diversidade de recursos, torna-se imprescindível, a utilização de sofisticados métodos de gestão, de forma a permitir a melhor racionalização possível. Os Hospitais Militares não são exceção, pelo que devem ser administrados de forma a gerar os serviços de saúde com a excelência indispensável, com o mínimo de custos e desperdício possível, mas com a máxima qualidade e excelência, ou seja, sob os princípios da economia, eficiência e eficácia.

Quando analisamos as competências do Adjunto/Subdiretor para Administração, verificamos que ao nível financeiro, este não tem competências atribuídas. Quanto à formação exigida para o desempenho de funções, apenas é obrigado a deter o Curso em Administração Militar.

Este estudo procura verificar se as competências do Adjunto/Subdiretor para Administração estão adequadas às necessidades dos Hospitais Militares do Exército. Tendo por base esse objetivo foi feita uma análise, de quais as competências detidas pelos seus congêneres civis a desempenhar funções no Sistema Nacional de Saúde, que tem competência financeira e formação de base na área de administração hospitalar, e qual o impacto destas funções nos Hospitais Militares.

A formação em administração hospitalar garante os conhecimentos na área da saúde que possibilita tomar decisões mais acertadas, assim como a implementação de técnicas de gestão mais eficientes. Quanto à competência financeira, permite tomar decisões mais rápidas e oportunas, ficando com a responsabilidade de gerir quem tem os conhecimentos técnicos na área da gestão.

**Palavras-Chave:** Adjunto/Subdiretor para Administração, Competências, Formação, Eficiência.

## ABSTRACT

The scarcity of resources in the Public Administration and therefore the Ministry of National Defence is increasingly felt, and the rationalization and efficiency became a critical success factor.

In hospitals, as different organizations that handle a lot of resources, became essential the use of sophisticated management methods in order to make the best possible rationalization. Military Hospitals are no exception and should be managed so as to create health services needed to excellence you need, with minimal costs and waste as possible, but with the highest quality and excellence, under the principles of economy, efficiency and effectiveness.

When analyzing the powers of the Deputy / Assistant Director for Administration, found that financial level, this has conferred powers. As the training required to perform functions, is only required to hold a course in Military Administration.

This study aims to verify whether the powers of Deputy / Assistant Director for Administration are appropriate to the needs of the Army Military Hospitals. With this purpose it was made an analysis of what skills held by their civilian counterparts to serve on the National Health System, which has financial expertise and basic training in the field of hospital administration.

Training in hospital administration provides knowledge in the field of health that enables make better decisions, as well as the implementation of more efficient management techniques. As for the financial expertise, allows faster decision-making and timely, taking the responsibility to manage who has expertise in management.

**Key-words:** Deputy / Assistant Director for Administration, Skills, Training, Efficiency.

## ÍNDICE GERAL

DEDICATÓRIA.....	iii
AGRADECIMENTOS .....	iv
RESUMO.....	v
ABSTRACT .....	vi
ÍNDICE DE FIGURAS .....	x
ÍNDICE DE QUADROS .....	xii
ÍNDICE DE TABELAS .....	xiii
LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS .....	xiv
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS .....	xv
<b>CAPITULO 1 - INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
1.1. INTRODUÇÃO.....	1
1.2. ENQUADRAMENTO E JUSTIFICAÇÃO DO TEMA .....	1
1.3. PERGUNTA DE PARTIDA E PERGUNTAS DERIVADAS .....	2
1.4. OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	3
1.5. HIPÓTESES .....	3
1.6. METODOLOGIA.....	4
1.7. ESTRUTURA DO TRABALHO E SÍNTESE DOS CAPÍTULOS.....	4
<b>PARTE I – TEÓRICA .....</b>	<b>6</b>
<b>CAPITULO 2 - REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>6</b>
2.1. BREVE CARACTERIZAÇÃO DO SNS .....	6
2.1.1. MODELOS DE GESTÃO EM HOSPITAIS DO SNS .....	8
2.1.1.1. HOSPITAIS DO SPA.....	8

2.1.1.2. HOSPITAIS EPE.....	9
2.1.1.3. HOSPITAIS PPP .....	10
2.2. A SAÚDE MILITAR .....	11
2.3. AS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES .....	13
2.3.1. A GESTÃO NAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES .....	15
2.4. O ADMINISTRADOR HOSPITALAR EM PORTUGAL.....	16
2.5. O ADMINISTRADOR HOSPITALAR NOS HOSPITAIS MILITARES DO EXÉRCITO .....	20
<b>PARTE II – PRÁTICA .....</b>	<b>23</b>
<b>CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS.....</b>	<b>23</b>
3.1. INTRODUÇÃO.....	23
3.2. TIPO DE ESTUDO .....	23
3.2.3. METODOLOGIA DAS ENTREVISTAS.....	24
3.2.3.1. CARATERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS .....	24
3.2.3.2. INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS .....	24
3.2.4. METODOLOGIA DOS INQUÉRITOS.....	26
3.2.4.1. POPULAÇÃO .....	27
3.2.4.2. AMOSTRA.....	27
3.2.4.3. INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS .....	27
<b>CAPÍTULO 4 - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>29</b>
4.1. INTRODUÇÃO.....	29
4.2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA ENTREVISTA .....	29
4.2.1. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS.....	30
4.3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS DO INQUÉRITO.....	32

4.3.1. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO INQUÉRITO .....	36
<b>CAPÍTULO 5 - CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>42</b>
5.1. INTRODUÇÃO.....	42
5.2. VERIFICAÇÃO DAS HIPÓTESES .....	42
5.3. CUMPRIMENTO DOS OBJETIVOS .....	43
5.4. RESPOSTA ÀS PERGUNTAS DERIVADAS .....	44
5.5. RESPOSTA À PERGUNTA DE PARTIDA .....	45
5.6. LIMITAÇÕES DA INVESTIGAÇÃO .....	45
5.7. RECOMENDAÇÕES PARA INVESTIGAÇÕES FUTURAS .....	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA .....	47
APÊNDICE A GUIÃO DE ENTREVISTA.....	51
APÊNDICE B SINOPSES DAS ENTREVISTAS .....	54
B.1. ANÁLISE DE RESULTADOS DA QUESTÃO 1 .....	54
B.2 ANÁLISE DE RESULTADOS DA QUESTÃO 2.....	54
B.3. ANÁLISE DE RESULTADOS DA QUESTÃO 3.....	55
B.4 ANÁLISE DE RESULTADOS DA QUESTÃO 4.....	56
B.5 ANÁLISE DE RESULTADOS DA QUESTÃO 5.....	57
APÊNDICE C INQUÉRITO .....	58
ANEXO H ORGANOGRAMAS .....	64
H.1. ORGANOGRAMA DO HMP .....	64
H.2. ORGANOGRAMA DO HMR N.º 1 .....	65

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Género dos inquiridos .....	32
Figura 2: Situação em que presta serviço .....	32
Figura 3: Unidade em que presta serviço .....	32
Figura 4: Área em que desempenham funções .....	32
Figura 5: Tempo a desempenhar a função .....	33
Figura 6: A prestar serviço noutro hospital .....	33
Figura 7: Área em que presta serviço noutro hospital .....	33
Figura 8: Tempo que presta serviço noutro hospital .....	33
Figura 9: Modelo de gestão do hospital que presta serviço .....	33
Figura 10: Questão 2.1. A dispersão de competência financeira pode por em causa a eficiência do consumo de recursos? .....	34
Figura 11: Questão 2.2. O Adjunto/Subdiretor para Administração deve ter competência subdelegada para autorizar despesa? .....	34
Figura 12: Questão 2.3. É uma mais-valia para a administração hospitalar ter competência para autorizar despesa? .....	34
Figura 13: Questão 2.4. O Adjunto/Subdiretor para Administração tendo competência para autorizar despesa pode tomar decisões mais rápidas e oportunas? .....	34
Figura 14: Questão 2.5. Considera que esta competência poderá afetar a salvaguarda de ativos e aumentar o controlo de gestão de custos? .....	35
Figura 15: Questão 2.6.1. Autorizar despesas de simples conservação, reparação e beneficiação das instalações e equipamento? .....	35
Figura 16: Questão 2.6.2. Autorizar a transferência de bens de inventário entre serviços? .....	35
Figura 17: Questão 2.6.3. Autorizar abates de inventário totalmente amortizados? .....	35
Figura 18: Questão 2.6.4. Adjudicar os concursos ou consultas para aquisição de bens de consumo e prestação de serviços? .....	35
Figura 19: Questão 2.6.5. Autorizar despesas com aquisição de bens ou prestação de serviços? .....	35
Figura 20: Questão 2.7. O Adjunto/Subdiretor para Administração deve ter formação académica em Administração Hospitalar? .....	36

Figura 21: Questão 2.8. Deve ter um conhecimento profundo das diversas categorias profissionais que interagem com o serviço hospitalar? .....	36
Figura 22: Questão 2.9. Poderá ser uma mais-valia para os Hospitais Militares a aplicação de um Administrador Hospitalar do tipo SNS? .....	36
Figura 23: Organograma do HMP .....	64
Figura 24: Organograma do HMR N.º 1 .....	65
Figura 25: Organograma do HMR N.º 1 - Serviços Clínicos .....	66

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro B. 1: Análise de resultados da questão 1.....	54
Quadro B. 2: Análise de resultados da questão 2.....	55
Quadro B. 3: Análise de resultados da questão 3.....	55
Quadro B. 4: Análise de resultados da questão 4.....	56
Quadro B. 5: Análise de resultados da questão 5.....	57

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Matriz de Codificação Alfanumérica e Cromática das Entrevistas .....	25
Tabela 2- Análise Quantitativa.....	29
Tabela 3- Análise de dados .....	37

## LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A: GUIÃO DE ENTREVISTA.....	51
APÊNDICE B: SINOPSES DAS ENTREVISTAS .....	54
B.1. ANÁLISE DE RESULTADOS DA QUESTÃO 1.....	54
B.2 ANÁLISE DE RESULTADOS DA QUESTÃO 2.....	54
B.3. ANÁLISE DE RESULTADOS DA QUESTÃO 3.....	55
B.4 ANÁLISE DE RESULTADOS DA QUESTÃO 4.....	56
B.5 ANÁLISE DE RESULTADOS DA QUESTÃO 5.....	57
APÊNDICE C: INQUÉRITO .....	58
ANEXO A: ORGANOGRAMAS .....	64
A.1. ORGANOGRAMA DO HMP.....	64
A.2. ORGANOGRAMA DO HMR N.º 1 .....	65

## LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ADMIL:	Administração Militar
AM:	Academia Militar
ARS:	Administração Regional de Saúde
CEME:	Chefe Estado Maior do Exército
CEMGFA:	Chefe Estado Maior General das Forças Armadas
Cmdt:	Comandante
CRP:	Constituição da República Portuguesa
Ed.:	Edição
EPE:	Entidades Públicas Empresariais
FA:	Forças Armadas
GET:	Gabinete de Estudos Técnicos
H:	Hipótese
HMP:	Hospital Militar Principal
HMR n.º 1:	Hospital Militar regional número 1
LBS:	Lei de Bases da Saúde
Máx.	Máximo
MDN:	Ministério da Defesa Nacional
Min.	Mínimo
n.º:	Número
NEP:	Normas de Execução Permanente
OMS:	Organização Mundial de Saúde
p.:	Página
PIB:	Produto Interno Bruto
PPP:	Parceria Público Privada
Q	Questão
QMG:	Quartem Mestre General
QP:	Quadros Permanentes
QPCE:	Quadro Permanente de Civis do Exército
RC:	Regime de Contrato
Resp.	Respostas

RV:	Regime de Voluntariado
SA:	Sociedade Anónima
SNS:	Serviço Nacional de Saúde
SPA:	Sistema Público Administrativo
SSM:	Serviço de Saúde Militar
U/E/O:	Unidade/Estabelecimento/Órgão

# CAPITULO 1

## INTRODUÇÃO

### 1.1. INTRODUÇÃO

O Relatório Científico Final do Trabalho de Investigação Aplicada que se segue está subordinado ao tema “A Função do Administrador Hospitalar na Gestão Financeira das Unidades de Saúde do Exército”. Segundo Sarmiento (2008, p. 2) o “(...) grau de mestre comprova nível aprofundado de conhecimento numa área científica específica e capacidade para a prática de investigação”. Este tipo de estudo “(...) em termos pessoais, tem um inestimável alcance, porque a experiência de investigação serve sempre, não tanto pelo tema que se escolher, mas pela preparação que impõe, isto é, pelo rigor científico seguido e pela capacidade obtida para a organização da informação (Barañano, 2004 p. 27).

No presente capítulo é feito o enquadramento e a justificação da pertinência do tema, é enunciada a pergunta de partida e as perguntas derivadas. Definiu-se o objetivo geral, bem como os objetivos específicos de cada uma das perguntas derivadas. São ainda apresentadas todas as hipóteses que depois nos vão possibilitar dar resposta às perguntas derivada e para concluir, são apresentados todos os capítulos desta investigação.

### 1.2. ENQUADRAMENTO E JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

Portugal vive hoje uma conjuntura económica que se agrava de dia para dia, confirmada pelas palavras de Pedro Passos Coelho<sup>1</sup> no discurso de tomada de posse do cargo de Primeiro-ministro, ao referir que “Vivemos tempos difíceis e mais tormentas ainda nos aguardam.”.

A escassez de recursos na Administração Pública e consequentemente no Ministério da Defesa Nacional é cada vez mais sentida, por isso torna-se pertinente racionalizar de forma mais eficiente os escassos meios disponíveis.

---

<sup>1</sup> Discurso de tomada de posse do cargo de Primeiro-Ministro, a 21 de Junho de 2011.

As despesas em saúde em termos de recursos financeiros, têm cada vez mais importância em Portugal, basta verificar que o valor da despesa total em saúde no PIB, tem vindo a aumentar globalmente, situando-se em 2009 nos 11% (Indexmundi, 2012).

Nos hospitais, como organizações diferenciadas que movimentam uma grande diversidade de recursos, torna-se imprescindível utilizar os melhores métodos de gestão, de forma atingir uma eficiência cada vez maior.

No caso dos hospitais militares, embora os beneficiários a quem se dirige seja inequivocamente mais restrito do que os seus congéneres civis, nomeadamente do Serviço Nacional de Saúde, estes possuem atribuições e características que os tornam bastante semelhantes, no espectro das atividades médicas desenvolvidas.

Os hospitais sendo necessários à comunidade, devem ser administrados para gerar os serviços de que ela necessita, com o mínimo de custos possível, mas com a máxima qualidade e excelência dos serviços, ou seja, sob os princípios da economia, eficiência e eficácia.

Neste contexto, pretende-se com este trabalho fazer uma abordagem do papel do administrador hospitalar na gestão das unidades de saúde militar do Exército, designadamente com enfoque no HMP e ao HMR n.º1, visto que só nestes hospitais militares existe uma figura similar à qual se designa por Adjunto/Subdiretor para a Administração.

O tema “A Função do Administrador Hospitalar na Gestão Financeira das Unidades de Saúde do Exército”, encerra em si as preocupações anteditas, visto que esta função tem um papel fulcral na gestão de recursos.

### **1.3. PERGUNTA DE PARTIDA E PERGUNTAS DERIVADAS**

Após fazer o enquadramento do tema de investigação, chegou o momento de enunciar a pergunta de partida e as respetivas perguntas derivadas. Para Fortin & Filion (2009, p. 72) “uma questão de investigação é uma pergunta explícita respeitante a um tema de estudo que se deseja examinar, tendo em vista desenvolver o conhecimento que existe”.

Assim sendo, a pergunta de partida é: **Poderá a adoção de um Administrador Hospitalar, de acordo com o modelo do SNS, contribuir para a otimização da gestão dos Hospitais Militares?**

De seguida são definidas as perguntas derivadas, com objetivos específicos, que quando respondidas, possibilitam responder à pergunta central, e que são:

1. Qual a formação que o Adjunto/Subdiretor para Administração deve ter para desempenhar a função?
2. As competências do Adjunto/Subdiretor para Administração no âmbito da gestão financeira estão adequadas às necessidades dos Hospitais Militares?
3. O Adjunto/Subdiretor para Administração com competência financeira poderá melhorar a gestão nos Hospitais Militares?

#### **1.4. OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

O objetivo geral desta investigação é verificar se a adoção de um Administrador Hospitalar, de acordo com o modelo do SNS, pode contribuir para a otimização da gestão dos Hospitais Militares. Quanto aos objetivos específicos, respetivos às perguntas derivadas, são:

1. Verificar qual a formação que o Adjunto/Subdiretor para Administração deve ter para desempenhar a função.
2. Verificar se as competências do Adjunto/Subdiretor para Administração no âmbito da gestão financeira estão adequadas às necessidades dos Hospitais Militares.
3. Verificar se o Adjunto/Subdiretor para Administração com competência financeira poderá melhorar a gestão nos Hospitais Militares.

