INSTITUTO UNIVERSITÁRIO MILITAR

DEPARTAMENTO DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS

CURSO DE PROMOÇÃO A OFICIAL GENERAL

2022/2023

TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL

O MODELO DE GOVERNAÇÃO DO HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS NO CONTEXTO DA REFORMA DO SISTEMA DE SAÚDE MILITAR

O TEXTO CORRESPONDE A TRABALHO FEITO DURANTE A FREQUÊNCIA DO CURSO NO IUM SENDO DA RESPONSABILIDADE DO SEU AUTOR, NÃO CONSTITUINDO ASSIM DOUTRINA OFICIAL DAS FORÇAS ARMADAS PORTUGUESAS OU DA GUARDA NACIONAL REPUBLICANA.

Albino Marques Lameiras

CORONEL, ADMINISTRAÇÃO MILITAR

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO MILITAR

DEPARTAMENTO DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS

O MODELO DE GOVERNAÇÃO DO HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS NO CONTEXTO DA REFORMA DO SISTEMA DE SAÚDE MILITAR

COR ADMIL Albino Marques Lameiras

Trabalho de Investigação Individual do CPOG

Pedrouços 2023

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO MILITAR

DEPARTAMENTO DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS

O MODELO DE GOVERNAÇÃO DO HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS NO CONTEXTO DA REFORMA DO SISTEMA DE SAÚDE MILITAR

COR ADMIL Albino Marques Lameiras

Trabalho de Investigação Individual do CPOG

Orientador: BGEN MED Pedro da Costa Ferreira dos Reis

Pedrouços 2023

Declaração de compromisso Antiplágio

Eu, **Albino Marques Lameiras**, declaro por minha honra que o documento intitulado **"O modelo de governação do Hospital das Forças Armadas no contexto da reforma do Sistema de Saúde Militar"** corresponde ao resultado da investigação por mim desenvolvida, enquanto auditor do **Curso de Promoção a Oficial General 2022-2023**, no Instituto Universitário Militar, e que é um trabalho original, em que todos os contributos estão corretamente identificados em citações e nas respetivas referências bibliográficas.

Tenho consciência que a utilização de elementos alheios não identificados constitui grave falta ética, moral, legal e disciplinar.

Pedrouços, **08** de **maio** de **2023**

Assinado por: **ALBINO MARQUES LAMEIRAS**
Num. de Identificação: 07848981
Data: 2023.05.08 16:56:50+01'00'

Agradecimentos

A realização do presente trabalho de investigação não teria sido possível sem os inestimáveis contributos e o precioso apoio de diversas pessoas, a quem manifesto a minha profunda gratidão.

As primeiras palavras de reconhecimento são dirigidas ao meu orientador, Brigadeiro-general Médico Pedro da Costa Ferreira dos Reis, pela permanente disponibilidade e aconselhamento na estruturação e desenvolvimento da investigação.

Um especial agradecimento ao Coronel Tirocinado Mira Branquinho, pelo tempo e atenção que me dedicou e pelos sábios conselhos transmitidos no esclarecimento de inúmeras questões, que em muito contribuíram para facilitar o meu trabalho.

Ao Capitão-de-mar-e-guerra Calheiros Aguiar, pela camaradagem demonstrada na oportuna disponibilização de dados relevantes para o estudo, a par do pragmatismo e assertividade na discussão de diversos assuntos.

A todas as entidades entrevistadas, pela importante participação na investigação, contribuindo com o seu saber para enriquecer os resultados obtidos.

Aos camaradas auditores do Curso de Promoção a Oficial General 2022-2023, pela camaradagem, são convívio e partilha de conhecimentos e experiências pessoais.

À minha mulher, Carla, e aos meus filhos, Inês e Afonso, sempre presentes, para além da gratidão pelo incondicional apoio e constante incentivo, um sincero pedido de desculpa pelos períodos de ausência.

A todos um grande bem hajam!

Índice

1. Introdução 1
2. Enquadramento conceptual e metodológico 4
2.1 Revisão de literatura e conceitos estruturantes 4
2.2 Modelo de análise 6
2.3 Metodologia 7
2.4 Método 7
2.4.1 Participantes e procedimento 7
2.4.2 Instrumentos de recolha de dados 8
2.4.3 Técnicas de tratamento de dados 8
3. O modelo de governação do Hospital das Forças Armadas 9
3.1 Modelo organizacional 9
3.2 Sustentabilidade financeira 13
3.3 Desempenho assistencial 19
3.4 Síntese conclusiva 21
4. Modelos de governação de hospitais congéneres 24
4.1 Hospitais do Serviço Nacional de Saúde 24
4.2 Hospitais militares de países europeus 27
4.2.1 *Centraal Militair Hospitaal*, em *Utrecht* (Países Baixos) 27
4.2.2 *Hôpital d'Instruction des Armées Percy, em Paris (França)* 28
4.3 Síntese conclusiva 30
5. Linhas orientadoras para otimização do modelo de governação do HFAR 32
6. Conclusões 35
Referências bibliográficas 40

Índice de Anexos

Anexo A – Proposta de novo modelo de gestão do HFAR ..... Anx A-1

Índice de Apêndices

Apêndice A – Corpo de conceitos complementares ..... Apd A-1
Apêndice B – Lista de entidades entrevistadas ..... Apd B-1
Apêndice C – Análise de conteúdo de entrevistas ..... Apd C-1
Apêndice D – Análise SWOT do modelo de governação do HFAR ..... Apd D-1
Apêndice E – Programas funcionais do HFAR ..... Apd E-1

Índice de Figuras

Figura 1 – Estrutura de governação hospitalar 5
Figura 2 – Macro estrutura hierárquico-funcional do HFAR 10
Figura 3 – Níveis de gestão do HFAR 10
Figura 4 – Financiamento da atividade assistencial do HFAR (2018-2022) 14
Figura 5 – Sistema de Saúde Militar dos Países Baixos 27
Figura 6 – Estrutura orgânica do *Centraal Militair Hospitaal* 28
Figura 7 – Sistema de Saúde Militar Francês 29
Figura 8 – Estrutura orgânica do *Hôpital d'Instruction des Armées Percy* 29
Figura 9 – Proposta de novo modelo de gestão do HFAR ..... Anx A-1

Índice de Quadros

Quadro 1 – Modelo de análise 6
Quadro 2 – Modelo de financiamento do Sistema de Saúde Militar 14
Quadro 3 – Projetos de investimento com financiamento aprovado 16
Quadro 4 – Projetos de investimento a aguardar financiamento 16
Quadro 5 – Recursos Humanos do HFAR (2022) 18
Quadro 6 – Efetivos versus contratação de prestadores de serviços (2018-2022) 19
Quadro 7 – Produção hospitalar do HFAR (2018-2022) 20
Quadro 8 – Fatores impulsionadores da reforma hospitalar no SNS 24
Quadro 9 – Caracterização do modelo de governação dos hospitais EPE 26
Quadro 10– Lista de entidades entrevistadas ..... Apd B-1

Quadro 11 – Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 1 ..... Apd C-1
Quadro 12 – Matriz de análise de conteúdo da Questão 1 ..... Apd C-2
Quadro 13– Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 2 ..... Apd C-3
Quadro 14 – Matriz de análise de conteúdo da Questão 2 ..... Apd C-4
Quadro 15 – Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 3 ..... Apd C-5
Quadro 16 – Matriz de análise de conteúdo da Questão 3 ..... Apd C-6
Quadro 17 – Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 4 ..... Apd C-7
Quadro 18 – Matriz de análise de conteúdo da Questão 4 ..... Apd C-8
Quadro 19 – Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 5 ..... Apd C-9
Quadro 20 – Matriz de análise de conteúdo da Questão 5 ..... Apd C-10
Quadro 21 – Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 6 ..... Apd C-11
Quadro 22 – Matriz de análise de conteúdo da Questão 6 ..... Apd C-12
Quadro 23 – Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 7 ..... Apd C-13
Quadro 24 – Matriz de análise de conteúdo da Questão 7 ..... Apd C-15
Quadro 25 – Matriz SWOT do modelo de governação do HFAR ..... Apd D -1
Quadro 26 – Programa Funcional do polo de Lisboa ..... Apd E-1
Quadro 27 – Programa Funcional do polo do Porto ..... Apd E-1

Resumo

O Hospital das Forças Armadas constitui-se no centro nevrálgico do Sistema de Saúde Militar. Porém, recentes estudos de avaliação e auditorias externas, recomendam a reformulação do modelo de governação, com fundamento na identificação de ineficiências que condicionam a gestão e o desempenho assistencial. Consequentemente, esta investigação teve por objetivo estudar e propor linhas de orientação passíveis de mitigar os principais constrangimentos identificados, almejando contribuir para otimizar a governação hospitalar.

Nesse sentido, com base num modelo de raciocínio indutivo, suportado numa estratégia de investigação qualitativa e num desenho de estudo de caso, procedeu-se à revisão de literatura, complementada com a realização de entrevistas a entidades detentoras de conhecimento neste âmbito. Concomitantemente, foram analisados modelos de governação de hospitais congéneres, do Serviço Nacional Saúde e de Forças Armadas de países europeus, visando identificar práticas passíveis de configurar oportunidades de melhoria para a governação hospitalar.

Em resultado da investigação, concluiu-se que a governação do Hospital das Forças Armadas pode ser otimizada, sem prejuízo da sua natureza e das especificidades de um hospital militar, implementando, com as necessárias adaptações, práticas já testadas e consolidadas em hospitais públicos nacionais e/ou hospitais militares de países europeus.

Palavras-chave: Sistema de Saúde Militar; Hospital das Forças Armadas; Modelo de Governação

Abstract

The Armed Forces Hospital is the heart of the Military Health System. However, recent evaluation studies and external audits recommend the reformulation of the governance model, due to the identification of inefficiencies that affect its management and care performance. Consequently, this research aimed to study and propose guidelines that could mitigate the main constraints identified, aiming to contribute to optimizing hospital governance.

In this sense, based on an inductive reasoning model, supported by a qualitative research strategy and a case study design, a literature review was carried out, complemented by interviews with entities that have knowledge in this area. At the same time, governance models of similar hospitals, of the National Health Service and of the Armed Forces of European countries were analyzed, in order to identify practices that may represent opportunities for improvement in hospital governance.

As a result of the research, it was concluded that the governance of the Armed Forces Hospital can be optimized, without prejudice to its nature and the specificities of a military hospital, by implementing, with the necessary adaptations, practices already tested and consolidated in national public hospitals and/or military hospitals of European countries.

Keywords: *Military Health System; Armed Forces Hospital; Governance Model*

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

A

AAM	Auxiliar de Ação Médica
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ADM	Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas

C

CA	Conselho de Administração
CEMGFA	Chefe do Estado-Maior-General das Forças Armadas

D

DESSM	Diretiva Estratégica Setorial da Saúde Militar
DGRDN	Direção Geral dos Recursos da Defesa Nacional
DGS	Direção Geral de Saúde
DIRSAM	Direção de Saúde Militar

E

EPE	Entidade Pública Empresarial

F

FFAA	Forças Armadas

H

HFAR	Hospital das Forças Armadas
HFAR/PL	Polo de Lisboa do Hospital das Forças Armadas
HFAR/PP	Polo do Porto do Hospital das Forças Armadas

I

IASFA	Instituo de Ação Social das Forças Armadas

L

LOEMGFA	Lei Orgânica do Estado-Maior-General das Forças Armadas

M

MDN	Ministério da Defesa Nacional
MF	Ministério das Finanças
MG	Modelo de Governação
MS	Ministério da Saúde

O

OE	Objetivo Específico
OG	Objetivo Geral

Q

QC	Questão Central
QD	Questão Derivada
QES	Quadros Especiais de Saúde
QOP	Quadro Orgânico de Pessoal

R

RCM	Resolução do Conselho de Ministros
RH	Recursos Humanos

S

SAMA	Sistema de Apoio à Modernização da Administração Pública
SF	Sistema de Forças
SM	Saúde Militar
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPA	Setor Público Administrativo
SSM	Sistema de Saúde Militar

T

TC	Tribunal de Contas
TII	Trabalho de Investigação Individual
TSDT	Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica

1. Introdução

A consolidação da reforma do Sistema de Saúde Militar (SSM), reveste-se de vital importância para o cabal cumprimento das missões das Forças Armadas (FFAA), com fundamento no imprescindível contributo das estruturas de Saúde Militar (SM) para a permanente manutenção da componente operacional do Sistema de Forças (SF) e, de forma complementar, mas não menos importante, na prestação de cuidados de saúde diferenciados aos militares, à família militar e aos deficientes militares, no quadro dos especiais deveres e dos direitos tutelados pela condição militar.

Iniciada em 2008, no contexto da reforma do modelo de organização da Defesa Nacional e das FFAA, a reestruturação do SSM teve por referência as orientações difundidas pelo XVII Governo constitucional, preconizando "[…] a criação de um Hospital das Forças Armadas [HFAR], na dependência do Chefe do Estado-Maior-General das Forças Armadas, organizado em dois polos hospitalares, um em Lisboa e outro no Porto." (Resolução do Conselho de Ministros [RCM] n.º 39/2008, de 28 de fevereiro).

Os desenvolvimentos subsequentes, no âmbito da integração hospitalar nas FFAA, culminaram na criação do Polo de Lisboa do Hospital das Forças Armadas (HFAR/PL), nos termos do Decreto-Lei n.º 187/2012, de 16 de agosto, com localização no espaço físico até então ocupado pelo Hospital da Força Aérea, no Lumiar, resultante da fusão dos quatro Hospitais Militares existentes em Lisboa (Hospital da Marinha, Hospital Militar Principal, Hospital Militar de Belém e Hospital da Força Aérea), que foram extintos.

O moroso processo de reforma do SSM ganhou um novo e decisivo impulso no seguimento da publicação do Despacho n.º 2943/2014, de 31 de janeiro, que difundiu "[…] orientações complementares ao processo de reestruturação hospitalar em curso nas [FFAA] […]", conduzindo à criação do HFAR, nos termos do Decreto-Lei n.º 84/2014, de 27 de maio, como "[…] estabelecimento militar hospitalar, que se constitui como elemento de retaguarda do [SSM], em apoio da saúde operacional […]" assumindo, atualmente, uma posição preponderante na "[…] prestação de cuidados de saúde diferenciados aos militares das [FFAA], bem como à família militar e aos deficientes militares […]".

Subsequentemente, nos termos do art.º 1.º do Decreto Regulamentar n.º 2/2015, de 20 de fevereiro, foi estabelecida "[…] a estrutura orgânica e funcional do [HFAR], bem como as competências dos respetivos órgãos e os princípios de gestão aplicáveis.", enformando o Modelo de Governação (MG) do hospital. O Regulamento Interno, aprovado pelo Despacho

n.º 12336/2016, de 13 de outubro, definiu “as normas relativas à composição, competências e funcionamento de diferentes órgãos e serviços […]”.

Decorridos três anos sobre a consolidação do quadro legal e normativo que regula a gestão e o funcionamento do HFAR, o Tribunal de Contas (TC), em sede de auditoria de desempenho realizada em 2019, concluiu que a gestão do HFAR se encontrava condicionada por um deficiente “modelo de governação” (TC, 2020a). As conclusões vertidas no relatório da auditoria apontaram inúmeras ineficiências no MG do hospital, destacando-se, no âmbito da presente investigação: “Existem insuficiências nas práticas de gestão instituídas […]; O modelo de gestão do HFAR não contribui para a estabilização de processos de gestão […]; Subutilização da capacidade instalada […]; O HFAR tem sido financiado maioritariamente por receitas próprias […]” (TC, 2020b, pp. 10-13).