#### **1.5. HIPÓTESES**

De forma a dar resposta à pergunta de partida e às perguntas derivadas, acima enunciadas, foram formuladas as seguintes hipóteses (H):

- H1. Para desempenhar as funções de Adjunto/Subdiretor para Administração é necessário ter formação na área de Administração hospitalar.
- H2. Com o curso em Administração Militar, adquirem-se todas as competências para desempenhar as funções de Adjunto/Subdiretor para Administração.
- H3. Atualmente o Adjunto/Subdiretor para Administração tem competência financeira.
- H4. O Adjunto/Subdiretor para Administração deve ter competência financeira.

- H5. O Adjunto/Subdiretor para Administração deve ter competência para autorizar todo o tipo de despesas de acordo com o que lhe estiver subdelegado.
- H6. Com competência financeira o Adjunto para Administração pode tomar decisões mais rápidas e oportunas.

## **1.6. METODOLOGIA**

“O termo metodologia significa um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões e, como tal, um caminho ou conjunto de fases progressivas que conduzem a um fim.” (Reis, 2010, p.57)

O presente estudo cumpre as orientações do ANEXO F à NEP 520/DE/30JUN11/AM, sendo complementado com a metodologia científica empregue para investigação em ciências sociais, estando de acordo com o que Sarmento (2008) propõe.

A parte teórica é suportada pela revisão de literatura, em que foram utilizadas fontes secundárias (livros, trabalhos, revistas, legislação e internet), com a finalidade de obter o máximo de informação sobre o tema.

Para a parte prática recorreu-se a um levantamento de dados através de entrevistas e inquéritos.

## **1.7. ESTRUTURA DO TRABALHO E SÍNTESE DOS CAPÍTULOS**

Este trabalho de investigação está dividido em duas partes. A primeira, designada por parte teórica, diz respeito ao enquadramento teórico e a segunda designada por parte prática, refere-se ao trabalho de campo necessário para dar resposta à pergunta de partida e derivadas deste trabalho.

Na primeira parte é abordada a evolução do SNS até à atualidade, assim como os modelos de gestão existentes. Falamos ainda do SSM, da sua evolução e quais as unidades de saúde militar existentes no Exército. Por fim, fazemos uma síntese da evolução da carreira de Administrador Hospitalar, as suas competências no SNS, quando surgiu nos hospitais militares, a evolução que teve e as competências que detém.

Relativamente à segunda parte, sobre objetivos de natureza prática, são apresentados os resultados recolhidos através do inquérito e da entrevista, é feita a análise e discussão dos resultados obtidos e por fim são apresentadas as conclusões, onde confirmamos ou não confirmamos as hipóteses, damos resposta às perguntas derivadas e à pergunta de partida.

# PARTE I – TEÓRICA

## CAPITULO 2

### REVISÃO DE LITERATURA

#### 2.1. BREVE CARATERIZAÇÃO DO SNS

O sistema de saúde Português, historicamente, foi sofrendo algumas alterações, tendo a sua evolução acompanhado as transformações ocorridas nos sistemas de saúde que surgiram no final do século XIX com a Revolução Industrial.

Só no final do Estado Novo, em 1971, é que foi reconhecido o direito à saúde pelos cidadãos e a responsabilização do estado pela política de saúde e sua execução, através da Lei Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência<sup>2</sup>. A partir desta data, iniciou-se a criação de centros de saúde por quase todos os concelhos. Dando-se os primeiros passos para a universalização dos cuidados de saúde (Harfouche, 2008).

A alteração política decorrente com a revolução de 25 de Abril de 1974, determina a criação de um SNS e, em 1976, a CRP no seu artigo 64º, dá expressão legal a esta pretensão. Neste sentido em 1979<sup>3</sup> foi adotado e implementado o SNS, onde a população passa a ter acesso universal a todas as prestações abrangidas pelo SNS sem restrições, de forma integrada e gratuita e onde o seu financiamento provém do Orçamento Geral do Estado. Nos primeiros anos de implementação do SNS continuaram ou estabeleceram-se fora do SNS alguns subsistemas de saúde, tendo-se verificado alguma ineficiência e ineficácia por falta de transparência entre os interesses públicos e privados (Barros e Gomes, 2002).

Para traduzir as preocupações decorrentes do aumento do peso das despesas de saúde no Orçamento de Estado, é aprovada, em 1988, a Lei de Gestão Hospitalar<sup>4</sup> que enfatiza a necessidade da introdução de princípios de natureza empresarial e passando os hospitais do SNS a ter o estatuto jurídico de pessoas coletivas de direito público, dotadas de autonomia administrativa e financeira. Em 1989, com a segunda revisão Constitucional,

---

<sup>2</sup> Cfr. Decreto-Lei n.º 413/71 de 27 de Setembro.

<sup>3</sup> Cfr. Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro.

<sup>4</sup> Cfr. Decreto-lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro.

foram introduzidas algumas reformas do sistema de saúde, em que se substituiu o princípio da completa gratuitidade pelo do tendencialmente gratuito, através da introdução de taxas moderadoras (Harfouche, 2008).

Com a LBS, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, o Ministério da Saúde ficou a ser o responsável pela definição da política nacional de saúde e sublinha na Base I que o direito à saúde é da responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, pois a responsabilidade de desenvolvimento socioeconómico de um povo não é apenas dos governos, mas sim de todos os cidadãos e das suas organizações profissionais, civis, culturais e políticas (Idem).

Segundo Reis (2007) só em 1997 com o Relatório Final do Grupo de Trabalho sobre o Estatuto Jurídico do Hospital, constituído no âmbito do Ministério da Saúde, se identificaram muitos constrangimentos à atividade do hospital público e numerosas ineficiências em grande parte daí resultantes. Qualquer novo modelo de estatuto que se viesse a ensaiar nos hospitais do SNS devia de se afastar do modelo do tipo burocrático-administrativo que predominava, e aproximar-se em termos estruturais, organizacionais e operacionais da figura de instituto público com natureza empresarial com adequada autonomia de gestão, com possibilidade de, em diferentes domínios, se regular por normas de direito privado.

Foi então que em 2002, através da Lei n.º 27/2002 de 08 de Novembro, em que o seu anexo aprova o regime jurídico de gestão hospitalar, se determina que os hospitais passam a assumir quatro figuras jurídicas distintas:

1. Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;
2. Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial;
3. Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos;
4. Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos (Reis, 2007 e Harfouche, 2008).

No mesmo ano, trinta e quatro hospitais do SPA foram transformados em trinta e um hospitais sociedades anónimas, traduzindo o determinado na Lei n.º 27/2002, todos os outros hospitais do SNS permaneceram no SPA, sendo regulados pelo Decreto-lei n.º 188/2003, de 31 de Agosto, que estabelece uma nova estrutura e organização para estes hospitais. Do ponto de vista jurídico, continuam como pessoas coletivas públicas, dotadas

de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial (Idem).

Em 2005 as trinta e uma sociedades anónimas são transformadas em EPE, de acordo com o Decreto-lei n.º 93/2005, de 07 de Junho, conjuntamente com os hospitais de Santa Maria e São João. (Reis, 2007).

### **2.1.1. MODELOS DE GESTÃO EM HOSPITAIS DO SNS**

Segundo Harfouche (2008) após a reforma de 2002, existiam três modelos de hospitais públicos em Portugal: Hospitais SA, Hospitais SPA e Hospitais PPP.

No entanto em 2005, com o Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de Junho, os Hospitais SA foram transformados em Hospitais EPE, passando a existir Hospitais SPA, Hospitais EPE e Hospitais PPP (Moreira, 2008).

Com o intuito de se perceber as diferenças entre estes modelos, vai-se fazer uma descrição sumária de cada um deles.

#### **2.1.1.1. HOSPITAIS DO SPA**

Os hospitais que atualmente pertencem ao SPA, são todos aqueles que não foram alvo de transformação em 2002 em hospitais SA, mantendo o estatuto de entidades do setor público administrativo, sendo reconhecidos como estabelecimento público.

Estes hospitais segundo o que estabelece o Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto, no artigo 2º, são “pessoas coletivas públicas dotadas de personalidade jurídica, de autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial”, tendo o seu pessoal o estatuto de funcionário público. A estrutura do capital é de natureza integralmente pública, estando a gestão cometida a um Conselho de Administração nomeado pela tutela.

Segundo Ferreira (2005) o Setor Público Administrativo caracteriza-se por ser um sistema muito burocrático e de gestão isolada, onde não existe uma cultura gestonária, em que o valor despendido não afeta muito a gestão, ou seja, é indiferente gastar muito ou pouco, sendo o controlo de custos um dos problemas fulcrais do setor público.

Para Reis (2007) este modelo tem uma autonomia consideravelmente limitada, por ter uma elevada dependência do Ministério da saúde (através da ARS) em matérias de

financiamento, gestão e recrutamento de recursos humanos. Este autor refere ainda como principais críticas a este modelo a gestão deficiente que se reflete na baixa produtividade e na falta de qualidade, a desresponsabilização generalizada dos órgãos de gestão, a ausência de um sistema de incentivos, que em certa medida pode promover falta de motivação e empenho profissional, e os custos agravados pela ineficiência na gestão dos recursos.

### **2.1.1.2. HOSPITAIS EPE**

A criação dos Hospitais EPE surge do entendimento do XVII Governo Constitucional, de que as unidades de saúde integradas no SNS devem estar sujeitas a um regime jurídico que, atendendo ao serviço público por elas prestado, permita uma maior intervenção ao nível das orientações estratégicas de tutela e superintendência (Gonçalves, 2008).

Nesse sentido, em 2005 o Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de Junho, estipula a transformação dos hospitais SA em EPE, sendo também criados novos centros hospitalares EPE. Estipula ainda que os hospitais de Santa Maria e São João integrados, até então no SPA, ficam abrangidos pelo mesmo estatuto.

A criação de centros hospitalares, segundo Gonçalves (2008), seguiu uma lógica de conseguir sinergias na gestão de recursos humanos e materiais, aproveitando, de uma forma mais racional, as capacidades disponíveis de meios, tendo em vista maior racionalidade económica.

Segundo o que estabelece o Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro os hospitais EPE “são pessoas coletivas de direito público de natureza empresarial dotadas de autonomia administrativa, financeira e patrimonial”, sendo tutelado pelos Ministérios das Finanças e da Saúde, tem como órgãos sociais, o conselho de administração, fiscal único e o conselho consultivo. A gestão é baseada em contratos orçamento-programa negociados entre a tutela e o hospital, o capital é público estando sujeito, em termos de fiscalização ao Tribunal de Contas, o endividamento não pode exceder 30% do capital social. A contratação de pessoal rege-se pelas regras de direito privado, materializadas no regime de contrato individual de trabalho.

Neste mesmo Decreto-Lei é expressa a intenção de se vir a atribuir, progressivamente, a figura de EPE a todos os hospitais que se mantenham integrados no

SPA, uma vez que é essa figura considerada a mais adequada à prossecução de um melhor nível da racionalidade económica das decisões de investimento.

Através do Decreto-Lei n.º50-A/2007, de 28 de Fevereiro, o Ministério da Saúde veio afirmar que este novo estatuto é o que se adequa à gestão de unidades de cuidados de saúde hospitalares, porque compatibiliza a autonomia da gestão com a sujeição à tutela governamental.

Uma das intenções da implementação da gestão empresarial nos hospitais foi garantir menor desperdício de recursos. Isso conseguiu-se com a gestão por objetivos, bem como com a introdução da lógica de apresentação de resultados, que constituem importantes instrumentos indutores de eficiência. Na prática, os Hospitais EPE passam de uma cultura de orçamento anual baseado em custos históricos, para uma cultura de performance baseada na otimização da gestão (Franca & Monte, 2010).

### **2.1.1.3. HOSPITAIS PPP**

As PPP são uma forma inovadora de gestão pública que visa a construção de infraestruturas e a prestação de serviços públicos, com vista à melhoria dos sectores público e privado. Atualmente, um número crescente de países recorre à abordagem PPP para implementar políticas públicas e projetos públicos, quer no domínio das obras públicas clássicas, quer do desenvolvimento dos serviços de tipo sócio-infra-estrutural, como os hospitais públicos e outras unidades de prestação de cuidados de saúde (Simões, 2004).

Em Portugal, as PPP no setor da saúde são reguladas através do Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto e pelo Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril.

Uma PPP, segundo o estabelecido no n.º 1 do Artigo 2º do Decreto-Lei n.º 86/2003 de 26 de Abril, é “(...) o contrato ou a união de contratos, por via dos quais entidades privadas, designadas por parceiros privados, se obrigam, de forma duradoura, perante um parceiro público, a assegurar o desenvolvimento de uma atividade tendente à satisfação de uma necessidade coletiva (...)”, estas parcerias segundo o Artigo 4º do mesmo Decreto-Lei têm como fins “(...) o acréscimo de eficiência na afetação de recursos públicos e a melhoria qualitativa e quantitativa do serviço, induzida por formas de controlo eficazes que permitam a sua avaliação permanente por parte dos potenciais utentes e do parceiro público.”

Os contratos em regime de PPP têm a duração de 30 anos para a vertente infraestrutural, ou seja, de construção, gestão e manutenção do edifício hospitalar, e de 10 anos para a vertente clínica, ou seja, a prestação de cuidados hospitalares, sendo que os critérios mais relevantes serão a competência técnica e os termos económicos. Através do lançamento de concursos pelo Estado, as empresas comprometem-se a construir e gerir o hospital.

Para Harfouche (2008) as PPP no setor da saúde têm subjacentes três importantes aspetos com relevância no âmbito do direito financeiro:

- Consubstanciam um contrato que envolve a realização de desembolsos públicos;
- As respetivas despesas realizam-se em vários anos económicos;
- A contratação de uma parceria pressupõe uma orçamentação plurianual dos respetivos encargos.

## **2.2. A SAÚDE MILITAR**

Para se perceber a existência e organização do SSM é necessário entender, primeiramente, a Saúde Militar e o porquê da sua existência.

Os corpos armados apareceram para garantir a defesa da soberania e dos interesses nacionais, podendo ser projetados em zonas de interesse, com vista à realização de operações defensivas e ofensivas (Alfarroba, 2008).

A Saúde Militar tem vindo a evoluir. Esta evolução foi determinada pelo valor dado à vida ao longo da história, atingindo atualmente elevada expressão nos exércitos e nas sociedades atuais (Idem).

Herdeira de uma organização de prestação de cuidados de saúde muito antiga, a Saúde Militar foi desenvolvida para minorar o sofrimento dos combatentes sobreviventes das guerras (Branco, 2010).

A guerra colonial foi um importante evento que trouxe alterações na Saúde Militar. Portugal nessa guerra contava com 3 teatros de operações: Angola, Moçambique e Guiné. Em cada uma destas colónias existia um Hospital Militar, com o objetivo de dar assistência aos militares lá colocados e feridos de guerra. Em Portugal Continental funcionavam vários Hospitais Militares, nomeadamente em Lisboa, Porto, Coimbra, Tomar e Évora (Reis, 2004).

Mais tarde, em 1989, o fim da Guerra Fria, por dissolução do Pacto de Varsóvia, foi o ponto de partida para uma reorganização profunda da Instituição Militar, que culminou com a extinção de várias estruturas de apoio ao Serviço de Saúde Militar em Portugal, por estarem desajustadas à nova organização Militar (Santos, 2003).

Na sequência de estudos realizados sobre o SSM, em 1994 o Despacho n.º 182/MDN/94, de 29 de Dezembro, enuncia os princípios orientadores para o futuro do SSM, dos quais se salienta a pretensão de redução da duplicação de valências e do número de instalações hospitalares. O mesmo despacho determina a implementação de SUC<sup>5</sup>, que se veio a verificar com o Despacho n.º 188/MDN/95, de 31 de Julho, com a criação de sete SUC (Marques, 2006).

Em 2001, foi projetada a instalação de uma Direção de Saúde Militar, que tinha como principais orientações a definição de uma estrutura central de coordenação, a criação de uma estrutura hospitalar integrada e uma maior articulação com o SNS, projeto que fracassou devido a reações negativas por parte dos Ramos (Idem).

Em 2006, o XVII Governo Constitucional definiu como um dos seus objetivos a reforma do SSM, tendo criado, através da publicação do Despacho n.º 393/2006, de 2 de Maio, um grupo de trabalho para a reforma do SSM. Os principais objetivos desse grupo de trabalho era a definição de um modelo de gestão flexível, centrada na obtenção de uma máxima eficiência, eficácia e qualidade do SSM, a reestruturação e reorganização das instalações hospitalares militares e a análise de implementação de uma estrutura hospitalar única, tendo em vista a eliminação da duplicação de valências existentes nos hospitais dos três Ramos das FA (Idem).