Face ao posicionamento estratégico que o hospital assume no seio do SSM, bem como na articulação com o Serviço Nacional de Saúde (SNS), considera-se que a presente investigação se reveste de particular relevância, na pesquisa de linhas orientadoras tendentes a mitigar os constrangimentos com que a governação do HFAR se debate, almejando contribuir para um desempenho assistencial mais eficiente e efetivo de uma unidade hospitalar altamente diferenciada, com ganhos em saúde para:

- As FFAA, através do reforço do apoio sanitário à componente operacional do SF, enquanto desígnio primário do SSM;

- Os militares, família militar e deficientes militares, materializados na rentabilização da capacidade assistencial, viabilizando, em simultâneo, o treino e diferenciação técnica dos profissionais afetos ao hospital;

- A população, em geral, através do robustecimento dos mecanismos de cooperação e complementaridade com o SNS, designadamente em valências específicas da SM, e na disponibilização da capacidade assistencial sobrante.

Consequentemente, o presente Trabalho de Investigação Individual (TII) tem como objeto de estudo o MG do HFAR.

No sentido de evitar dispersão no estudo, especificando, de forma clara, o campo da pesquisa, procedeu-se à delimitação do tema em três domínios distintos (Santos & Lima, 2019, p. 42): (1) Em termos temporais, a investigação incide sobre o período compreendido entre 27 de maio de 2014 (data de criação do HFAR) e 31 de dezembro de 2022; (2) No âmbito espacial, foi recolhida e analisada informação do HFAR, de hospitais congéneres do SNS e de hospitais militares de dois países europeus (França e Países Baixos); (3) No

conteúdo, delimitou-se o estudo ao elemento conceptual relevante para a temática em análise, a governação hospitalar, focando a investigação em três dimensões consideradas relevantes: (1) O modelo organizacional do hospital; (2) A sustentabilidade financeira; (3) O desempenho assistencial.

Neste enquadramento, foi definido o seguinte Objetivo Geral (OG) da investigação:

- Propor contributos para otimizar a governação do HFAR.

Na sequência da decomposição do OG, enunciaram-se os seguintes Objetivos Específicos (OE):

- OE 1 – Analisar o MG do HFAR;

- OE 2 – Analisar modelos de governação de hospitais do SNS e hospitais militares de países europeus.

Em linha com o OG, foi levantada a seguinte Questão Central (QC):

- De que forma pode ser otimizada a governação do HFAR?

No tocante à organização do estudo, o TII encontra-se estruturado em seis capítulos. No primeiro procedeu-se à introdução do tema, à explicitação do objeto de estudo e respetiva delimitação e à definição dos objetivos e da questão central da investigação; no segundo faz-se o enquadramento conceptual e metodológico do tema; no terceiro caracteriza-se o MG do HFAR; no quarto identificam-se boas práticas de governação de hospitais congéneres, no quinto elencam-se linhas orientadoras para otimizar a governação do HFAR; no sexto são apresentadas as conclusões, evidenciando os contributos para o conhecimento, as limitações ao desenvolvimento da investigação e as recomendações para estudos futuros.

2. Enquadramento conceptual e metodológico

Neste capítulo apresenta-se a revisão de literatura, os conceitos estruturantes e o modelo de análise, bem como a metodologia e o método que suportam o desenvolvimento da investigação. Outros conceitos complementares, necessários a uma melhor compreensão da temática, constam do Apêndice A.

2.1 Revisão de literatura e conceitos estruturantes

Considerando o objeto do presente estudo, iniciou-se a revisão de literatura pela contextualização do conceito de governação, no intuito de facilitar a compreensão da aplicação do mesmo ao setor da saúde, em geral, e ao meio hospitalar, em particular.

O conceito de governação, adaptado do termo inglês *governance*, é comummente referido por vários autores, em diversos contextos. Com efeito, e como refere Bilhim (2017, p. 17), "A nova governação pública está longe de reunir consenso na literatura académica de administração pública, funcionando como guarda-chuva de realidades muito distintas […]".

O conceito de governação pode ser definido como o conjunto de medidas e meios adotados por uma sociedade no sentido de promover ações coletivas e alcançar soluções coletivas na prossecução de objetivos comuns. No domínio da saúde, a governação diz respeito às ações e aos meios adotados por uma sociedade para se organizar com vista à promoção e à proteção da saúde da sua população (Dodgson & Drager, 2002). Formulação idêntica é sustentada por Carrapato, Correia e Garcia (2019, p. 70), elucidando que "a *governance* em saúde consiste em promover e proteger a saúde da população a partir de ações e meios organizados com esse objetivo".

Na aplicação do conceito de governação ao meio hospitalar, releva o elevado grau de complexidade, em termos de organização e funcionamento dos hospitais que, segundo Golden (2006, cit. por Raposo, 2008, p. 238), "[…] resulta, de entre outros fatores, da confluência de profissões (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, administradores, etc.) e de outros interessados (doentes, governo, etc.) muitas vezes defendendo aspetos, perspetivas e horizontes temporais, aparentemente incompatíveis". Saltman, Durán e Dubois (2011, p. 38) definem o conceito de governação hospitalar como "o conjunto de processos e mecanismos de tomada de decisão, relativos à atividade institucional, influenciando os principais aspetos do comportamento organizacional e reconhecendo a complexidade do relacionamento entre múltiplos *stakeholders"*.

A este respeito, Raposo (2008, p. 248) refere que a "governação integrada (conceito aplicado a qualquer organização de saúde) ou a governação hospitalar (conceito de

governação integrada aplicado aos hospitais) procura juntar a governação empresarial com a governação clínica numa mesma plataforma" (Figura 1).

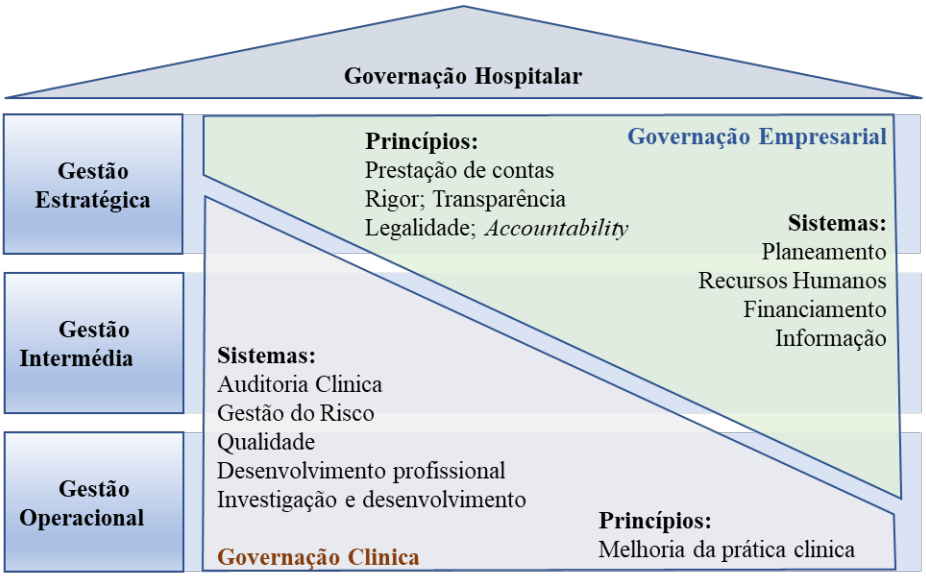


Figura 1 – Estrutura de governação hospitalar

Fonte: Adaptado de Raposo (2008)

O grande desafio da governação hospitalar assenta, assim, na "coexistência pacífica" das duas estruturas de governação (Scholten, Muijsers-Creemers, Moen & Bal, 2019, p. 444).