Em 2008, com a Resolução do Conselho de Ministros n.º 39/2008, de 28 de Fevereiro, foram dadas orientações para a reorganização da estrutura superior da Defesa Nacional e das FA. No âmbito da saúde militar estabeleceu as medidas a desenvolver nesta área, que destacamos como as principais:

- O reforço de valências atualmente deficitárias;
- A manutenção, no mínimo, de uma capacidade de resposta idêntica à existente em termos de universo de utentes, número de camas, realização de consultas e exames médicos;

---

<sup>5</sup> Serviço de Utilização Comum, entendido como órgão/serviço especializado que tem a seu cargo a prestação de cuidados do seu foro a todos os militares das FA e, na sua capacidade sobrança, a outros eventuais utentes a determinar.

- A criação de um órgão, na dependência do MDN, responsável pela conceção, coordenação e acompanhamento das políticas de saúde;
- A criação de um hospital das FA, na dependência do CEMGFA, organizado em dois polos hospitalares, um em Lisboa e outro no Porto.

Para a concretização desta última medida estabelece a manutenção e valorização do Hospital Militar Regional 1, no Porto, o encerramento do Hospital Militar Regional 2, em Coimbra, e o redimensionamento da estrutura hospitalar existente na área de Lisboa.

Assim, existem atualmente no Exército: dois Hospitais Militares – Hospital Militar Principal, em Lisboa, e Hospital Militar Regional n.º1, no Porto; três Centros de Saúde – Centro de Saúde de Coimbra, Centro de Saúde de Évora, e o Centro de Saúde de Tancos/Santa Margarida; Postos Socorros, na dependência das U/E/O.

### **2.3. AS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES**

Na atual sociedade em que vivemos, quase todo o processo produtivo é realizado por organizações, assim como quase todas as atividades que desenvolvemos durante a nossa vida são realizadas dentro de organizações. Neste contexto Chiavenato (2000, p. 43) afirma que “a nossa sociedade moderna e industrializada se caracteriza por ser uma sociedade composta de organizações.” Embora muitas delas estejam orientadas para os mesmos fins, apresentam estruturas diferentes, e outras que tendo estruturas semelhantes, têm fins diferentes. Através das organizações, o ser humano conjuga esforços para atingir objetivos, que sozinho não teria condições para os atingir, ou se tivesse, demoraria muito tempo. Chiavenato (2000, p. 44) define as organizações como “unidades sociais (ou agrupamentos humanos), intencionalmente constituídas e reconstituídas, a fim de atingir objetivos específicos.” Para Teixeira (2005, p. 4) “a organização consiste em estabelecer relações formais entre as pessoas, e entre estas e os recursos, para atingir os objetivos propostos”. Para Bilhim (2006, p. 22) uma organização é “a coordenação racional de atividades de um certo número de pessoas, tendo em vista a realização de um objetivo ou intenção explícita e comum, através de uma divisão do trabalho e funções, de uma hierarquia de autoridade e de responsabilidade.”

Mintzberg (1995) descreve a estrutura das organizações atendendo às suas componentes básicas, aos papéis que esta desempenha no contexto organizacional e o

modo como se articulam e interagem. Embora possa haver um número quase ilimitado de desenhos organizacionais, há a tendência para que se aproximem de um modelo tipo. Mintzberg constituiu um modelo tipo em que cada organização possui os seguintes elementos básicos:

- Vértice estratégico - engloba os gestores de alto nível que possuem toda a responsabilidade da organização;
- Nível intermédio/Linha Hierárquica – Engloba os gestores que estabelecem ligação entre o nível operacional e as equipas de apoio;
- Tecnoestrutura – Engloba os analistas que têm a responsabilidade de desenvolver formas de normalização na organização
- Equipa de Apoio – Providencia diretamente os serviços logísticos da organização;
- Centro Operacional – Todos os membros operacionais que executam diretamente os trabalhos de base relacionados diretamente com a produção dos bens e serviços.

Para Mintzberg (1995, p. 20) “a estrutura de uma organização pode ser definida simplesmente como o total da soma dos meios utilizados para dividir o trabalho em tarefas distintas e em seguida assegurar a necessária coordenação entre as mesmas.”

As cinco configurações organizacionais, segundo Mintzberg (1995) são:

- Estrutura Simples;
- Burocracia Mecanicista;
- Burocracia Profissional;
- Estrutura Divisionada;
- Adhocracia.

Mintzberg (1995), descreve a estrutura dos serviços de saúde como uma burocracia profissional. De acordo com o autor, quando o ambiente é estável e o trabalho a realizar é complexo, a burocracia profissional surge como a configuração estrutural mais adequada. As organizações de saúde diferem substancialmente das burocracias mecânicas, na medida em que os profissionais obedecem a valores, normas éticas e códigos profissionais. Trata-se de uma organização muito diferenciada vertical e horizontalmente, em que o poder se situa no centro operacional, parte mais importante das organizações. Reis (2007) considera que as organizações de saúde têm um ambiente pouco estável, muito complexo e diversificado, mas crescentemente hostil do ponto de vista da disponibilidade de recursos, e que dispõe de um sistema técnico muito regulado e extremamente sofisticado. Diz

também que são consideradas únicas, ou pelo menos muito diferentes dos outros tipos de organizações, por comportarem algumas características específicas como o sistema de valores, o mercado em que se movem e o tipo de recursos que utilizam.

### **2.3.1. A GESTÃO NAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES**

O que cada vez mais determina o desempenho e o sucesso de qualquer organização é a qualidade da sua gestão. Assim, o gestor deve desenvolver uma série de funções com o intuito de realizar todos os esforços, em todas as áreas e em todos os níveis da organização de forma a poder atingir os objetivos e decidir em conformidade (Teixeira, 2005).

Para Teixeira (2005, p. 3) a gestão é “o processo de se conseguir obter resultados (bens e serviços) com o esforço dos outros”. Teixeira enfatiza, que para que possa haver gestão, tem que existir uma organização ou várias pessoas que desenvolvem uma atividade em conjunto para atingirem objetivos comuns.

Para Reis (2007, p. 58) “a gestão é a utilização de modo eficiente e tendo em vista a realização dos objectivos de uma organização, dos recursos (humanos e materiais) disponíveis ou angariáveis e desenvolve-se através de um processo que abrange o exercício de determinadas funções (...)”.

Para Chiavenato (2000, p. 3) a administração “é o processo de planejar, organizar, dirigir e controlar o uso dos recursos organizacionais para alcançar determinados objetivos de maneira eficiente e eficaz”.

Podemos verificar através desta definição, que o conceito de administração para Chiavenato (2000) é o mesmo de gestão segundo Reis (2007) e Teixeira (2005).

Quando falamos de gestão, muitas vezes pensamos nos membros dos conselhos de administração ou de gerência, assim a gestão seria as atividades executadas apenas por estas pessoas. No entanto nem todos os gestores têm responsabilidade pela organização como um todo. Os gestores são as pessoas que numa organização, conseguem produzir algo, planeando, organizando, dirigindo e controlando (Teixeira, 2005).

Teixeira (2005) e Reis (2007) consideram que a gestão contempla quatro funções essenciais:

- Planeamento - como processo de determinar antecipadamente o que deve ser feito e como se deve fazer;

- Organização - onde o gestor procura estabelecer relações formais entre as pessoas, e entre estas e os recursos, para atingir os objetivos propostos;
- Direção - processo de dirigir, influenciar, coordenar e motivar os funcionários a realizar tarefas;
- Controlo - processo de monitorização do desempenho, que consiste em confirmar que as ações desenvolvidas estão em consonância com os objetivos estabelecidos pela organização.

Teixeira (2005) enfatiza que normalmente são considerados três níveis de gestão, nível institucional, nível intermédio e nível operacional.

No nível institucional encontram-se os responsáveis por tomar decisões organizacionais e determinar políticas e estratégias que afetam todos os aspetos da organização, corresponde aos membros do conselho da administração, gerência, conselho de gestão e direção geral.

No nível intermédio encontra-se a componente tática, inclui todos os níveis de gestão entre o nível de supervisão e o topo da organização. Aqui podemos encontrar os diretores de divisão, diretores de área, diretores funcionais, diretores de departamento, entre outros.

No nível operacional encontra-se a componente técnica, a atividade dos gestores traduz-se fundamentalmente na execução de rotinas e procedimentos, pertencem a este nível os supervisores, chefes de serviço e chefes de secção entre outros.

#### **2.4. O ADMINISTRADOR HOSPITALAR EM PORTUGAL**

Os hospitais sendo organizações muito complexas, exigem a existência no seu seio de capacidades de gestão. Depois de se perceber que os hospitais necessitavam de gestores com conhecimentos na área da saúde, foi com naturalidade que se foram criando ações de formação próprias para a gestão no meio hospitalar. Estas ações de formação foram-se multiplicando e aperfeiçoando, conseguindo uma transformação da ciência de gestão, contribuindo para a institucionalização da profissão de administrador hospitalar (Reis, 2007).

A formação em administração hospitalar tem já um longo caminho percorrido, tendo o primeiro curso de pós-graduação em administração hospitalar surgido na Universidade de Chicago em 1934.

Os primeiros cursos foram todos focalizados no hospital e dirigidos para a gestão de estabelecimentos hospitalares, mas, na década de 70, verificou-se uma inflexão, orientando-se para o contexto mais amplo da administração de serviços de saúde e, mais recentemente, para a administração de saúde.

O ensino da administração hospitalar em Portugal foi buscar as suas origens à década de 40, mais precisamente ao ano de 1947, quando foi publicado o Decreto-Lei 36.219 de 10 de Abril de 1947, que reorganiza o ensino de enfermagem, no qual se preveem cursos elementares de treino em administração de hospitais, de carácter prático (Idem).

Em 1959, um bolseiro português frequentou o curso da OMS de Edimburgo e, em 1969, seis estudantes portugueses foram enviados pelo governo Português para a Escola de Rennes obtendo o diploma em administração hospitalar.

Em 1968 com a publicação do Estatuto Hospitalar e do Regulamento Geral dos Hospitais, é dado um importante estímulo para a criação do primeiro curso em Portugal, ao reconhecer formalmente a necessidade de dispor de profissionais especializados, devidamente habilitados e diplomados. É também com o Regulamento Geral dos Hospitais que surge a primeira regulamentação da carreira de Administrador hospitalar, que estipulava que nos hospitais centrais a carreira abrangia quatro graus, Chefe de Serviço de Apoio Geral, Administrador, Administrador-Geral e Provedor, e nos hospitais regionais um lugar, o Administrador (História, 2012).

No que se refere a competências, pela primeira vez havia uma lei hospitalar geral que definia uniformemente os competências, até aí variáveis de instituição para instituição. Estas competências eram pouco detalhadas, no caso do Administrador, eram apenas setoriais (Ibidem).

Na formulação inicial, a carreira de Administrador Hospitalar cobria apenas os hospitais gerais, prevendo que no futuro o curso de Administração Hospitalar viria a ser exigido como habilitação indispensável para o ingresso na carreira.

É então que em Agosto de 1969, o Curso de Administração Hospitalar é criado na Escola Nacional de Saúde Pública e de Medicina Tropical, pela Portaria n.º 24.222 de 4 de Agosto, sendo inaugurado o primeiro curso em Outubro de 1970, cujo plano de estudos

resultou da colaboração de um consultor da OMS, vindo da Universidade de Lovaina (História, 2012).

Em 1970 são introduzidas as primeiras alterações à carreira, por força do Decreto-Lei 498/70 de 24 de Outubro, estabelecendo uma clara distinção entre graus e categorias hospitalares, prevê-se a existência de três graus e de cinco categorias nos quadros hospitalares, mantendo a sua aplicabilidade apenas aos hospitais gerais. É definido que o curso de Administração Hospitalar é um requisito agora indispensável de ingresso e de acesso à carreira (Reis, 2007).

Em 1977, o Decreto-Lei n.º 129/77 De 2 de Abril, distingue os vários órgãos existentes no hospital e reforça a diferenciação entre eles em termos de competências no Artigo 15º:

- “1. Nos hospitais haverá órgãos de gestão, órgãos de direção e de apoio técnico e órgãos de expressão da vontade dos trabalhadores.*
- 2. Os órgãos de gestão são responsáveis pelo planeamento e desenvolvimento da gerência hospitalar.”*

Em Maio de 1977, através do Decreto Regulamentar 30/77, de 20 de Maio é criado o Regulamento dos Órgãos de Gestão e Direção dos Hospitais, que estabelece os órgãos de gestão e direção, a sua composição e competências.

Durante a vigência desta legislação eram “órgãos colegiais de gestão o conselho geral e o conselho de gerência”, competindo também ao administrador do hospital “a prática de atos de gestão, quer no desempenho das suas funções normais, quer no uso da competência que lhe for delegada” (n.º 1 do artigo 1º do Decreto-Lei 30/77). O administrador hospitalar estava inserido no conselho de gerência, como membro nato deste conselho, tendo como competências:

- “a) Praticar os atos subsequentes à autorização das despesas, designadamente a autorização das quantidades de bens ou serviços a requisitar e do respetivo pagamento, desde que se conformem com as decisões iniciais de autorização que executem;*
- b) Autorizar o pagamento das despesas com pessoal;*
- c) Conceder licença ao pessoal do hospital nos termos legais aplicáveis e sob informação dos órgãos de direção correspondentes;*
- d) Despachar todos os processos de movimentação de pessoal”*(artigo 15º do Decreto Regulamentar 30/77 de 20 de Maio).

Para além de ser membro de um órgão colegial de gestão, era também membro de um órgão individual de gestão que, sem prejuízo da sua responsabilidade perante o órgão colegial, desenvolvia uma vasta decisória e executiva que a lei hospitalar lhe concedia individualmente (Reis, 2007).

Depois de existirem várias ameaças de mudanças, é então que através do Decreto-Lei 16/87 de 9 de Janeiro e do Decreto Regulamentar 3/87 também de 9 de Janeiro, é alterada a legislação hospitalar vigente desde 1977. As alterações mais significativas sentiram-se na organização dos órgãos, em que o conselho de gerência passa a ser designado como conselho de administração, mantendo as funções inerentes a um órgão colegial de gestão, em que assume um carácter mais deliberativo e menos executivo, perde o contributo do técnico dos serviços de instalações e equipamentos e passa a integrar o diretor clínico e o enfermeiro diretor; no processo de constituição/nomeação de órgãos o presidente do conselho de administração é nomeado pelo ministro, deixando de ser obrigatoriamente médico e passando a ser de entre individualidades de reconhecido mérito com experiência no domínio da saúde, de preferência, de entre médicos. O administrador geral, o diretor clínico e o enfermeiro diretor são propostos ao ministro pelo presidente do conselho de administração. O administrador geral deixou de ser membro nato do conselho, e passou a ser escolhido de entre gestores de reconhecido mérito, vinculados ou não à função pública, e com curriculum adequado às funções a exercer (Idem).

Esta legislação não chegou a ser aplicada, prolongando-se a vigência da legislação de 1977 por mais um ano, pelo facto do partido que então governava não ter maioria absoluta. Mas logo em Janeiro de 1988, através do Decreto-Lei n.º 19/88 de 21 de Janeiro e do Decreto Regulamentar 3/88 de 22 de Janeiro, não existem grandes alterações em relação à legislação de 1987, apenas algumas designações mudaram de nome, como é o caso do administrador geral que se passa a designar por administrador delegado. Em relação à legislação de 1977, assistiu-se a uma separação entre a prestação e a gestão e, sobretudo, entre o exercício da gestão a nível institucional e a formação específica em termos da sobreposição obrigatória que foi quebrada (Ibidem).

Depois de todas as mudanças existentes no estatuto jurídico dos hospitais, que se iniciaram em 1997, depois do Relatório Final do Grupo de Trabalho, constituído no âmbito do Ministério da Saúde, onde se identificaram vários constrangimentos à atividade dos hospitais públicos (referido no início deste capítulo), assistiu-se em 2002 à transformação de 34 hospitais do sistema público administrativo em 31 sociedades anónimas, e em 2005 a transformação das 31 sociedades anónimas em entidades públicas empresariais. O papel do

administrador hospitalar manteve-se inalterado mantendo as competências até aqui referidas (Reis, 2007).

## **2.5. O ADMINISTRADOR HOSPITALAR NOS HOSPITAIS MILITARES DO EXÉRCITO**

A criação da função de Administrador hospitalar, nos hospitais militares do Exército, ocorreu em 1995 através do Despacho n.º 278/95 de 1 de Setembro do CEME.

Este lugar vem dar resposta à evolução do sistema hospitalar, que apontava no sentido de uma dinâmica própria, muito complexo e para além disso com um elevado volume de recursos financeiros, que por si exigiu uma ilimitada diligência no sentido de defender o dinheiro dos contribuintes.

Pretendia-se com esta nova figura dar resposta às preocupações acima identificadas.

O Administrador era nomeado pelo Ajudante-General do Exército, por proposta do General Comandante da Logística, de entre Oficiais Superiores com currículo adequado às funções a exercer.

Segundo o n.º3 do Despacho 278/95 de 1 de Setembro competia em especial ao administrador hospitalar:

- a) *“Preparar os planos anuais e plurianuais do hospital, incluindo as respetivas propostas orçamentais e planos de emprego de verbas e submete-los à aprovação do Diretor;*
- b) *Propor ou adotar as medidas necessárias à melhoria da orgânica e funcionamento dos serviços;*
- c) *Propor a admissão de pessoal, de acordo com o que se encontrar previsto no plano anual;*
- d) *Aprovar os horários de trabalho e o plano de férias do pessoal, dentro dos limites genericamente definidos pelo Diretor;*
- e) *Assegurar a regularidade da cobrança das receitas e do pagamento das despesas do hospital;*
- f) *Dar balanço mensal à tesouraria;*
- g) *Elaborar relatórios mensais, trimestrais e anuais do Hospital e submete-los à aprovação do Diretor;*

- h) Responsabilizar os diversos setores de atividade pela utilização dos meios postos à sua disposição e pelos resultados atingidos;*
- i) Gerir o património e tomar as providências necessárias ao seu controle e conservação;*
- j) Praticar uma política de informação que permita aos funcionários do hospital e aos utentes que utilizam os seus serviços, um conhecimento correto dos aspetos fundamentais do funcionamento do hospital.”*

Quanto à autorização de despesa ou matérias com elas relacionadas o n.º 4 do Despacho n.º 278/95 de 1 de Setembro, determina que o Administrador tem competência para:

- “a) Autorizar todas as despesas com obras de construção, beneficiação, ampliação ou remodelação das instalações em execução do plano aprovado e sem prejuízo da competência dos órgãos superiores.*
- b) Autorizar as despesas de simples conservação, reparação e beneficiação das instalações e equipamentos;*
- c) Adjudicar os concursos ou consultas para aquisição de bens de consumo e prestação de serviços.”*

Em 1997, com as alterações legais produzidas através do Despacho n.º11/QMG/97, de 17 e Abril, esta função sofreu algumas alterações que culminaram com a extinção da figura de Administrador Hospitalar e a sua substituição por uma nova figura a qual se atribuí o nome de Adjunto para Administração no HMP e Subdiretor para Administração no HMR n.º1, como consequência esta alteração provocou uma mudança nas suas competências.

Segundo o n.º1 do Despacho n.º11/QMG/97 esta nova figura ficou com as seguintes competências:

- “a) Preparar e submeter à aprovação do Diretor os Planos Anuais e Plurianuais do Hospital, incluindo as respetivas Propostas Orçamentais e Planos de Emprego de Verbas;*
- b) Propor e adotar as medidas necessárias à melhoria da orgânica e funcionamento dos serviços;*
- c) Aconselhar o Diretor sobre a admissão de pessoal, de acordo com o que se encontrar previsto no Plano Anual;*

- d) Submeter à aprovação do Diretor os horários de trabalho bem como o plano anual de férias do pessoal;*
- e) Assegurar a regularidade da cobrança das receitas e do pagamento das despesas do hospital;*
- f) Efetuar balanços mensais à tesouraria;*
- g) Elaborar relatórios administrativo-financeiros mensais, trimestrais e anuais do hospital e submetê-los à aprovação do Diretor;*
- h) Administrar o patrimônio e providenciar as medidas necessárias ao seu controle e conservação;*
- i) Desenvolver políticas de informação que permitam, aos funcionários do hospital e utentes, um conhecimento correto dos aspetos fundamentais sobre o funcionamento do hospital.”*

No que respeita à autorização de despesa ou matérias com ela relacionadas, o n.º 2 deste mesmo Despacho estabelece que compete ao Adjunto para a Administração/Subdiretor para Administração:

- “a) Apresentar ao Diretor as estimativas ou propostas de encargos com obras de construção, beneficiação, ampliação ou remodelação das instalações, em execução de Planos Aprovados;*
- b) Autorizar, por delegação do Diretor, as despesas com simples conservação, reparação e beneficiação das instalações e equipamentos;*
- c) Propor a adjudicação de concursos ou consultas para aquisição de bens de consumo e prestação de serviços, que excedam a competência delegada;*
- d) Autorizar, dentro da sua competência, as aquisições de bens ou serviços necessários ao normal funcionamento do hospital.*

## **PARTE II – PRÁTICA**

### **CAPÍTULO 3**

#### **METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS**

##### **3.1. INTRODUÇÃO**

Ao longo deste capítulo abordar-se-á a metodologia utilizada na parte prática. É apresentada a população que foi sujeita a entrevistas e inquéritos, bem como o porquê da sua escolha. Por fim, são apresentados os instrumentos e procedimentos utilizados no desenvolvimento da entrevista e do inquérito.

##### **3.2. TIPO DE ESTUDO**

Segundo Quivy & Campenhoudt (1992), no campo da investigação científica os mecanismos orientados para a pesquisa variam com o tipo de investigação que se pretende concretizar, pelo que não existe uma metodologia consensual entre a comunidade científica.

De acordo com Marconi & Lakatos (2003), a metodologia consiste no desenho de um fio condutor que conduza a um caminho que permita atingir um determinado objetivo ou finalidade e que leve a compreender um conjunto de atividades sistemáticas e racionais. Neste contexto, entende-se que o método indutivo é o que melhor se enquadra neste estudo.

Marconi & Lakatos (2003, p. 86) referem que a “Indução é um processo mental por intermédio do qual, partindo de dados particulares, suficientemente constatados, infere-se uma verdade geral ou universal, não contida nas partes examinadas.”

Para que as conclusões obtidas através deste método sejam verdadeiras, têm que ser baseadas em premissas igualmente verdadeiras (Sarmiento, 2008).

A técnica de pesquisa utilizada foi a observação direta, através de entrevistas e inquéritos, sustentada numa análise bibliográfica.

### 3.2.1. METODOLOGIA DAS ENTREVISTAS

“A entrevista é um modo particular de Comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e o participante com o objetivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas” (Fortin, 1996, p. 245), distingue-se de outras técnicas de recolha de dados, pela aplicação dos processos de comunicação e de interação humana (Quivy & Campenhoudt, 1992). Para Best *in* Marconi & Lakatos (2003, p. 196), quando realizada por um investigador experiente, “é muitas vezes superior a outros sistemas de obtenção de dados.”

#### 3.2.1.1. CARATERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Durante o mês de Abril de 2012, foram entrevistados os Oficiais no ativo que exercem ou exerceram funções de Adjunto/Subdiretor para Administração nos Hospitais Militares do Exército. Atualmente no Exército existem dois Hospitais, o HMP e o HMR n.º 1, sendo estes, os únicos locais onde existe a função de Adjunto/Subdiretor para Administração. Deste modo, foi entrevistado o Sr. Tenente-Coronel ADMIL, Albino Lameiras (Entrevistado 1), que exerce as funções de Adjunto para Administração no HMP, o Sr. Tenente-Coronel ADMIL, Armando Ferreira (Entrevistado 2), que exerce as funções de Subdiretor para Administração no HMR n.º 1 e o Sr. Tenente-Coronel ADMIL, Manuel Teixeira (Entrevistado 3), que atualmente exerce funções de 2º Cmdt do Centro de Finanças do Comando de Pessoal e, que anteriormente exerceu as funções de Subdiretor para Administração no HMR n.º 1.

#### 3.2.1.2. INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

Neste trabalho foram efetuadas entrevistas (Apêndice A) do tipo estruturadas, nas quais o entrevistado responde a um conjunto de perguntas, que fazem parte de um guião (Sarmiento, 2008). A entrevista é colocada da mesma forma a todos os entrevistados, possibilitando comparações entre as respostas obtidas (Fortin, 1996).

Quanto à análise das respostas, a fim de se obter uma “(...) descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo(...)” (Belsen *in* Ghiglione & Matalon, 2001, p. 197), é efetuada uma análise por segmentos (Tabela 1), agrupando-se os aspetos mais

importantes de cada resposta, para criar uma matriz de codificação e definir-se a frequência em todas as respostas obtidas, de modo a medir as respostas quantitativamente de acordo com o que refere Sarmiento (2008).

É ainda efetuada uma sinopse das entrevistas (Apêndice B), para fazer uma avaliação qualitativa, de modo a destacar aspetos isolados, mas relevantes de cada resposta.

**Tabela 1- Matriz de Codificação Alfanumérica e Cromática das Entrevistas**

<b>Codificação Alfanumérica e Cromática das Entrevistas</b>	
<b>Questão 1</b>	
<b>Segmentação</b> 1.1	Deveriam estar de acordo com as necessidades do hospital.
<b>Segmentação</b> 1.2	As competências do Adjunto/Subdiretor para Administração não estão adequadas.
<b>Segmentação</b> 1.3	De acordo com o que está previsto organicamente, apenas faz o interface entre a logística e a direção, logo estão adequadas.
<b>Questão 2</b>	
<b>Segmentação</b> 2.1	Deve ter competência financeira.
<b>Segmentação</b> 2.2	É o principal interlocutor do Diretor para a área financeira.
<b>Segmentação</b> 2.3	Não necessariamente.
<b>Segmentação</b> 2.4	De acordo com o que está previsto em termos de contabilidade pública, é o CEME que tem a grande responsabilidade perante o TC.
<b>Segmentação</b> 2.5	O Adjunto/Subdiretor para Administração no tem competência financeira subdelegada.
<b>Questão 3</b>	
<b>Segmentação</b> 3.1	Deve estar centralizada no Adjunto/Subdiretor para Administração
<b>Segmentação</b> 3.2	Deve estar centralizada no Diretor.
<b>Questão 4</b>	
<b>Segmentação</b> 4.1	É uma mais-valia.

<b>Segmentação</b> 4.2	Não reconheço mais-valias.
<b>Segmentação</b> 4.3	Daria outra dinâmica ao funcionamento dos hospitais militares.
<b>Segmentação</b> 4.4	É fundamental o Adjunto/Subdiretor para Administração ter formação na área de administração hospitalar.
<b>Questão 5</b>	
<b>Segmentação</b> 5.1	Formação de base em administração hospitalar.
<b>Segmentação</b> 5.2	Além de ser responsável pela área financeira, deveria abarcar toda a área administrativa do hospital.
<b>Segmentação</b> 5.3	Qualidades e virtudes militares.
<b>Segmentação</b> 5.4	Sensibilidade para a área da saúde.

### 3.2.2. METODOLOGIA DOS INQUÉRITOS

O inquérito consiste em colocar uma série de perguntas a um conjunto de inquiridos, normalmente representantes de uma população, relativas à sua situação social, profissional, às suas opiniões, às suas expectativas, ou outros assuntos que interessem ao investigador (Quivy & Campenhoudt, 1992).

Trata-se de uma técnica de coleta de dados “que após a sua introdução numa base de dados e a aplicação adequada dos métodos estatísticos, econométricos ou de investigação operacional, origina resultados” (Sarmiento, 2008, p. 22). A interpretação dos resultados obtidos, gera informação conclusiva à confirmação ou não confirmação das hipóteses (Sarmiento, 2008).

A fase de pré-teste foi feita em coordenação com o GET do HMP, onde foram analisadas as opiniões e imputadas ao inquérito as que se consideraram relevantes para o estudo. A definição da população e amostra teve por base os seguintes critérios:

### 3.2.2.1. POPULAÇÃO

“Uma população é uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios” (Fortin, 1996, p. 202). Para este trabalho a população é constituída por todos os chefes de serviço do HMP e HMR n.º 1, por serem conhecedores da função e conseqüentemente mais habilitados a responderem ao inquérito.

### 3.2.2.2. AMOSTRA

“A amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população (...) deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra selecionada” (Fortin, 1996, p. 202). A amostra para este trabalho corresponde à população já descrita no ponto anterior, devido ao seu baixo número de elementos, possibilitando inquirir a totalidade da mesma. Ao inquirir toda a população evitamos possíveis enviesamentos ou inferências erradas que podem acontecer na escolha do subconjunto representante da população (Sarmiento, 2008).

A amostra será assim constituída por quarenta e sete chefes de serviço do HMP e HMR n.º 1 (ANEXO A), registando-se contudo discrepância entre o número de chefes de serviço e os serviços existentes, pelo facto de alguns inquiridos acumularem a seu cargo a chefia de mais que um serviço.

O inquérito (APÊNDICE C) foi enviado durante o mês de Abril de 2012, verificando-se que apenas 55% dos inquiridos responderam.

### 3.2.2.3. INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

Os inquéritos são constituídos por dois grupos: identificação parcial do inquirido e competências do Adjunto/Subdiretor para Administração.

No segundo grupo, para as respostas, foi utilizada a “Escala de Likert”<sup>6</sup>, onde os inquiridos manifestaram o seu nível de concordância. Os níveis considerados são: Discordo

---

<sup>6</sup> Escalas de Likert – Consiste em pedir aos sujeitos que indiquem se estão mais ou menos de acordo ou em desacordo relativamente a um certo número de enunciados, escolhendo entre cinco respostas possíveis.

Totalmente (1); Discordo (2); Nem Concordo, Nem Discordo (3); Concordo (4); Concordo Totalmente (5).

A aplicação do inquérito foi via Internet, através da qual foram enviados todos os inquéritos para o correio eletrónico institucional dos inquiridos.

Para o tratamento e análise dos dados recolhidos através dos inquéritos foram utilizadas técnicas estatísticas. Para medir a posição ou tendência central foi utilizado a média e a moda e para medir a dispersão foi utilizado o desvio padrão. Para isso utilizou-se a ferramenta do *Microsoft Excel* versão 2007.

## CAPÍTULO 4

### APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

#### 4.1. INTRODUÇÃO

No presente capítulo serão apresentados os resultados provenientes dos *outputs* recolhidos com a realização das entrevistas e inquéritos. Em primeiro lugar irão ser apresentados os resultados das entrevistas e por fim os dos inquéritos.

#### 4.2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA ENTREVISTA

Como foi referido no capítulo da metodologia, foram identificados vários segmentos dentro das respostas recolhidas, para que seja possível, através do cálculo da sua frequência, fazer a sua análise e chegar a uma conclusão.

Nesse sentido, a tabela 2 que se segue, representa os resultados obtidos através da análise de cada segmento nas respostas.

**Tabela 2- Análise Quantitativa**

	Entrevistados			Frequência	Resultados
	1	2	3		
<b>Questão 1</b>					
<b>Segmentação 1.1</b>	X			1	33%
<b>Segmentação 1.2</b>	X	X	X	3	100%
<b>Segmentação 1.3</b>	X			1	33%
<b>Questão 2</b>					
<b>Segmentação 2.1</b>		X	X	2	67%
<b>Segmentação 2.2</b>		X		1	33%
<b>Segmentação 2.3</b>	X			1	33%
<b>Segmentação 2.4</b>	X			1	33%
<b>Segmentação 2.5</b>		X	X	2	67%

Questão 3					
Segmentação 3.1		X		1	33%
Segmentação 3.2	X		X	2	67%
Questão 4					
Segmentação 4.1	X	X		2	67%
Segmentação 4.2			X	1	33%
Segmentação 4.3	X			1	33%
Segmentação 4.4		X		1	33%
Questão 5					
Segmentação 5.1	X		X	2	67%
Segmentação 5.2		X		1	33%
Segmentação 5.3			X	1	33%
Segmentação 5.4	X			1	33%

#### 4.2.1. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS

Foi efetuada uma análise quantitativa, bem como uma sinopse de cada uma das questões. Efetua-se agora uma decomposição de cada uma das questões, a fim de se poder tirar conclusões acerca das mesmas.

Na questão 1 **“No seu entender, as competências no âmbito da gestão financeira do Adjunto/Subdiretor para Administração, estão adequadas à realidade atual?”**, as respostas são consensuais, 100% dos entrevistados referem que as competências do Adjunto/Subdiretor para Administração não estão adequadas (Segmentação 1.2.).

No entanto, todos os entrevistados apresentam justificações diferentes. O entrevistado 1 refere que “Se estivermos a ver só em termos orgânicos, sim...” mas também diz que “...aquilo que está vertido na parte orgânica não corresponde de todo àquilo que é a realidade funcional desta casa.” O entrevistado 2 refere-se à ausência de “...competências que permitisse a autorização para realizar despesa e arrecadar receita...” O entrevistado 3 menciona o facto que as competências “...deveriam constar na regulamentação específica das unidades...”

Quanto à questão 2 **“Considera necessário o Adjunto/Subdiretor para Administração ter competência financeira?”** 67% dos entrevistados consideram que o Adjunto/Subdiretor para Administração deve ter competência financeira (Segmentação

2.1.). O entrevistado 2 considera ser “...uma peça fundamental e essencial...” ter essa competência. O entrevistado 3 refere que “Administrar é gerir recursos escassos, e para se ter as decisões oportunas e adequadas aos objetivos pretendidos, seria conveniente que o Administrador Hospitalar tivesse competência subdelegada para afetar os recursos disponíveis às necessidades concretas da função hospitalar e dos serviços em geral.” Ainda nesta questão, 67% dos entrevistados referem que o Adjunto/Subdiretor para Administração não tem competência financeira subdelegada (Segmentação 2.5.).