Conceptualmente, na governação hospitalar os processos de tomada de decisão são desenvolvidos em três níveis de gestão (estratégica, intermédia e operacional), com características e grupos de decisores distintos, que interagem entre si, formando a "estrutura de governação" (Saltman et al., 2011, p. 4), representada na Figura 1. Foi neste contexto que o Ministério da Saúde (MS) (2011, p. 241) preconizou "a criação de estruturas de gestão intermédia com conteúdo funcional e autonomia real, […] nas áreas nevrálgicas do hospital, onde se processa e decide a qualidade dos cuidados prestados e […] se gera o essencial da despesa e do desperdício".

No setor da saúde, o hospital "[…] é a organização que utiliza de forma mais intensa o capital humano e tecnológico, e o conhecimento no cumprimento do seu papel – a prestação de cuidados de saúde" (Carrapato et al., 2019, p. 73). Apesar de o objetivo principal do hospital se centrar na prestação de cuidados de saúde diferenciados e de qualidade, não pode, no entanto, descurar-se a acessibilidade aos cuidados de saúde,

garantindo, em simultâneo, o equilíbrio financeiro do próprio hospital (Eeckloo, Van Herck, Van Hulle & Vleugels, 2004, p. 2). Nesse sentido, a Direção Geral de Saúde (DGS, 2012, p. 18) defende que "Os novos modelos de governação em saúde deverão evoluir para modalidades de gestão autónomas, descentralizadas e participadas promotoras da dinamização de uma cultura institucional de governação clínica e empresarial coerente e baseada em princípios de racionalidade e de eficiência".

Neste enquadramento, e no intuito de assegurar o desenvolvimento coerente do estudo, adotou-se o conceito estruturante de governação hospitalar, definido por Eeckloo et al. (2004, p. 2) como "o processo de conduzir o funcionamento global e o desempenho efetivo de um hospital, através da definição da sua missão, da fixação de objetivos e do suporte e monitorização da sua realização a nível operacional". Foi ainda adotado o conceito de sustentabilidade financeira, definido como "[…] a capacidade de captar recursos - financeiros, materiais e humanos - de maneira suficiente e continuada, e utilizá-los com competência, de maneira a perpetuar a organização e permiti-la alcançar os seus objetivos" (Silva, Santos, Mota & Martín, 2014, p. 26).

2.2 Modelo de análise

O desenvolvimento da investigação foi orientado pelo modelo de análise constante do Quadro 1.

Quadro 1 – Modelo de Análise

OG	Propor contributos para otimizar a governação do HFAR.		
QC	De que forma pode ser otimizada a governação do HFAR?		
OE 1	Analisar o MG do HFAR.		
QD 1	Como se carateriza o MG do HFAR?		
OE 2	Analisar modelos de governação de hospitais do SNS e hospitais militares de países europeus.		
QD 2	Que práticas, adotadas por hospitais do SNS e hospitais militares de países europeus, configuram oportunidades de melhoria para o MG do HFAR?		
Conceitos	**Dimensões**	**Indicadores**	**Recolha de dados**
Governação Hospitalar	Modelo organizacional	Autonomia e responsabilização	Análise documental e Entrevistas semiestruturadas
		Competências de gestão	
		Gestão descentralizada	
	Sustentabilidade financeira	Recursos humanos	
		Financiamento	
		Investimento	
	Desempenho assistencial	Capacidade instalada	
		Produtividade hospitalar	
		Articulação e complementaridade	

2.3 Metodologia

Metodologicamente, foram observadas as regras do IUM para a elaboração de trabalhos académicos, tendo por referência a NEP/INV-001 (IUM, 2020) e as Orientações Metodológicas para a Elaboração de Trabalhos de Investigação (Santos & Lima, 2019).

Neste enquadramento, a investigação adota um modelo de raciocínio indutivo (Santos & Lima, 2019, p. 18), através da observação de factos particulares recolhidos no HFAR, em hospitais do SNS e em hospitais militares de países europeus, para, através da respetiva análise e associação, obter generalizações que suportam a formulação de propostas de linhas de orientação para otimizar a governação do HFAR.

Considerando que se pretende "[…] compreender o objeto de estudo de uma forma profunda e subjetiva sem preocupação com medições e análise estatística." (Vilelas, 2009, cit. por Santos & Lima, 2019, p. 27), adotou-se uma estratégia de investigação qualitativa, de natureza holística, face à complexidade da governação hospitalar (Santos & Lima, 2019).

O desenho de pesquisa é suportado num estudo de caso, consistindo num "[…] procedimento metodológico através do qual o investigador procura recolher informação detalhada sobre uma única unidade de estudo", o MG do HFAR, com o objetivo de "[…] descrever de forma rigorosa a unidade de observação, que é o centro de atenção do investigador" (Santos & Lima, 2019, p. 36).

2.4 Método

2.4.1 Participantes e procedimento

Participantes. Participaram na investigação 18 entidades (Apêndice B) que, fruto do atual exercício de funções, ou decorrente do desempenho de funções anteriores, possuem conhecimentos no contexto do objeto de estudo, ou contextos correlacionados, considerados relevantes para os resultados da investigação. Visando dar resposta à QD 1, foram entrevistadas 13 entidades, militares e civis, do MDN, EMGFA e Ramos que, no âmbito do processo de reestruturação do SSM, participaram, direta ou indiretamente, na conceção, operacionalização, ou avaliação do MG do HFAR. No sentido de consolidar a resposta à QD 2, foram entrevistados três Presidentes de Conselhos de Administração (CA) de hospitais do SNS, e ainda, duas entidades com responsabilidade na governação de hospitais militares de países europeus.

Procedimento. As entrevistas foram realizadas, presencialmente e por *e-mail*, no decurso da investigação, acautelando as garantias de anonimato e/ou confidencialidade das entidades entrevistadas.

2.4.2 Instrumentos de recolha de dados

Numa primeira fase, procedeu-se à recolha de dados através da análise documental e bibliográfica. Posteriormente, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com bases em guiões previamente endereçados às entidades entrevistadas.

2.4.3 Técnicas de tratamento de dados

Na sequência da recolha de dados de fontes documentais e da revisão e validação do teor das entrevistas, por parte das entidades entrevistadas, procedeu-se a uma análise de conteúdo qualitativa (Apêndice C), materializada na elaboração de matrizes de unidades de conteúdo e registo, e matrizes de análise de conteúdo categorial (Sarmento, 2013), complementando a recolha de informação para a caracterização do MG do HFAR.

Subsequentemente, por recurso a uma matriz *Strenghts, weaknesses, Opportunities, Threats* (SWOT) (Wheelen & Hunger, 2012), correlacionaram-se as potencialidades e vulnerabilidades internas, com as oportunidades e ameaças provenientes do ambiente externo (Apêndice D), visando formular linhas orientadoras para otimizar a governação do HFAR.

3. O modelo de governação do Hospital das Forças Armadas

O MG do HFAR encontra respaldo legal no diploma de criação (Decreto-Lei n.º 84/2014), no Decreto Regulamentar n.º 2/2015, e no Regulamento Interno (Despacho n.º 12336/2016), estabelecendo a estrutura orgânico-funcional, as competências e atribuições dos órgãos que o integram, bem como os princípios que regulam a gestão e a atividade assistencial do hospital.

Concorrem ainda para a edificação do MG, os programas funcionais do polo hospitalar de Lisboa (HFAR/PL) (Despacho n.º 16437/2011, de 4 de novembro) e do polo hospitalar do Porto (HFAR/PP) (Despacho n.º 2064/2014, de 24 de janeiro), definindo o perfil assistencial do HFAR, bem como a capacidade a instalar por linha de produção hospitalar e o dimensionamento dos principais recursos físicos.

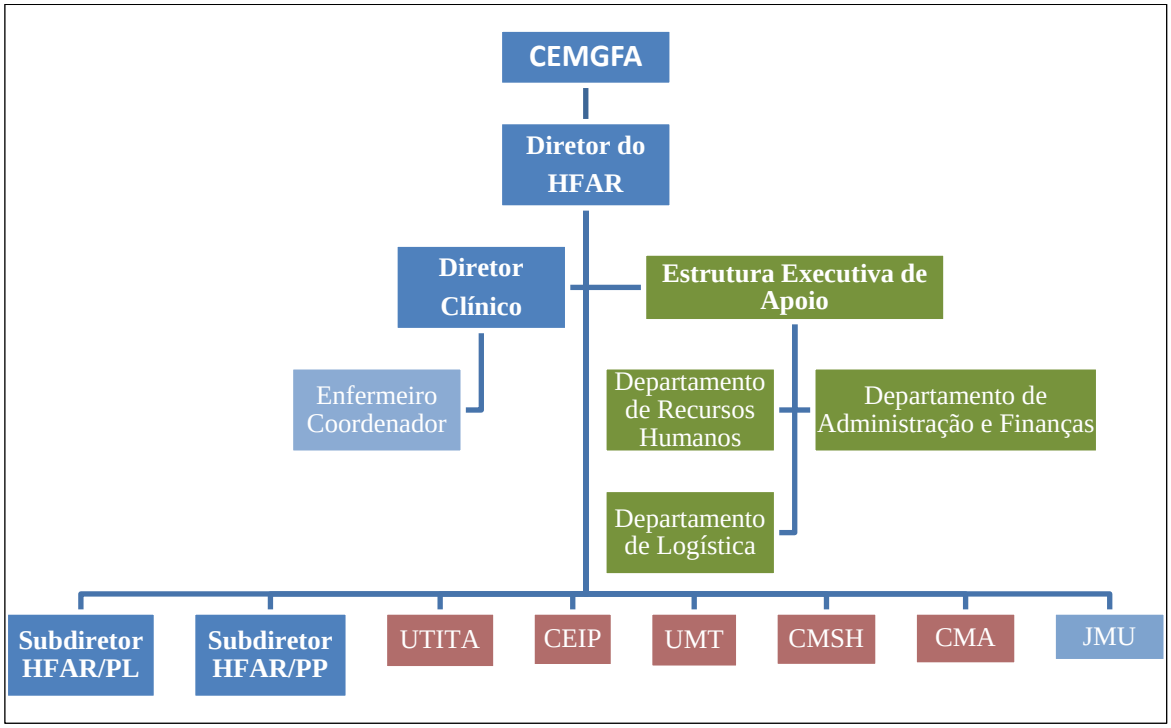
Neste enquadramento, com base na delimitação de conteúdo do tema da investigação, procede-se, neste capítulo, à caraterização do MG do HFAR nas três dimensões do conceito estruturante que suporta a edificação do modelo de análise. Para o efeito recorreu-se à análise de fontes documentais, complementada pela análise de conteúdo das entrevistas realizadas, sistematizada no Apêndice C.

3.1 Modelo organizacional

Nos termos do art.º 51.º do Decreto-Lei n.º 19/2022, de 24 de janeiro, o HFAR constitui-se num "hospital público militar, que se integra na administração direta do Estado, através do MDN e se encontra na dependência direta do CEMGFA, […], é dotado de autonomia administrativa e regulado por legislação própria".

A atribuição de autonomia administrativa ao HFAR, conforme recomendação do TC (2012b, p. 19), fundamenta-se no imperativo de "[…] aumentar a responsabilização dos seus dirigentes pelos respetivos atos de gestão e pelos resultados efetivos alcançados". A implementação está pendente da regulamentação da Lei Orgânica do EMGFA (LOEMGFA) (Decreto-Lei n.º 19/2022) e da revisão dos diplomas legais que enformam o atual MG.

Em termos de organização interna, a Figura 2 espelha a macroestrutura hierárquico-funcional do HFAR.



Legenda:

HFAR/PL – Polo hospitalar de Lisboa; HFAR/PP – Polo hospitalar do Porto;
UTITA – Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependência e Alcoolismo;
CEIP – Centro de Epidemiologia e Intervenção Preventiva; UMT – Unidade Militar de Toxicologia;
CMSH – Centro de Medicina Subaquática e Hiperbárica; CMA – Centro de Medicina Aeronáutica;
JMU – Junta Médica Única.

Figura 2 – Macro estrutura hierárquico-funcional do HFAR

Fonte: Adaptado do Decreto Regulamentar n.º 2/2015 e do Despacho n.º 55/MDN/2022, de 28 de outubro

A atual estrutura de governação (Figura 3), assenta num "modelo de gestão centralizada que compreende os níveis de gestão estratégica, intermédia e operacional" (art.º 18.º do Decreto Regulamentar n.º 2/2015).

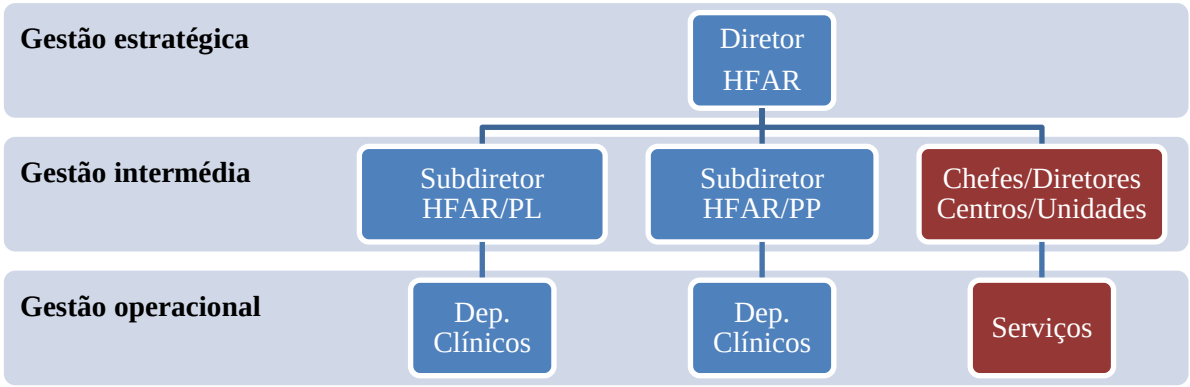


Figura 3 – Níveis de gestão do HFAR

Fonte: Adaptado do Decreto Regulamentar n.º 2/2015

Em sede de auditoria de desempenho, o TC (2020b, p. 23) concluiu que "A estrutura hierárquico-funcional, prevista nos diplomas orgânicos relevantes é complexa e não se encontra totalmente implementada […]", realçando que "existem múltiplos níveis de direção hierárquica e/ou funcional, tanto no próprio hospital como na sua articulação com estruturas do EMGFA". Em resultado dos constrangimentos funcionais identificados pelo TC, "O HFAR não dispõe instrumentos de planeamento estratégico, de planeamento e reporte anual da atividade e dos resultados da sua gestão, incluindo a vertente económico-financeira, ao contrário das boas práticas de gestão e do previsto na legislação orgânica" (TC, 2020b, p. 10), designadamente, no Decreto Regulamentar n.º 2/2015.