Na questão 3 **“Considera que a competência financeira devia ser centralizada no Adjunto/Subdiretor Para Administração, em virtude dos seus conhecimentos em matéria de gestão de recursos, ou devia ser descentralizada?”**, a maioria dos entrevistados considera que a competência financeira deve estar centralizada no diretor. O entrevistado 3 considera que “Deve ser centralizada no Diretor e este por sua vez deve descentralizar (subdelegar) no Adjunto/Subdiretor para Administração.” Quanto ao entrevistado 1, este menciona que “...na parte funcional o Adjunto para Administração funciona como um assessor do Diretor.” O entrevistado 2 considera que a competência financeira “...deveria estar centralizada no Subdiretor para Administração...” por ser “...uma pessoa da área da administração, da área financeira, portanto tem todas as competências necessárias e suficientes para abarcar essa competência...”

Quanto à questão 4 **“Poderá ser uma mais-valia para os Hospitais Militares a aplicação de um Administrador do tipo SNS?”**, 67% dos entrevistados consideram que seria uma mais-valia. O entrevistado 1 considera que “...existe certo teor produtivo que assim fosse, na medida em que daria outra dinâmica ao funcionamento dos Hospitais Militares...” considera ainda que “...traria vantagens, mas seria difícil de aplicar...”, o entrevistado 2 refere que a função “...tem algumas características próprias e específicas...” pelo que considera “...fundamental que o Administrador Hospitalar tenha uma “formaçãozinha” na área de administração hospitalar própria para desempenhar a função...”

Em relação à questão 5 **“Que outras competências considera como indispensáveis ao sucesso do Adjunto/Subdiretor para Administração?”**, as respostas são variadas, no entanto 67% dos entrevistados referem a formação de base em administração hospitalar. O entrevistado 1 refere que “...para trabalhar no âmbito da saúde é necessário fazer um complemento à formação e uma especialização nesta área, porque é uma área muito específica com muitas variáveis em jogo e variáveis que nós não dominamos logo à partida...” quanto ao entrevistado 3 complementa dizendo que se

“...deve ter um conhecimento profundo das diversas categorias profissionais que interagem com o serviço hospitalar.”

### 4.3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS DO INQUÉRITO

Os gráficos que se seguem apresentam-nos a caracterização dos inquiridos que responderam ao inquérito. Os dados recolhidos foram sobre o género (Figura nº 1), a situação em que se encontra a prestar serviço (Figura nº 2), o Hospital Militar do Exército em que presta serviço (Figura nº 3), a área em que presta serviço (Figura nº 4), o tempo que desempenha funções nas unidades de Saúde Militar (Figura nº 5), se para além do Hospital Militar, presta serviço noutra hospital (Figura nº 6), se presta serviço noutra hospital, em que área desempenha funções (Figura nº 7), há quanto tempo presta serviço noutra hospital (Figura nº 8) e por fim, qual é o modelo de gestão que tem o outro hospital.

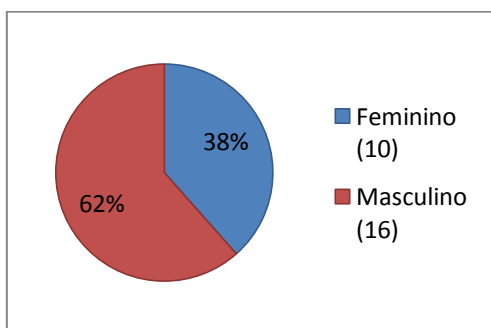


Figura 1: Género dos inquiridos

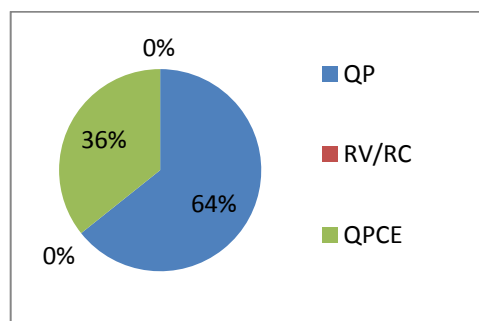


Figura 2: Situação em que presta serviço

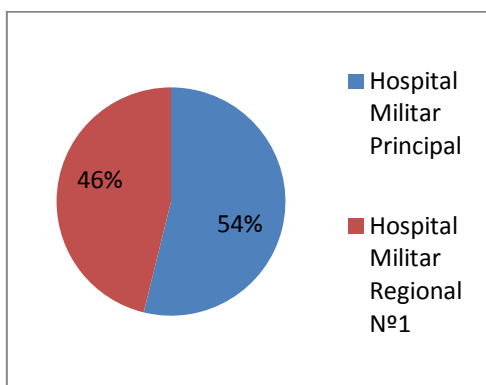


Figura 3: Unidade em que presta serviço

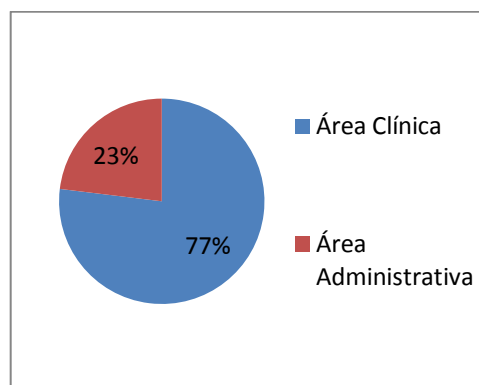


Figura 4: Área em que desempenham funções

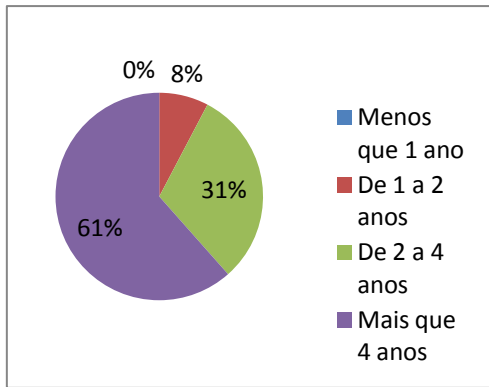


Figura 5: Tempo a desempenhar a função

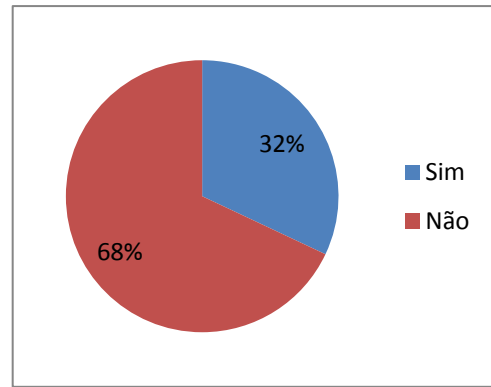


Figura 6: A prestar serviço noutro hospital

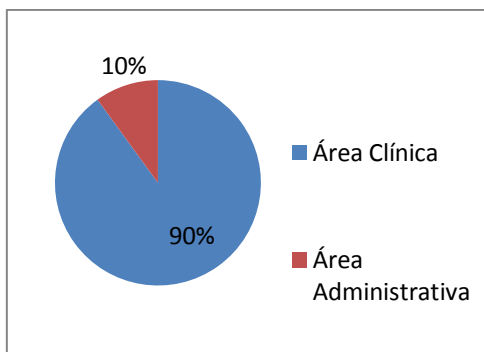


Figura 7: Área em que presta serviço noutro hospital

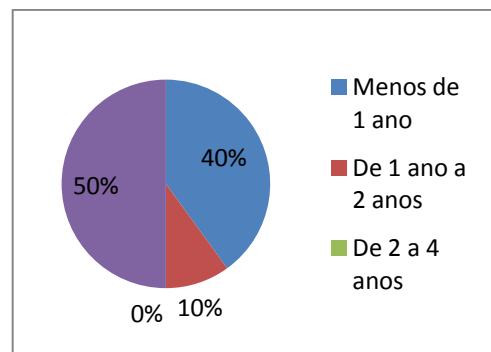


Figura 8: Tempo que presta serviço noutro hospital

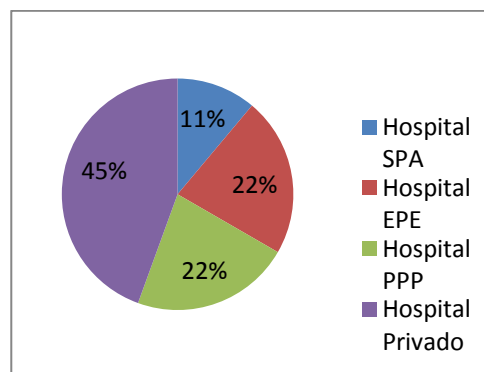
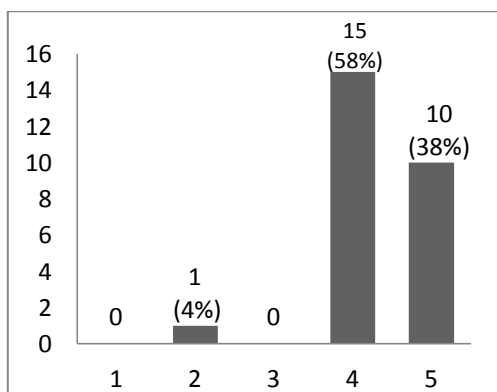


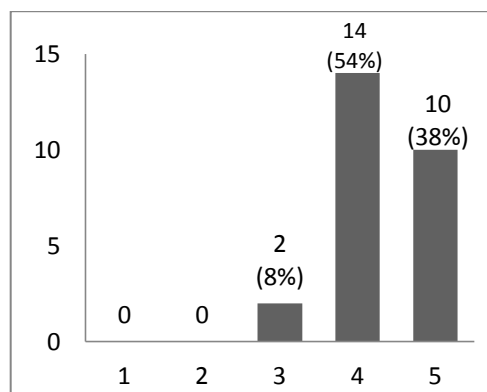
Figura 9: Modelo de gestão do hospital que presta serviço

Seguidamente são apresentados os resultados da segunda parte do inquérito (Figura 10 à 22). Como foi referido no capítulo da metodologia e procedimentos, a segunda parte do inquérito é relativa às competências do Adjunto/Subdiretor para Administração, em que

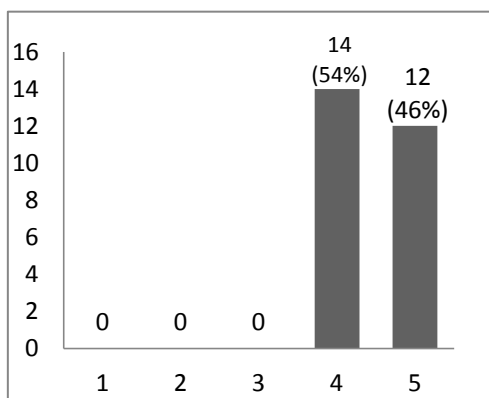
as questões possuem uma escala de um a cinco, onde o 1 corresponde a discordo totalmente e o cinco corresponde a concordo totalmente (significado da escala no capítulo 3 no ponto 3.2.2.3.). Assim, os resultados obtidos com a segunda parte do inquérito são os seguintes:



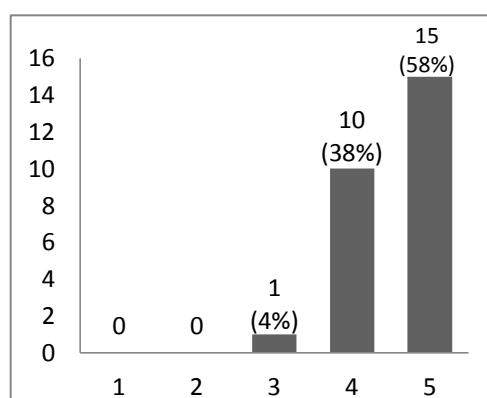
**Figura 10: Questão 2.1. A dispersão de competência financeira pode por em causa a eficiência do consumo de recursos?**



**Figura 11: Questão 2.2. O Adjunto/Subdiretor para Administração deve ter competência subdelegada para autorizar despesa?**



**Figura 12: Questão 2.3. É uma mais-valia para a administração hospitalar ter competência para autorizar despesa?**



**Figura 13: Questão 2.4. O Adjunto/Subdiretor para Administração tendo competência para autorizar despesa pode tomar decisões mais rápidas e oportunas?**

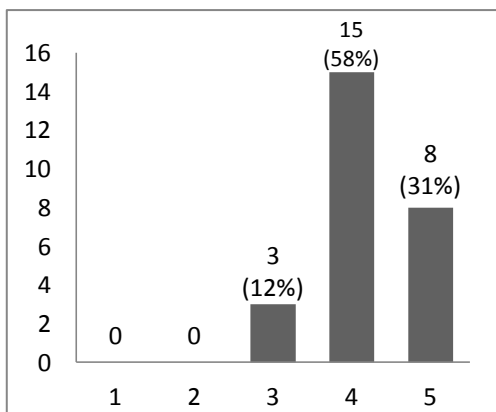


Figura 14: Questão 2.5. Considera que esta competência poderá afetar a salvaguarda de ativos e aumentar o controlo de gestão de custos?

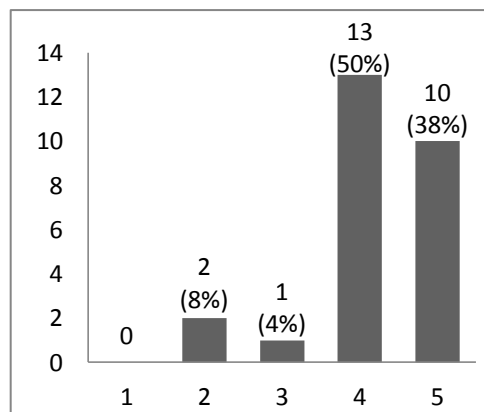


Figura 15: Questão 2.6.1. Autorizar despesas de simples conservação, reparação e beneficiação das instalações e equipamento?

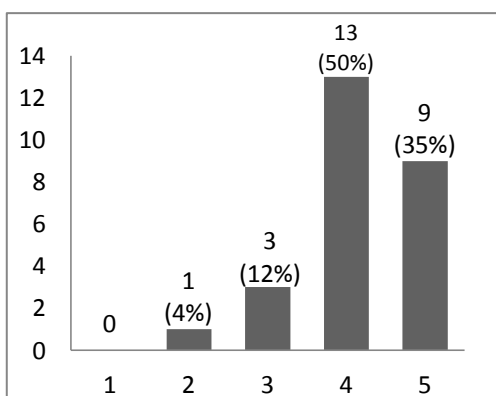


Figura 16: Questão 2.6.2. Autorizar a transferência de bens de inventário entre serviços?

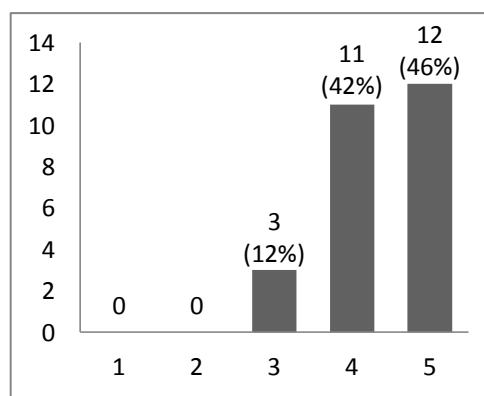


Figura 17: Questão 2.6.3. Autorizar abates de inventário totalmente amortizados?

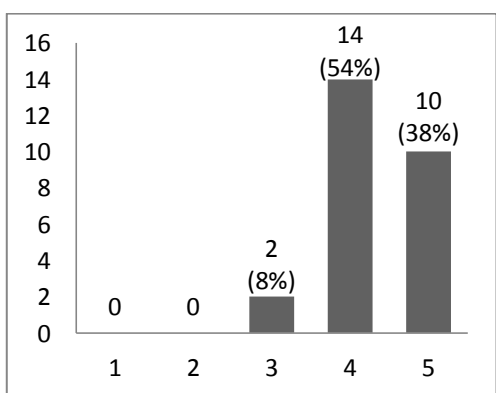


Figura 18: Questão 2.6.4. Adjudicar os concursos ou consultas para aquisição de bens de consumo e prestação de serviços?

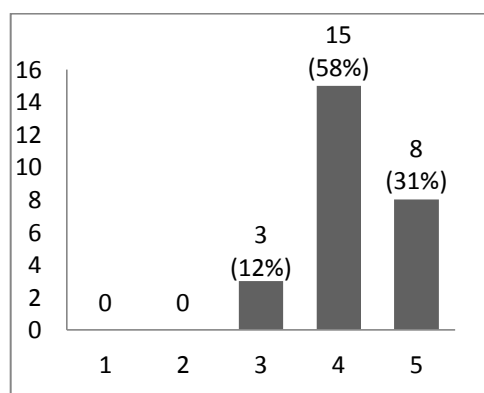


Figura 19: Questão 2.6.5. Autorizar despesas com aquisição de bens ou prestação de serviços?