Como medida mitigadora, o TC (2020b, p. 19) recomendou ao Ministro da Defesa Nacional "Ponderar a atribuição de autonomia administrativa ao HFAR", no sentido de responsabilizar a Direção pelas decisões tomadas e resultados alcançados. A atribuição de autonomia administrativa é considerada importante por 92 % dos entrevistados (Apêndice C). No entanto, T. Sousa (entrevista presencial, 20 de março de 2023) salientou que "[…] sendo desejável, é um risco elevado enquanto não dispuser de recursos humanos, em quantidade e qualidade, para guarnecer estruturas de gestão suficientes, estáveis e profissionalizadas".

Para além da auditoria do TC, o Ministro da Defesa Nacional determinou a realização de um estudo independente de avaliação do SSM, visando, entre outros objetivos, avaliar "Qual o modelo de governação do HFAR mais adequado?" (Jorge & Valente, 2019, p. 2). Das recomendações vertidas no relatório do estudo, destaca-se: "a nível da gestão do HFAR seria importante introduzir maior profissionalização, pelo que, ao invés de um diretor, deveria ser constituída uma direção/[CA], à semelhança do que acontece nos hospitais civis, com competências de administração hospitalar" (Jorge & Valente, 2019, p. 18). Manifestaram concordância, 85 % dos entrevistados, preconizando a constituição de uma estrutura diretiva, integrando membros dotados de competências em gestão de unidades de saúde, que garantam a estabilidade diretiva por períodos mais alargados (Apêndice C).

Como resultado de estudos internos, no memorando n.º 026/CEMGFA/2019, de 20 de novembro, foi enfatizado que "[…] a estrutura organizativa do HFAR, assente num modelo altamente hierarquizado, […] não responde às necessidades de flexibilidade e de autonomia que um hospital exige para o desenvolvimento eficiente da sua atividade", designadamente no tocante à implementação de um modelo de gestão mais participado, subsistindo, segundo o TC (2020b, p. 25) "[…] a ausência de um processo de contratualização interna com os

serviços, ao contrário das boas práticas de gestão e do previsto na legislação orgânica […]", limitando o envolvimento dos responsáveis dos diferentes níveis de gestão, na utilização eficiente dos recursos disponibilizados para a consecução da missão do hospital. Neste particular, a evolução para uma estrutura organizacional mais flexível, dotada de maior autonomia de gestão é considerada vantajosa por 100 % dos entrevistados (Apêndice C). Porém, T. Sousa (*op. cit.*) realçou que "a flexibilidade e autonomia de gestão do HFAR dependem mais das competências que lhe sejam atribuídas do que do modelo de governação, isto é, não terá maior flexibilidade e autonomia de gestão enquanto não tiver autonomia administrativa e financeira".

No tocante à adoção de um modelo de gestão mais participado, F. Branco (entrevista presencial, 6 de março de 2023) defendeu "uma descentralização da gestão nos departamentos, aliviando a Direção do HFAR e melhorando a eficiência global da gestão". Esta posição foi corroborada por O. Anão (entrevista presencial, 17 de março de 2023) ao referir que "A gestão intermédia é fundamental, devendo as respetivas estruturas ser robustas, no apoio à implementação da gestão estratégica da Direção do HFAR". De facto, 62 % dos entrevistados são apologistas da implementação de processos de contratualização interna, corporizando a descentralização da gestão ao nível dos departamentos clínicos (Apêndice C).

Atentas as conclusões e recomendações dos diversos estudos e auditorias, o Ministro da Defesa Nacional determinou a apresentação de uma proposta legislativa, que consagrasse:

> […] um novo modelo de gestão do HFAR, orientado por princípios de profissionalização e gestão eficiente de recursos. Este modelo deverá assentar numa estrutura profissional, com um [CA], composto por militares e civis com reconhecidas competências de administração hospitalar, inspirando-se na experiência dos hospitais civis, sem prejuízo das especificidades de um hospital militar". (Despacho n.º 40/MDN/2019, de 18 de julho)

Os resultados dos trabalhos entretanto realizados preconizaram "[…] um novo paradigma de gestão do HFAR, que culminou na criação de uma proposta legislativa, redigida por um grupo de trabalho multidisciplinar criado especificamente para esse fim e, por último, a realização de uma proposta de redimensionamento do HFAR-PP" (EMGFA, 2022a, p. 39). Neste particular, Guerreiro (2023, p. 14), revelou que "[…] está em fase de aprovação superior, a evolução da estrutura e do funcionamento do HFAR para um modelo

de organização mais flexível e autónomo, onde se congreguem as componentes clínicas e de gestão hospitalar […]", suportado na estrutura organizacional constante do Anexo A.

A versão final da proposta de revisão legislativa, encontra-se alinhada com o objetivo estratégico "OE6 – Concluir a reestruturação do [SSM]", deduzido na Diretiva estratégica do EMGFA, para o período 2021-2023, no sentido de operacionalizar "[…] o novo modelo de gestão do [HFAR], a sua modernização, […] e o alargamento do universo de utentes." (EMGFA, 2021, p. 24).

Em conformidade, a Diretiva Estratégica Setorial da Saúde Militar (DESSM), "[…] define as grandes prioridades da saúde militar a considerar no período 2022-2027." (EMGFA, 2022b, p. 2), estabelecendo nove objetivos estratégicos setoriais, entre os quais se destaca o "OES4 – Adotar um novo modelo de gestão no HFAR", que "[…] reflita os fatores que permitam a melhoria da gestão, com destaque para a revisão legislativa e a edificação de uma estrutura diretiva que assegure as adequadas competências nas áreas da administração e liderança […]" (EMGFA, 2022b, p. 20).

3.2 Sustentabilidade financeira

O presente subcapítulo foca-se na análise e caracterização do financiamento da atividade assistencial, da capacidade de investimento na capacitação hospitalar e dos mecanismos de recrutamento e retenção de Recursos Humanos (RH), por esta ordem.

Nos termos do art.º 18.º do Decreto-Lei n.º 84/2014, o financiamento do HFAR é assegurado por receitas provenientes do Orçamento do Estado e por receitas geradas por serviços prestados a terceiros. Porém, segundo o TC (2020b, p. 13) "a maior componente do financiamento do HFAR têm sido as receitas próprias, que representaram 55%, 64% e 60%, nos anos de 2016, 2017 e 2018, respetivamente.". A elevada expressão orçamental das receitas próprias nesse período, foi motivada pelo Despacho n.º 511/2015, de 19 de janeiro, que estabeleceu a "responsabilidade financeira pela assunção dos encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde aos beneficiários da Assistência na Doença aos Militares das [FFAA] [ADM]", gerida pelo Instituto de Ação Social das Forças Armadas (IASFA).

O Despacho n.º 511/2015 foi revogado pelo Despacho n.º 1702/2019, de 24 de janeiro, "desonerando a entidade gestora da ADM dos encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde a militares na efetividade de serviço, desde que prestados nas entidades do SSM" (TC, 2020b, p. 149). O Quadro 2 espelha, os critérios subjacentes ao atual modelo de financiamento do SSM, no âmbito das componentes operacional e assistencial da SM.

Quadro 2 – Modelo de financiamento do SSM

Tipologia de cuidados	Saúde Operacional	Saúde Assistencial	
Prestador de cuidados	HFAR e restantes estruturas de saúde que integram o SSM		
Tipologia de Utentes	Militares na efetividade de serviço	Militares fora da efetividade de serviço e beneficiários não titulares da ADM	
Sistema de faturação		Ambulatório (tabelas ADSE)	Internamento (Tabelas SNS)
Entidade Pagadora	Ramos das FFAA	IASFA	
Fonte de Financiamento	Orçamento do Estado	Descontos dos beneficiários da ADM	

Fonte: Adaptado do Despacho n.º 1702/2019.

Pese embora a efetiva diminuição do contributo da ADM para o financiamento do SSM, o modelo, cujos efeitos foram projetados até à concretização de uma reforma mais estrutural da ADM e do SSM (Despacho n.º 1702/2019), mantem-se vigente. Em resultado, assistiu-se, com início em 2019, a uma redução do peso relativo das receitas próprias no financiamento da atividade assistencial do HFAR (Figura 4).

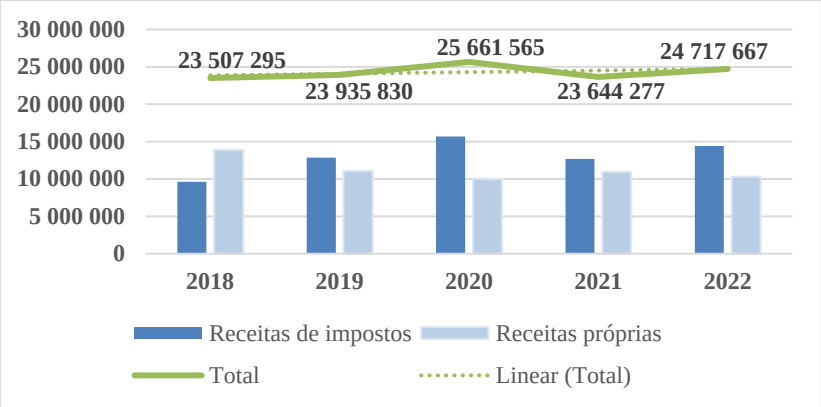


Figura 4 – Financiamento da atividade assistencial do HFAR (2018-2022)

Fonte: Adaptado a partir de dados do HFAR (*e-mail*, 13 de março de 2023)

Não obstante o ajustamento à estrutura de financiamento, subsiste "[…] uma elevada dependência da arrecadação de receitas próprias (46 %) e, na sua grande maioria, de um único subsistema de assistência na doença (a ADM), cujo volume de dívida ao HFAR é superior a 17 M€" (EMGFA, 2022a, p. 44), comprometendo a sustentabilidade orçamental e financeira do HFAR, que importa salvaguardar "[…] promovendo a diversificação de

fontes de receita e a aprovação de um novo modelo de financiamento, menos suportado em receitas próprias" (Guerreiro, 2023, p. 17). Nesse sentido,

> […] sem prejuízo das especificidades do HFAR, enquanto estrutura militar, tal não impede a alteração do respetivo modelo de financiamento, nomeadamente através de contratualização que aproxime, tanto quanto possível, o financiamento da produção, comprometendo todos os responsáveis ao cumprimento de objetivos. (TC, 2020b, p. 42)

Neste âmbito, a análise de conteúdo das entrevistas realizadas (Apêndice C), evidencia uma forte propensão (85 %) dos entrevistados no sentido de se promover a revisão do atual modelo de financiamento, defendendo que o mesmo deve ser suportado, primariamente, por receitas provenientes do Orçamento do Estado, com base em mecanismos de contratualização externa (contratos-programa), por analogia com o modelo vigente nos hospitais do SNS. Segundo P. Campos (entrevista presencial, 15 de março de 2023), "O financiamento do HFAR é um problema grave, que resulta do atraso no pagamento dos cuidados de saúde prestados aos beneficiários da ADM, e de serviços prestados a algumas entidades protocoladas do SNS", comprometendo a sustentabilidade do hospital.

No tocante ao investimento na modernização e capacitação hospitalar, o suporte orçamental tem sido assegurado por diversos mecanismos de financiamento, de que se destacam:

- O plano de expansão do HFAR/PL e Campus da Saúde Militar, com financiamento aprovado pela RCM n.º 39/2014, de 19 de junho;

- O Programa de Investimentos na Área da Saúde (PIAS), aprovado pela RCM n.º 77/2019, de 28 de março;

- A Lei de Programação Militar (LPM), aprovada pela Lei Orgânica n.º 2/2019, de 17 de junho;

- A Lei de Infraestruturas Militares (LIM), aprovada pela Lei Orgânica n.º 3/2019, de 18 de maio;

- Sistema de Apoio à Modernização da Administração Pública (SAMA 2020).

O Quadro 3, espelha o ponto de situação dos projetos de investimento concluídos, e em curso, com o objetivo de concretizar a capacidade assistencial prevista nos programas funcionais dos dois polos hospitalares.

Quadro 3 – Projetos de investimento com financiamento aprovado

Financiamento	Projetos	Estado
RCM 39/2014 $3{,}8x10^6$ €	Edifício H09 - Saúde Mental e CEIP Reabilitação do refeitório Construção da central de resíduos Ampliação do internamento (32 camas)	Concluído
LIM + LPM $4{,}3x10^6$ €	Remodelação do interior do edifício H01 Remodelação do Serviço de Imagiologia	Concluído Em curso
PIAS $5{,}7x10^6$ €	Remodelação de Redes Técnicas Implementação de Medidas de Segurança Remodelação da Cozinha	Concluído Concluído Em curso
LIM $0{,}3x10^6$ €	Demolição de edifício e construção de parque de estacionamento (HFAR/PP) Reabilitação da fachada principal do edifício neoclássico (HFAR/PP)	Concluído
SAMA 2020 $0{,}46x10^6$ €	Aquisição do sistema de informação de gestão hospitalar GLOBALCARE	Concluído

Fonte: Adaptado a partir de dados do HFAR (e-mail, 17 de março de 2023)

Considerando que, no triénio 2014-2016, não foi possível concluir a totalidade das empreitadas projetadas pela RCM n.º 39/2014, de 19 de junho, no montante de 21,9 milhões de euros, o EMGFA submeteu à aprovação da Tutela um novo projeto de RCM, solicitando autorização para a transição do saldo orçamental (18,1 milhões de euros), no sentido de viabilizar os projetos elencados no Quadro 4.

Quadro 4 – Projetos de investimento a aguardar financiamento

Financiamento	Projetos	Estado
Proposta de RCM $18{,}1x10^6$ €	Construção do Edifício H05 – novo bloco operatório Construção do Edifício da UEFISM Remodelação do Edifício A1	Aguarda financiamento

Fonte: Adaptado a partir de dados do HFAR (e-*mail*, 17 de março de 2023)

De facto, "[…] a construção do edifício H05 reveste-se de particular importância para o incremento da capacidade assistencial do polo de Lisboa, designadamente da sua capacidade cirúrgica, bem como das atividades de hemodiálise e internamento cirúrgico" (EMGFA, 2022a, p. 52), constituindo valências críticas na resposta às necessidades de cuidados de saúde e expectativas dos utentes.

Supletivamente, o HFAR elabora planos anuais de investimento, financiados pelo seu orçamento de funcionamento, visando a melhoria qualitativa e quantitativa do parque de equipamentos médicos, do parque informático e dos sistemas de informação do hospital (EMGFA, 2022a). Segundo Guerreiro (2023, p. 17), "Na área das infraestruturas e equipamentos está em marcha um conjunto de projetos tendentes a modernizar os espaços físicos e o parque de equipamentos do hospital, que apresentam diferentes níveis de

execução […]". Ainda neste âmbito (T. Sousa, *op. cit.*) refere que, "no entanto, não têm sido explorados outros instrumentos para investimentos mais avultados, que não se encontram ao alcance do orçamento anual do HFAR", sendo que 92 % dos entrevistados enfatizou o planeamento plurianual como um mecanismo importante para a capacitação e modernização hospitalar, referindo a LPM e a LIM como principais instrumentos de financiamento (Apêndice C). Neste particular, H. Carreiras (entrevista por *e-mail*, 20 de abril de 2023), enfatizou que "a legislação em vigor prevê que as entidades públicas devem dispor de planos plurianuais de investimentos, competindo ao MDN, na medida das capacidades e recursos disponíveis, assegurar os meios necessários para a sua concretização".