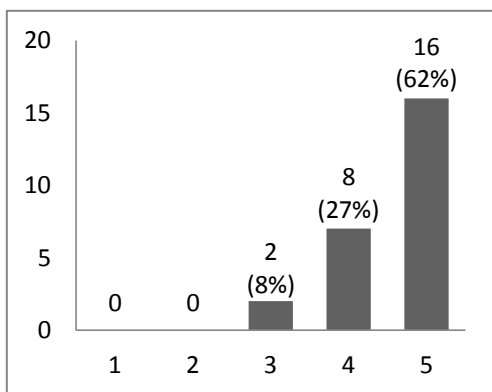


Figura 20: Questão 2.7. O Adjunto/Subdiretor para Administração deve ter formação académica em Administração Hospitalar?

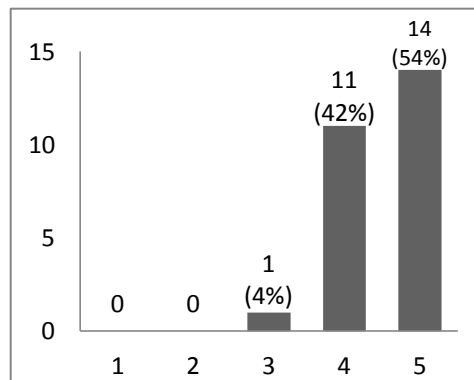


Figura 21: Questão 2.8. Deve ter um conhecimento profundo das diversas categorias profissionais que interagem com o serviço hospitalar?

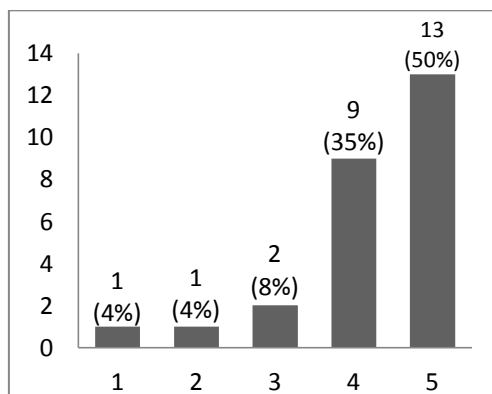


Figura 22: Questão 2.9. Poderá ser uma mais-valia para os Hospitais Militares a aplicação de um Administrador Hospitalar do tipo SNS?

#### 4.3.1. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO INQUÉRITO

Dos 26 inquiridos que responderam ao inquérito, 62% eram do sexo masculino e 38% do sexo femininos (Figura 1). Relativamente à situação em que se encontram a prestar serviço, 64% dos inquiridos pertence ao QP e 36% pertence ao QPCE (Figura 2), quanto ao hospital em que prestam serviço, 54% pertence ao HMP e 46% ao HMR n.º 1 (Figura 3), sendo que 61% dos inquiridos desempenha funções nessas unidades à mais de quatro anos, 31% entre dois e quatro anos e apenas 8% de um a dois anos (Figura 5), do total dos elementos 77% desempenha funções na área clínica e 23% área administrativa (Figura4).

Na questão 1.6., 68% responderam que não prestam serviço noutra hospital e 32% responderam que sim (Figura 6), dos quais 50% presta serviço nesse hospital há mais de quatro anos, 40% há menos de um ano e apenas 10% entre um ano e dois anos (Figura 8),

90% desempenham funções na área clínica e 10% na área administrativa (Figura 7). Quanto ao modelo de gestão do hospital onde prestam serviço, 45% prestam serviço em hospitais privados, 22% em hospitais EPE, 22% em hospitais PPP e apenas 11% em hospitais do SPA (Figura 9).

Relativamente às questões, analisamos os resultados com base em medidas de posição, média e moda e em medidas de dispersão, através do desvio padrão, como mostra a tabela n.º 3.

**Tabela 3- Análise de dados**

Questões (Q)	N.º Resp.	Média	Moda	Desvio Padrão	Min.	Máx.
Q2.1.	26	4,31	4	0,68	2	5
Q2.2.	26	4,31	4	0,62	3	5
Q2.3.	26	4,46	4	0,51	4	5
Q2.4.	26	4,54	5	0,58	3	5
Q2.5.	26	4,19	4	0,63	3	5
Q2.6.1.	26	4,19	4	0,85	2	5
Q2.6.2.	26	4,15	4	0,78	2	5
Q2.6.3.	26	4,35	5	0,69	3	5
Q2.6.4.	26	4,31	4	0,62	3	5
Q2.6.5.	26	4,19	4	0,63	3	5
Q2.7.	26	4,38	5	0,64	3	5
Q2.8.	26	4,50	5	0,58	3	5
Q2.9.	26	4,23	5	1,03	1	5

No que diz respeito à questão 2.1. (Q2.1.), **“Considera que na atual conjuntura económica, uma dispersão da competência financeira pode por em causa a eficiência do consumo de recursos?”**, como podemos verificar na figura 10, 15 (58%) inquiridos escolheram a quarta opção (concordo), que consequentemente é a moda desta questão, puxando também a média para os 4,31. No entanto 10 (38%) inquiridos escolheram a opção 5 (concordo totalmente) e apenas 1 (4%) escolheu a segunda opção, sendo o desvio padrão de 0,68 (Tabela 3). Os inquiridos são consensuais nas respostas, consideram que a dispersão financeira pode por em causa a eficiência do consumo de recursos.

Quanto à questão 2.2. (Q2.2.), **“O Adjunto/Subdiretor para Administração deve ter competência subdelegada para autorizar despesa?”**, 14 (54%) dos inquiridos escolheu a quarta opção (concordo), 10 (38%) escolheram a quinta opção (concordo totalmente), tendo apenas 2 (8%) inquiridos escolhido a terceira opção (nem concordo nem discordo) como podemos verificar na figura 11. A moda é 4 e a média é 4,31, situando-se o desvio padrão em 0,62 (Tabela 3). Como podemos verificar os inquiridos são unânimes na resposta a esta questão, concordando que o Adjunto/Subdiretor para Administração deve ter competência subdelegada para autorizar despesa, indo ao encontro das respostas dadas à questão 3 da entrevista, embora 96% considere que a dispersão pode pôr em causa a eficiência (Figura 10).

Relativamente à questão 2.3. (Q2.3.), **“É uma mais-valia para a administração hospitalar ter competência para autorizar despesa?”**, as respostas dos inquiridos dividem-se pela quarta e quinta opção, tendo 14 (54%) dos inquiridos escolhido a quarta opção e 12 (46%) a quinta (Figura 12). Consequente a moda é 4 e a média 4,46, o desvio padrão é 0,51 visto que varia entre a quarta e quinta opção (Tabela 3). Conclui-se que todos concordam que é uma mais-valia para a administração hospitalar ter competência para autorizar despesa, indo assim de encontro com as respostas à questão anterior.

Na questão 2.4. (Q2.4.), **“O Adjunto/Subdiretor para Administração tendo competência para autorizar despesa pode tomar decisões mais rápidas e oportunas?”**, as respostas são muito consensuais, tendo 15 (58%) inquiridos escolhido a quinta opção e 10 (38%) escolhido a quarta opção (Figura 13). A moda é 5 e a média 4,54, situando-se o desvio padrão em 0,58 (Tabela 3), confirmando a unanimidade dos inquiridos.

Na questão 2.5. (Q2.5.), **“Considera que esta competência poderá afetar a salvaguarda de ativos e aumentar o controlo de gestão de custos?”**, 15 (58%) inquiridos escolheram a quarta opção, 8 (31%) escolheram a quinta e apenas 3 (12%) escolheram a terceira opção (Figura 14). A moda situa-se em 4, a média em 4,19 e o desvio padrão em 0,63 (Tabela 3). Podemos considerar que os inquiridos concordam com a questão, visto que apenas 3 dos inquiridos nem concordam nem discordam.

No que toca ao conjunto de perguntas 2.6., pretende-se verificar qual é o tipo de despesas que o Adjunto/Subdiretor para Administração deve ter competência para autorizar, visto que quando analisamos a questão 2.3. (Q2.4.), 100% dos inquiridos (Figura 12), concordam ser uma mais-valia Administração Hospitalar ter competência financeira. O mesmo acontece na questão 2.2., onde 92% dos inquiridos consideram que o

Adjunto/Subdiretor para Administração deve ter competência subdelegada para autorizar despesa.

Neste sentido, na questão 2.6.1. (Q2.6.1.), “**Autorizar despesas de simples conservação, reparação e beneficiação das instalações e equipamentos?**”, a maioria dos inquiridos escolheu a opção quatro e cinco, nomeadamente, 13 (50%) inquiridos escolheram a opção quatro (concordo) e 10 (38%) escolheram a opção cinco (concordo totalmente), no entanto 1 (4%) dos inquiridos nem concorda nem discorda e 2 (8%) não concordam (Figura 15). Nesta questão a moda situa-se no 4, a média nos 4,19, e o desvio padrão é 0,85 (Tabela 3), este devido as respostas variarem entre a segunda opção e a quinta. No entanto a percentagem de respostas na opção quatro e cinco são conclusivas quanto ao grau de concordância dos inquiridos.

No que respeita à questão 2.6.2. (Q2.6.2.) “**Autorizar a transferência de bens de inventário entre serviços?**”, 13 (50%) inquiridos escolheram a opção cinco (concordo totalmente), 9 (35%) escolheram a opção quatro, 3 (12%) escolheram a opção três (nem concordo nem discordo) e apenas 1 (4%) dos inquiridos escolheu a opção dois (discordo) (Figura 16). A moda localiza-se em 4, a média em 4,15 e o desvio padrão em 0,78 (Tabela 3), visto que como na questão anterior as respostas variam entre a opção dois e cinco. Podemos concluir que os inquiridos concordam com esta questão, visto que as respostas obtidas na opção quatro e cinco representam 85% do volume de respostas.

Em relação à questão 2.6.3. (Q2.6.3.), “**Autorizar abates de bens de inventário totalmente amortizados?**”, as respostas dos inquiridos variaram entre as três últimas opções, onde 12 (46%) inquiridos concordam totalmente, 11 (42%) concordam e 3 (12%) nem concordam nem discordam (Figura 17). Nesta questão a moda é 5, a média é 4,35 e o desvio padrão 0,69 (Tabela 3). Concluímos que a maioria dos inquiridos concorda com esta questão e que no geral existe consenso.

Na questão 2.6.4. (Q2.6.4.), “**Adjudicar os concursos ou consultas para aquisição de bens de consumo e prestação de serviços?**”, 14 (54%) inquiridos escolheram a opção quatro, 10 (38%) escolhera a quinta opção e apenas 2 (8%) escolhera a terceira opção (Figura 18). A média é 4,31, a moda é 4 e o desvio padrão é 0,62 (Tabela 3). As respostas são unânimes, podemos considerar que os inquiridos concordam com a questão.

No que respeita à questão 2.6.5. (Q2.6.5.), “**Autorizar despesas com aquisição de bens ou prestação de serviço?**”, 15 (58%) inquiridos escolheu a opção quatro (concordo), 8 (31%) escolheram a opção cinco (concordo totalmente) e apenas 3 (12%) dos inquiridos

escolheram a opção três (nem concordo nem discordo) (Figura 19). Quanto às medidas de posição, a moda é 4 e a média 4,19, a medida de dispersão utilizada, o desvio padrão, é 0,63 (Tabela 3). Como podemos constatar pelos dados apresentados, as respostas dos inquiridos são consensuais, pelo que podemos concluir que concordam com a questão.

As respostas ao conjunto de perguntas 2.6. vêm confirmar a resposta à questão 2.2. e 2.3., pois a maioria dos inquiridos concorda que o Adjunto/Subdiretor para Administração deve autorizar vários tipos de despesas, nomeadamente, despesas de simples conservação, reparação e beneficiação das instalações e equipamentos, transferência de bens de inventário entre serviços, abates de bens de inventário totalmente amortizados, adjudicar concurso ou consultas para aquisição de bens de consumo e prestação de serviços e despesas com aquisição de bens ou prestação de serviços.

Na questão 2.7. (Q2.7.), **“O Adjunto/Subdiretor para Administração deve ter formação académica em Administração Hospitalar?”**, 16 (62%) inquiridos escolheram a quinta opção (concordo totalmente), 8 (31%) escolheram a opção quatro (concordo), e apenas 2 (7%) escolheram a opção três (Figura 20), que nos vai dar uma média de 4,38 e a moda 5, visto que a maioria dos inquiridos escolheu a quarta e quinta opção, quanto ao desvio padrão este é de 0,64, pelo facto de 2 inquiridos escolherem a opção três, logo a dispersão é maior (Tabela 3). Para concluir, podemos constatar que os inquiridos concordam que o Adjunto/Subdiretor para Administração deve ter formação académica em administração hospitalar.

Quanto à questão 2.8 (Q2.8), **“O Adjunto para Administração deve ter um conhecimento profundo das diversas categorias profissionais que interagem com o serviço hospitalar?”**, os resultados obtidos são muito parecidos com os da questão anterior, 14 (54%) inquiridos escolheram quinta opção (concordo totalmente), 11 (42%) escolheram a quarta opção (concordo) e apenas 1 (4%) dos inquiridos escolheu a opção três (nem concordo nem discordo) (Figura 21). Nesta questão a moda é de 5, a média 4,5, e o desvio padrão de 0,58 (Tabela 3). Podemos verificar que a maioria dos inquiridos concorda com a questão, pelo facto de apenas 1 dos inquiridos escolher a terceira opção, tendo os restantes escolhido a quarta e a quinta. A opinião manifestada vai ao encontro da resposta do entrevistado 3 à questão 5 da entrevista, quando refere que se “...deve ter um conhecimento profundo das diversas categorias profissionais que interagem com o serviço hospitalar.”

Por último temos a questão 2.9. (Q2.9.), **“Poderá ser uma mais-valia para os Hospitais Militares a aplicação de um Administrador Hospitalar do tipo SNS?”**, em

que 13 (50%) inquiridos escolheram a opção cinco (concordo totalmente), 9 (35%) escolheram a quarta opção (concordo), 1 (4%) escolheu a terceira (nem concordo nem discordo) e 1 (4%) escolheu a primeira opção (discordo totalmente) (Figura 22). Quanto às medidas de posição, a moda é 5 e a média é 4,23, a medida de dispersão usada foi o desvio padrão, que é 1,03 (Tabela 3). Podemos concluir que a maioria dos inquiridos concorda (85%) com a questão, no entanto as respostas estão dispersas por toda a escala, como podemos verificar através da figura 22 e pelo desvio padrão. A posição manifestada vai de encontro à respostas da maioria dos entrevistados à questão 4 da entrevista.

## CAPÍTULO 5

### CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

#### 5.1. INTRODUÇÃO

Neste capítulo, procede-se à verificação das hipóteses, verifica-se se os objetivos propostos estão alcançados, dá-se resposta às perguntas derivadas e à pergunta de partida enunciadas na introdução deste trabalho. Por fim, iremos tecer as reflexões finais, limitações da investigação e recomendações para investigações futuras.

#### 5.2. VERIFICAÇÃO DAS HIPÓTESES

Depois de concluídas as etapas teóricas e práticas, é fundamental que se verifiquem a fundamentação e validação das hipóteses, de forma a cumprir os objetivos específicos, e responder às perguntas derivadas. Foram definidas duas hipóteses de resposta para cada uma das perguntas derivadas, que estão interligadas, sendo esta validação realizada duas a duas.

No que concerne às duas hipóteses iniciais, a primeira Hipótese, **“Para desempenhar as funções de Adjunto/Subdiretor para Administração é necessário ter formação na área de Administração hospitalar”**, foi totalmente confirmada pelas respostas dadas à questão n.º 5 das entrevistas, bem como pelas respostas à questão n.º 2.7. do inquérito. Na questão n.º 5 da entrevista, a maioria dos entrevistados (67%) enuncia o segmento 5.1, onde refere que deve ter formação de base em administração hospitalar. Este aspeto é também reforçado na questão 2.7 do inquérito, em que 16 (62%) dos inquiridos escolheu a quinta opção (Concordo totalmente) e 8 (31%) escolheram a quarta opção (Concordo). Desta forma, uma vez que esta hipótese é confirmada, isto significa que a segunda hipótese, **“Com o curso em Administração Militar, adquirem-se todas as competências para desempenhar as funções de Adjunto/Subdiretor para Administração”**, não é confirmada.

Relativamente à terceira hipótese, **“Atualmente o Adjunto/Subdiretor para Administração tem competência financeira”**, através da revisão da literatura, analisamos a legislação que define as competências do Adjunto/Subdiretor para Administração,

verificamos que no que toca a competências para autorizar despesa, ele apenas tem essa competência quando esta lhe é subdelegada. Na questão n.º 1 da entrevista, todos os entrevistados enunciam o segmento 1.2, onde refere que as competências do Adjunto/Subdiretor para Administração não estão adequadas. Ainda na entrevista, na questão n.º 2, a maioria dos entrevistados (67%) escolheu o segmento 2.5., que refere que o Adjunto/Subdiretor para Administração não tem competência financeira subdelegada, pelo que esta hipótese não é confirmada.

Quanto à quarta hipótese, **“O Adjunto/Subdiretor para Administração deve ter competência financeira”**, esta é confirmada pela questão n.º 2 da entrevista, em que 67% dos entrevistados menciona o segmento 2.1., o Adjunto/Subdiretor para Administração deve ter competência financeira, pela questão n.º 2.2. do inquérito, onde 14 (54%) inquiridos escolheram a quarta opção e 10 (38%) escolheram a quinta opção e ainda pela questão n.º 2.3. do inquérito, em que 14 (54%) inquiridos escolheram a opção quatro e 12 (46%) escolheram a opção cinco.

Relativamente à quinta hipótese, **“O Adjunto/Subdiretor para Administração deve ter competência para autorizar todo o tipo de despesas de acordo com o que lhe estiver subdelegado”**, foi confirmada pelas questões 2.6.1., 2.6.2., 2.6.3., 2.6.4. e 2.6.5. do inquérito, em que mais de 50% dos inquiridos a estas questões escolheram a opção quatro (Concordo) ou cinco (Concordo Totalmente).

Quanto à sexta hipótese, **“Com competência financeira o Adjunto para Administração pode tomar decisões mais rápidas e oportunas”**, esta foi confirmada pela questão 2.4. do inquérito, em que 15 (58%) inquiridos escolheram a opção cinco (Concordo totalmente) e 10 (38%) escolheram a opção quatro (concordo).

### 5.3. CUMPRIMENTO DOS OBJETIVOS

Com a validação e resposta às hipóteses de investigação, considera-se que os objetivos formulados inicialmente, foram todos cumpridos com sucesso. O cumprimento dos objetivos foi alcançado segundo um encadeamento lógico e extensivo a todo o trabalho.

#### 5.4. RESPOSTA ÀS PERGUNTAS DERIVADAS

Depois dos objetivos específicos cumpridos, é evidente que é possível dar uma resposta a cada uma das perguntas derivadas. Este desígnio é da maior importância, pois possibilita atingir o objetivo geral, bem como dar resposta à pergunta de partida.

No que respeita à primeira pergunta derivada, **“Qual a formação que o Adjunto/Subdiretor para Administração deve ter para desempenhar a função?”**, atualmente no HMP e no HMR n.º 1 a função de Adjunto/Subdiretor para Administração é exercida por um Oficial Superior (Tenente-Coronel) de Administração Militar, tendo como formação inerente ao seu posto, o Curso na Academia Militar em Administração Militar, o Curso de Promoção a Capitão e o Curso de Promoção a Oficial Superior.

Através da validação da primeira hipótese, podemos concluir que o Adjunto/Subdiretor para Administração deve ter formação na área de Administração hospitalar, pelo facto de o Curso de Administração Militar não contemplar formação nesta área.

Relativamente à segunda pergunta derivada, **“As competências do Adjunto/Subdiretor para Administração no âmbito da gestão financeira estão adequadas às necessidades dos Hospitais Militares?”**, atualmente o Adjunto/Subdiretor para Administração não tem competência financeira, como é verificado através da não validação da terceira hipótese. Através da validação da quarta hipótese, **“O Adjunto/Subdiretor para Administração deve ter competência financeira”**, podemos concluir que as competências do Adjunto/Subdiretor para Administração não estão adequadas.

No que toca à terceira pergunta derivada, **“O Adjunto/Subdiretor para Administração com competência financeira poderá melhorar a gestão nos Hospitais Militares?”**, concluímos que pode melhorar, através da validação da sexta hipótese, **“Com competência financeira o Adjunto para Administração pode tomar decisões mais rápidas e oportunas”**, pelo facto de conseguir tomar decisões mais rápidas e em tempo oportuno.

## 5.5. RESPOSTA À PERGUNTA DE PARTIDA

Depois de validar as hipóteses que nos serviram de base para responder às perguntas derivadas, está-se agora em condições de responder à pergunta de partida, **“Poderá a adoção de um Administrador Hospitalar, de acordo com o modelo do SNS, contribuir para a otimização da gestão dos Hospitais Militares?”**. Como podemos verificar na revisão da literatura o Administrador Hospitalar no SNS tem obrigatoriamente que possuir o Curso em Administração Hospitalar, através da Escola Nacional de Saúde Pública, acresce referir que os normativos que regulam a carreira contemplam a competência financeira.

Com as respostas às perguntas derivadas, podemos verificar que o Adjunto/Subdiretor para Administração deveria ter formação na área de Administração Hospitalar e competência financeira subdelegada.

Deste modo, podemos concluir que a adoção de um Administrador Hospitalar, de acordo com o modelo do SNS, pode contribuir para a otimização da gestão dos Hospitais Militares.

## 5.6. LIMITAÇÕES DA INVESTIGAÇÃO

No decorrer deste estudo, surgiram algumas dificuldades que condicionaram a investigação, nomeadamente o limite de páginas, o tempo para a sua realização e a existência de pouca bibliografia.

O limite de páginas considerou-se insuficiente, visto não ser possível aprofundar o tema como desejado. No que toca a apêndices e anexos, o número de páginas dedicadas a estes, não possibilitou integrar alguma informação que iria enriquecer o estudo.

O tempo disponibilizado exclusivamente para o trabalho, tornou-se escasso para fazer as entrevistas, em Lisboa e no Porto, assim como, para recolher os resultados do inquérito, uma vez que o endereço eletrónico dos chefes de serviço disponibilizado foi o institucional, que, não sendo gerido pelos mesmos, dificultou a tarefa em questão.

No que diz respeito à bibliografia, verificamos que existe pouca bibliografia acerca da função de Administrador Hospitalar.

## **5.7. RECOMENDAÇÕES PARA INVESTIGAÇÕES FUTURAS**

Numa investigação futura seria interessante efetuar um estudo, sobre quais as áreas que o Adjunto/Subdiretor para Administração deveria contemplar, se apenas a área logística, ou outras áreas, como a área de pessoal, justiça entre outras.

Outro estudo que seria interessante, era verificar se o Diretor dos Hospitais Militares deveria ser médico, ou alguém da área da gestão.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- Alfarroba, E. (2008). *A Reforma em Curso do Serviço Nacional de Saúde e as Suas Repercussões no Sistema de Saúde Militar*, Curso de Promoção a Oficial General. Lisboa: IESM.
- Assembleia da República. (1990). Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 195, 3452-3459.
- Assembleia da República. (2002). Lei n.º 27/2002 de 08 de Novembro. *Diário da República*, 1.ª Série A, n.º 258, 7150-7154.
- Atlas do Plano Nacional de Saúde (1.ª ed.) (2010). Lisboa: *Alto Comissariado da Saúde*. Recuperado em 20 de Janeiro, 2012. <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2010/3/atlas+pn s.htm>.
- Barañano, A. (2004). *Métodos e Técnicas de Investigação em Gestão*. (1.ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Barros, P., & Gomes, J. (2002). *Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português*. GANEC – Gabinete de Análise Económica, Faculdade de Economia Universidade Nova de Lisboa. Recuperado em 02 de Fevereiro, 2012. [http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel\\_auditoria/2003/rel047-2003-estudo\\_externo-final.pdf](http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2003/rel047-2003-estudo_externo-final.pdf).
- Bilhim, J. (2006). *Gestão Estratégica de Recursos Humanos*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Branco, J. (2010). *Hospital das Forças Armadas - Articulação com o Serviço Nacional de Saúde e Consequências para a Marinha*, Curso de Promoção a Oficial General. Lisboa: IESM.
- Carvalho, M. (2008). *Gestão e Liderança na Saúde*. Porto: Grupo Editorial Vida Económica.
- Carvalho, M. (2009). *Nova Gestão Pública e Reformas da Saúde – O Profissionalismo numa Encruzilhada*. (1.ª ed.) Lisboa: Edições Sílabo.
- Chiavenato, I. (2000). *Administração – Teoria, Processo e Prática*. (3ªed.). São Paulo: Makron Books.

- Cordeiro, J. (2010). *Hospital das Forças Armadas - Contributos para o Modelo*, Curso de Promoção e Oficial General. Pedrouços: IESM.
- Despacho n.º 182/MDN/94, de 29 de Dezembro. *Ministério da Defesa Nacional*. Lisboa.
- Despacho n.º 188/MDN/95, de 31 de Julho. *Ministério da Defesa Nacional*. Lisboa.
- Despacho n.º 278 /CEME/95, de 01 de Setembro. *Estado-Maior do Exército*.
- Despacho n.º11/QMG/97, de 17 de Abril de 1997. *Comando da Logística*.
- Direção de Ensino (2011). *NEP 520/DE*, Lisboa, Academia Militar.
- Ferreira, M. (2005). *Empenhamento organizacional de Profissionais de Saúde em Hospitais com Diferentes Modelos de Gestão*, Tese de doutoramento em Ciências Empresariais. Braga: Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho.
- Fortin, M. & Filion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fortin, M. (1996). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.
- Fraga, J. (1997). *Guia Prático para Elaboração e Apresentação de Trabalhos Científicos*. (7.ª ed.). Lisboa: Edições Cosmos.
- Franca, L., & Monte, A. (2010). *Comparação entre Sistemas de Gestão Hospitalar: SPA, SA e EPE, na Perspetiva do Planeamento e Controlo Orçamental: Um estudo de caso*. Escola Superior de Tecnologia e de Gestão – Instituto Politécnico de Bragança. Recuperado em 03 de Janeiro, 2012. <http://hdl.handle.net/10198/2541>.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (2001). *O Inquérito: Teoria e Prática* (4.ª ed.). Oeiras: Celta Editora.
- Gonçalves, L. (2005). *Análise da Eficiência dos hospitais SA e SPA Segundo uma Abordagem de Fronteira de Eficiência*, Tese de doutoramento em Gestão. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Harfouche, A. (2008). *Hospitais Transformados em Empresas – Análise do Impacto na Eficiência: Estudo Comparativo*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- História do Curso. Recuperado em 12 de Março de 2012. [http://www.ensp.unl.pt/ensino/especializacoes/administracao-hospitalar/2007-2009/historia-do-curso/historia\\_curso\\_html](http://www.ensp.unl.pt/ensino/especializacoes/administracao-hospitalar/2007-2009/historia-do-curso/historia_curso_html).
- Indexmundi. Recuperado em 27 de Abril de 2012. <http://www.indexmundi.com/map/?v=2225&l=pt>.

- Marconi M. & Lakatos E. (2003): *Fundamentos de Metodologia Científica*. (5.<sup>a</sup> ed.). São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Marques, J. (2006). *Organização dos Serviços de Saúde Militares: uma visão actual*. Revista Militar. 58 : 8/9, p. 857-878.
- Ministério da Saúde e Assistência. (1971). Decreto-Lei n.º 413/71 de 27 de Setembro. *Diário da República*, 1.<sup>a</sup> Série, n.º 228, 1406-1434.
- Ministério da Saúde. (1988). Decreto-Lei n.º 19/88 21 de Janeiro. *Diário da República*, 1.<sup>a</sup> Série, 3º Suplemento, n.º 17, 20-23.
- Ministério da Saúde. (2003). Decreto-Lei n.º 188/2003 de 20 de Agosto. *Diário da República*, 1.<sup>a</sup> Série A, n.º 191, 5219-5231.
- Ministério da Saúde. (2005). Decreto-Lei n.º 93/2005 de 07 de Junho. *Diário da República*, 1.<sup>a</sup> Série A, n.º 109, 3636-3637.
- Ministério da Saúde. (2005). Decreto-Lei n.º 93/2005 de 07 de Junho. *Diário da República*, 1.<sup>a</sup> Série A, n.º 109, 3636-3637.
- Ministério da Saúde. (2007). Decreto-Lei n.º 188/2003 de 20 de Agosto. *Diário da República*, 1.<sup>a</sup> Série A, n.º 191, 5219 – 5230.
- Ministério da Saúde. (2007). Decreto-Lei n.º 50-A/2007 de 28 de Fevereiro. *Diário da República*, 1.<sup>a</sup> Série, n.º 42, 1414 - (26) – 1414 - (29).
- Ministério das Finanças. (2003). Decreto-Lei n.º 86/2003 de 26 de Abril. *Diário da República*, 1.<sup>a</sup> Série A, n.º 97, 2682 – 2686.
- Ministério dos Assuntos Sociais – Gabinete do Ministro. (1977). Decreto Regulamentar n.º 3077 de 20 de Maio. *Diário da República*, 1.<sup>a</sup> Série, n.º 177, 1153-1160.
- Ministério dos Assuntos Sociais. (1977). Decreto-Lei n.º 129/77 de 02 de Abril. *Diário da República*, 1.<sup>a</sup> Série, n.º 78, 683-686.
- Ministério dos Assuntos Sociais. (1979). Lei n.º 56/79 de 15 de Setembro. *Diário da República*, 1.<sup>a</sup> Série, n.º 214, 2357-2363.
- Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Defesa Nacional. (2006). Despacho Conjunto n.º 393/2006, de 2 de Maio. *Diário da República*, 2.<sup>a</sup> Série, n.º 93, 6969-6970.
- Mintzberg, H. (1995). *Estrutura e dinâmica das organizações*. (3.<sup>a</sup> ed). Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Moreira, S. (2008): *Análise da Eficiência dos Hospitais Empresa: Uma Aplicação da Data Envelopment Analysis*. Artigos, Primavera. Recuperado em 07 de Maio de 2012.

- Neves, A. (2002). *Gestão na Administração Pública*. (1.<sup>a</sup> ed.) Cascais: Editora Pergaminho, Lda.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, (5.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Gradiva.
- Reis, C. (2004): *História da Medicina Militar Portuguesa*, Vol. I e II. Estado-Maior do Exército. Lisboa: Centro de Audiovisuais de Exército.
- Reis, F. (2010): *Como Elaborar uma Dissertação de Mestrado Segundo Bolonha*. (2.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Pactor – Edições de Ciências Sociais e Política Contemporânea.
- Reis, V. (2007): *Gestão em Saúde: um espaço de diferença*. (1.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Companhia de Ideias
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 39/2008, de 28 de Fevereiro de 2008. *Diário da República*, 1.<sup>a</sup> Série, n.º 42,1328-1332.
- Santos, L. (2003). *A Idade Imperial*. Lisboa: Europa-América.
- Sarmento, M. (2008). *Guia Prático Sobre a Metodologia Científica para a Elaboração, Escrita e Apresentação de teses de Doutoramento, Dissertações de Mestrado e Trabalhos de Investigação Aplicada* (2.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Universidade Lusíada Editora.
- Silva, N. (2010). *Gestão Estratégica do Crescimento Económico em Portugal*. Porto: Vida Económica – Editorial, SA.
- Simões, J. (2004). *As parcerias público-privadas no sector da saúde em Portugal*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Volume Temático 4, 79-90.
- Teixeira, S. (2005). *Gestão das Organizações*. Madrid: McGraw-Hill.

**APÊNDICE A**  
**GUIÃO DE ENTREVISTA**



**ACADEMIA MILITAR**

**A Função do Administrador Hospitalar na Gestão  
Financeira das Unidades de Saúde do Exército**

**ENTREVISTA**

**Autor: Aspirante ADMIL Rui Alexandre Cerqueira Carneiro**

**Orientador: Tenente ADMIL (Mestre) André Miguel Maroco Carvalho**

**Relatório Científico Final do Trabalho de Investigação Aplicada  
Lisboa, Abril 2012.**

## GUIÃO DE ENTREVISTA AOS ADJUNTOS/SUBDIRETORES PARA ADMINISTRAÇÃO

Interlocutor:

Entrevistador

Cargo:

Data:

Hora:

Local:

Suporte:

Nº de Entrevista:

### Preâmbulo de orientação

A realização desta entrevista insere-se no âmbito do Trabalho de Investigação Aplicada, subordinado ao tema “*A Função do Administrador Hospitalar na Gestão Financeira das Unidades de Saúde do Exército*”:

Tendo em conta a importância que os gestores representam numa organização, torna-se pertinente verificar se as suas competências estão ajustadas ao desenvolvimento da sua função na organização.

Nos Hospitais Militares existia a função de Administrador Hospitalar, função que detinha competências, de âmbito logístico, financeiro e de gestão de recursos humanos. Com alterações legais produzidas através do Despacho n.º11/QMG/97, esta função sofreu algumas alterações que culminaram com a extinção da figura de administrador e a sua substituição por uma nova figura, a qual se atribuí o nome de Adjunto para a Administração, como consequência esta alteração provocou uma mudança nas suas competências.

Nos HEPE, a gestão é do tipo empresarial, sendo as suas características previstas no Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de Junho, nesse sentido, vamos verificar se algumas das competências detidas pelo Administrador Hospitalar nos HEPE, poderiam ser aplicadas ao Adjunto para a Administração nos Hospitais Militares.

**Questões:**

- 1. No seu entender, estas competências estão adequadas à realidade atual?**
  
- 2. Considera necessário o Subdiretor para a Administração ter competência financeira?**
  
- 3. Considera que a competência financeira devia ser centralizada no Subdiretor para a Administração, em virtude dos seus conhecimentos em matéria de gestão de recursos, ou devia ser descentralizada?**
  
- 4. Poderá ser uma mais-valia para os Hospitais Militares a aplicação de um Administrador Hospitalar do tipo SNS?**
  
- 5. Que outras competências considera como indispensáveis ao sucesso do Subdiretor para a Administração?**

## APÊNDICE B

### SINOPSES DAS ENTREVISTAS

#### B.1. ANÁLISE DE RESULTADOS DA QUESTÃO 1

O Quadro B.1. apresenta a síntese de conteúdo das respostas à questão n.º1.

**Questão 1:** No seu entender, as competências no âmbito da gestão financeira do Adjunto para a Administração, estão adequadas à realidade atual?

**Quadro B. 1: Análise de resultados da questão 1.**

Respostas	Argumentação
Entrevistado 1	- “ Se estivermos a ver só em termos orgânicos, sim, porque ele apenas se limita a fazer o interface entre a logística e a direção.” - “Mas isto não é o que acontece na realidade, aquilo que está vertido na parte orgânica não corresponde de todo aquilo que é a realidade funcional desta casa.”
Entrevistado 2	- “Na área financeira se houvesse a delegação de competências que permitisse a autorização para realizar despesa e arrecadar receita, que abrange-se portanto, toda a panóplia de necessidades na área financeira.”
Entrevistado 3	- “Não estão, deveriam constar na regulamentação específica das unidades e não estão.”

#### B.2 ANÁLISE DE RESULTADOS DA QUESTÃO 2

O Quadro B.2 apresenta a síntese de conteúdo das respostas à questão n.º2.

**Questão 2:** Considera necessário o Adjunto/Subdiretor para a Administração ter competência financeira?

**Quadro B. 2: Análise de resultados da questão 2.**

Respostas	Argumentação
Entrevistado 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Não necessariamente, não tem que ter essa competência para autorizar despesa...”</li> <li>- “...atualmente de acordo com aquilo que está previsto em termos de contabilidade pública e organização de serviços públicos, é o Exército/CEME, que tem a grande responsabilidade perante o tribunal de contas e outros órgãos que nos fiscalizam e que nos controlam.”</li> </ul>
Entrevistado 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Eu acho que isso é uma peça fundamental e essencial...”</li> <li>- “...sendo nós o principal interlocutor do diretor para a área financeira e depois não ter a competência delegada...”</li> <li>- “Eu acho que sem essa delegação de competências a função do Subdiretor para a administração perde um bocado de força.”</li> </ul>
Entrevistado 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Considero. A administração financeira de um hospital é complexa, envolve diversas áreas e diversos níveis de responsabilidade.”</li> <li>- “Administrar é gerir recursos escassos, e para se ter as decisões oportunas e adequadas aos objetivos pretendidos, seria conveniente que o Administrador Hospitalar tivesse competência subdelegada para afetar os recursos disponíveis às necessidades concretas da função hospitalar e dos serviços em geral.”</li> <li>- “Neste momento encontra-se a competência financeira delegada no diretor do hospital, não tendo esta formação académica e conhecimentos técnicos da área financeira que lhe permita ter a melhor decisão em cada fase do processo de despesa.”</li> </ul>

### B.3. ANÁLISE DE RESULTADOS DA QUESTÃO 3

O Quadro B.3 apresenta a síntese de conteúdo das respostas à questão n.º3.

**Questão 3:** Considera que a competência financeira devia ser centralizada no Adjunto/Subdiretor para a Administração, em virtude dos seus conhecimentos em matéria de gestão de recursos, ou devia ser descentralizada?

**Quadro B. 3: Análise de resultados da questão 3.**

Respostas	Argumentação
Entrevistado 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Não, não vejo essa necessidade até porque como eu te comecei por te dizer, na parte funcional o adjunto para administração funciona como um assessor do diretor.”</li> </ul>

Entrevistado 2	- “Eu acho que deveria estar centralizada no subdiretor para a administração...” - “...a pessoa que está colocada neste lugar é uma pessoa da área da administração, da área financeira, portanto tem as competências necessárias e suficientes para abarcar essa competência...”
Entrevistado 3	- “Deve ser centralizada no Diretor e este por sua vez deve descentralizar (subdelegar) no Subdiretor para a administração.”

#### B.4 ANÁLISE DE RESULTADOS DA QUESTÃO 4

O Quadro B.4 apresenta a síntese de conteúdo das respostas à questão n.º4.

**Questão 4:** Poderá ser uma mais-valia para os Hospitais Militares a aplicação de um Administrador Hospitalar do tipo SNS?

**Quadro B. 4: Análise de resultados da questão 4.**

Respostas	Argumentação
Entrevistado 1	- “Isto é discutível, existe certo teor produtivo que assim fosse, na medida em que daria outra dinâmica ao funcionamento dos hospitais militares...” - “...é necessário também casar isso com a parte hierárquica e a parte militar que caracteriza a nossa organização, a nossa cultura organizacional.” - “Sinceramente acho que traria vantagens, mas seria difícil de aplicar aqui no hospital.”
Entrevistado 2	- “Acho que este lugar...tem algumas características próprias e específicas, que não é a mesma coisa que estar numa unidade à frente da parte financeira, isto aqui tem uma série de especificidades nomeadamente na área da saúde, temos que nos relacionar com a parte médica, com a parte de enfermagem e de facto são aspetos muito técnicos...” - “...acho fundamental que o administrador hospitalar tenha uma formaçãozinha na área de administração hospitalar própria para desempenhar a função, acho que é uma mais valia para a pessoa que está a desempenhar essa função.”
Entrevistado 3	- “Não reconheço mais-valias num sistema diferente do existente...”

## B.5 ANÁLISE DE RESULTADOS DA QUESTÃO 5

O Quadro B.5 apresenta a síntese de conteúdo das respostas à questão n.º5.

**Questão 5:** Que outras competências considera como indispensáveis ao sucesso do Subdiretor para a Administração?

**Quadro B. 5:** Análise de resultados da questão 5.

Respostas	Argumentação
Entrevistado 1	- “A primeira competência que eu considero é realmente a sua formação de base nesta área, a Academia Militar não nos dá essa formação - “...para trabalhar no âmbito da saúde é necessário fazer um complemento à formação e uma especialização nesta área, porque é uma área muito específica com muitas variáveis em jogo e variáveis que nós não dominamos logo à partida...”
Entrevistado 2	- “Além de ele ser responsável pela área financeira, abarcar toda a área administrativa do hospital...”
Entrevistado 3	- “Qualidades e virtudes militares, conhecimento genérico do serviço de saúde militar.” - “Deve ter um conhecimento profundo das diversas categorias profissionais que interagem com o serviço hospitalar. Deve também ter um bom relacionamento a direção e com os serviços clínicos.”

**APÊNDICE C**  
**INQUÉRITO**



**ACADEMIA MILITAR**

**A Função do Administrador Hospitalar na Gestão Financeira das Unidades de  
Saúde do Exército**

**INQUÉRITO**

**Autor: Aspirante ADMIL Rui Alexandre Cerqueira Carneiro**

**Orientador: TEN ADMIL (Mestre) André Miguel Maroco Carvalho**

**Relatório Científico Final do Trabalho de Investigação Aplicada  
Lisboa, Abril de 2012**


## PREÂMBULO DE ORIENTAÇÃO

Nos Hospitais Militares existia a função de Administrador Hospitalar, função que detinha competências, de âmbito logístico, financeiro e de gestão de recursos humanos. Esta função sofreu algumas alterações que culminaram com a extinção da figura de Administrador Hospitalar e a sua substituição por uma nova figura a qual se atribuí o nome de Adjunto para Administração no HMP e Subdiretor para Administração no HMR n.º1, como consequência esta alteração provocou uma mudança nas suas competências.

No SNS, o Administrador Hospitalar tem formação em Administração hospitalar e tem como principais competências, autorizar despesas, autorizar transferências de bens entre serviços, autorizar abates de bens de inventário e participar ativamente na gestão de recursos humanos.

O objetivo geral deste inquérito é realizar um levantamento de dados, objetivando a construção do conhecimento científico na área de Administração Hospitalar. As finalidades específicas deste instrumento de coleta, perpassam pelo conhecimento e reconhecimento acerca da opinião dos diversos chefes de serviço sobre a **função do Adjunto para a Administração/Subdiretor para a Administração nas unidades de saúde do Exército**, verificando a **adequabilidade das suas atribuições com a sua função**.

### Instruções de Preenchimento

- Para cada resposta está associada uma caixa de Texto, local onde deve selecionar a opção que pretende.
- Para exercer a sua opinião basta selecionar a caixa de texto e clicar na resposta que pretende “  ”.

## GRUPO I - IDENTIFICAÇÃO PARCIAL DO INQUIRIDO

1.1. Qual é o seu género?

- Masculino
- Feminino

1.2. Situação em que se encontra a prestar serviço?

- QP
- RV/RC
- QPCE
- Prestação de Serviços

1.3. Em que Hospital Militar do Exército presta serviço?

- Hospital Militar Principal
- Hospital Militar Regional N°1

1.4. Em que área desempenha funções?

- Área Clínica
- Área Administrativa

1.5. Selecione a opção que corresponde ao tempo que desempenha funções nas Unidades de Saúde Militar.

- Menos que 1 ano
- De 1 a 2 anos
- De 2 a 4 anos
- Mais que 4 anos

1.6. Para além do Hospital Militar, presta serviço noutra Hospital?

- Sim
- Não

1.7. Apenas deve responder neste grupo se respondeu "SIM" na questão 1.6.

1.7.1. Em que área desempenha funções nesse hospital?

- Área Clínica
- Área Administrativa

1.7.2. Há quanto tempo presta serviço nesse hospital?

- Menos de 1 ano
- De 1 ano a 2 anos
- De 2 a 4 anos
- Mais de 4 anos

1.7.3. Que modelo de gestão tem o hospital em que presta serviço?

- Hospital SPA
- Hospital EPE
- Hospital PPP
- Hospital Privado

#### GRUPO II - COMPETÊNCIAS DO ADJUNTO/SUBDIRETOR PARA ADMINISTRAÇÃO

2.1. Considera que na atual conjuntura económica, uma dispersão da competência financeira pode por em causa a eficiência do consumo de recursos?

Discordo  
totalmente

Concordo  
totalmente

2.2. O Adjunto/Subdiretor para Administração deve ter competência subdelegada para autorizar despesa?

Discordo  
totalmente

Concordo  
totalmente

2.3. É uma mais-valia para a administração hospitalar ter competência para autorizar despesa?

Discordo

Concordo

---

totalmente

totalmente

2.4. O Adjunto/Subdiretor para Administração tendo competência para autorizar despesa pode tomar decisões mais rápidas e oportunas?

Discordo

Concordo

totalmente

totalmente

2.5. Considera que esta competência poderá afetar a salvaguarda de ativos e aumentar o controlo de gestão de custos?

Discordo

Concordo

totalmente

totalmente

2.6. A competência do Adjunto/Subdiretor para Administração deve contemplar:

2.6.1. Autorizar despesas de simples conservação, reparação e beneficiação das instalações e equipamentos?

Discordo

Concordo

totalmente

totalmente

2.6.2. Autorizar a transferência de bens de inventário entre serviços?

Discordo

Concordo

totalmente

totalmente

2.6.3. Autorizar abates de bens de inventário totalmente amortizados?

Discordo

Concordo

totalmente

totalmente

2.6.4. Adjudicar os concursos ou consultas para aquisição de bens de consumo e prestação de serviços?

Discordo  
totalmente

Concordo  
totalmente

2.6.5. Autorizar despesas com aquisição de bens ou prestação de serviços?

Discordo  
totalmente

Concordo  
totalmente

2.7. O Adjunto/Subdiretor para Administração deve ter formação académica em Administração Hospitalar?

Discordo  
totalmente

Concordo  
totalmente

2.8. O Adjunto/Subdiretor para Administração deve ter um conhecimento profundo das diversas categorias profissionais que interagem com o serviço hospitalar?

Discordo  
totalmente

Concordo  
totalmente

2.9. Poderá ser uma mais-valia para os Hospitais Militares a aplicação de um Administrador Hospitalar do tipo SNS?

Discordo  
totalmente

Concordo  
totalmente



**H.2. ORGANOGrama DO HMR N.º 1**

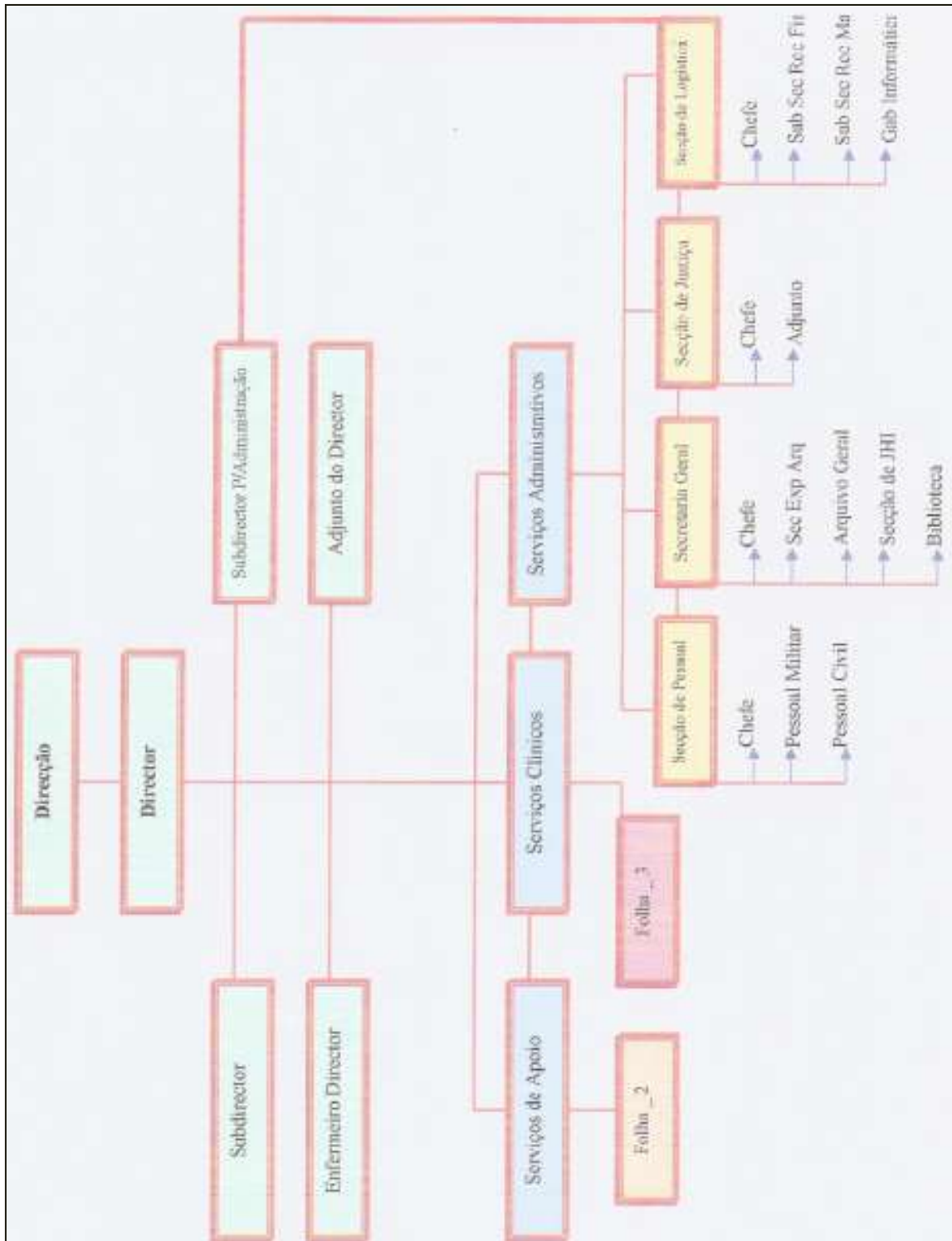


Figura 24: Organograma do HMR N.º 1



Figura 25: Organograma do HMR N.º 1 - Serviços Clínicos