No tocante ao recrutamento e retenção de RH, o adequado preenchimento do Quadro Orgânico de Pessoal (QOP), aprovado pelo Despacho do CEMGFA, de 30 de julho de 2015, constitui-se no referencial para assegurar o regular funcionamento do hospital, considerando que "a escassez de recursos qualificados registada em áreas tão sensíveis como a medicina e a enfermagem compromete, em grande medida, o desempenho eficaz e seguro dos sistemas e das organizações de saúde" (Fernandes & Pinto, 2022, p. 55). Porém, segundo o (TC, 2020b, p. 27), à data da auditoria "[…] o quadro de pessoal das unidades orgânicas do EMGFA responsáveis pelo HFAR encontrava-se preenchido em 65 % […], sendo o défice mais relevante o do pessoal militar diretamente ao serviço do HFAR, preenchido em apenas 51 %", fruto da notória dificuldade em recrutar e reter profissionais de saúde, designadamente médicos e enfermeiros.

Segundo T. Sousa (*op. cit.*), "a insuficiência de recursos dos ramos tem obrigado à mobilização de profissionais de saúde altamente diferenciados e em fase mais avançada da carreira para o desempenho de funções mais indiferenciadas e impeditivas da prática regular na sua área de diferenciação". Por outro lado, "a competição dos grupos privados de saúde, em termos remuneratórios, tem conduzido à saída de médicos das FFAA, por falta de atratividade" (F. Branco, *op. cit.*).

O EMGFA (2022a, p. 45), confirma a persistência na existência de "[…] um défice bastante significativo nos quadros especiais de saúde, e particularmente no pessoal militar […]", com especial incidência na categoria profissional dos médicos. Os dados compilados no Quadro 5, reportados a 31 de dezembro de 2022, evidenciam um défice significativo de médicos (48,48 %), relativamente ao QOP aprovado para o HFAR.

Quadro 5 – Recursos Humanos do Hospital das Forças Armadas (2022)

Categoria Profissional	QOP			Existências (31DEZ22)			Desvio			
	Militar	Civil	Total	Militar	Civil	Total	Militar	Civil	Total	%
Médicos	180	117	**297**	72	81	**153**	-108	-36	**-144**	**48,48**
Médicos dentistas	13	7	**20**	8	3	**11**	-5	-4	**-9**	**45,00**
Farmacêuticos	15	0	**15**	13	0	**13**	-2	0	**-2**	**13,33**
Enfermeiros	295	146	**441**	156	130	**286**	-139	-16	**-155**	**35,15**
Téc. Sup. Saúde	9	22	31	6	15	**21**	-3	-7	**-10**	**32,26**
TSDT	73	81	154	17	86	**103**	-56	5	**-51**	**33,12**
Socorristas/AAM	124	148	272	37	125	**162**	-87	-23	**-110**	**40,44**
Outros	217	233	450	124	144	**268**	-93	-89	**-182**	**40,44**
Totais:	**926**	**754**	**1680**	**433**	**584**	**1017**	**-493**	**-170**	**-663**	**39,46**

Fonte: Adaptado a partir de dados do HFAR (*e-mail*, 17 de março de 2023)

O relatório da auditoria do TC (2020b, p. 28), considera que "[…] as várias estruturas do EMGFA responsáveis pela gestão do HFAR não dispõem dos poderes necessários à gestão dos recursos humanos militares a afetar à saúde militar, nomeadamente ao HFAR". No entanto, nos termos do n.º 3 do art.º 44.º da LOEMGFA (Decreto-Lei n.º 19/2022), a Direção de Saúde Militar (DIRSAM) "assegura a gestão centralizada do pessoal de saúde que seja colocado sob responsabilidade do EMGFA, nos termos determinados em diploma próprio", cuja publicação se aguarda.

No contexto da reestruturação do SSM, a DESSM estabeleceu como objetivo estratégico setorial, para o período 2022-2027, "Desenvolver o modelo de gestão centralizada na DIRSAM.", definindo uma linha de ação especificamente dirigida a "Implementar a gestão centralizada dos recursos humanos da saúde militar na DIRSAM" (EMGFA, 2022b, pp. 21-26). Da análise de conteúdo das entrevistas realizadas (Apêndice C) infere-se que apenas 31 % dos entrevistados fez referência a uma gestão centralizada dos QES, relevando, no entanto, a posição de P. Campos (*op. cit.*), que preconiza "[…] uma gestão centralizada dos QES, complementada por um plano de formação, que viabilize a aquisição transversal de competências clínicas adequadas à satisfação das necessidades das componentes operacional e assistencial da SM".

Concorrentemente, "o preenchimento do mapa de pessoal civil tem sido limitado, não só pelas restrições orçamentais comuns à Administração Pública, mas também pela falta de candidatos a lugares colocados a concurso" (TC, 2020b, p. 27), sendo que, "Para colmatar as lacunas do QOP, verifica-se um recurso sistemático do HFAR a prestadores de serviços, […]" (TC, 2020b, p. 30). Como corolário, o EMGFA salienta que relativamente aos

procedimentos concursais para recrutamento de profissionais de saúde para o mapa de pessoal civil do HFAR, iniciados no último trimestre de 2020, "[…] do total das 41 vagas abertas […] ficaram por preencher 7 vagas por falta de candidatos na carreira especial médica […] originadas pelas restrições orçamentais, desencorajando assim o vínculo laboral ao Estado" (EMGFA, 2022a, p. 46).

O Quadro 6 reflete a evolução, tendencialmente crescente, do recurso à contratação de prestadores de serviços com o objetivo de atenuar a crescente de carência RH do HFAR, no quinquénio 2018-2022.

Quadro 6 – Défice de efetivos versus contratação de prestadores de serviços (2018-2022)

	QOP	**Existências**				
		2018	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**
Militares	926	459	455	445	441	433
Civis	754	663	611	599	604	584
Total	**1 680**	**1 122**	**1 066**	**1 044**	**1 045**	**1 017**
Défice de efetivos		-558	-614	-636	-635	-663
Prestadores de serviços		**280**	**300**	**325**	**331**	**352**

Fonte: Adaptado a partir de dados do HFAR (*e-mail*, 17 de março de 2023)

Considera ainda o TC (2020b, p. 11) que, "tratando-se de necessidades permanentes do HFAR, o trabalho realizado pela maioria destes prestadores de serviços podia ser desempenhado por médicos militares ou civis com vínculo de emprego público […]", com benefícios para a consolidação do corpo clínico, refletindo-se no incremento da diferenciação técnica e obtenção de idoneidade formativa à Ordem dos Médicos, designadamente em especialidades médicas vocacionadas especificamente para o apoio à componente operacional do SF.

3.3 Desempenho assistencial

O referencial para aferição do desempenho assistencial do HFAR assenta nos programas funcionais dos polos hospitalares, tendo em consideração "o perfil assistencial, a atividade por linha assistencial e o dimensionamento dos principais recursos físicos" (Despacho n.º 16437/2011).

A análise comparativa da capacidade assistencial atualmente instalada, relativamente à capacidade projetada nos programas funcionais dos dois polos hospitalares (Apêndice E), evidencia um subdimensionamento em linhas assistenciais críticas para o SSM, destacando-se:

- No HFAR/PL, a capacidade de internamento (62,75 %) e a atividade cirúrgica (50 %);

- No HFAR/PP, a capacidade de internamento (70,94 %);

Concomitantemente, o Quadro 7 espelha os dados de produção hospitalar, registados no último quinquénio, constatando-se que:

> Apesar de os Programas Funcionais do HFAR […] ainda não estarem completamente executados, com reflexos na produção, aquém da projetada […], os indicadores de eficiência analisados, por comparação com os projetados e com hospitais do SNS, revelam que a capacidade instalada no internamento do HFAR, […] não está a ser adequadamente rentabilizada. (TC, 2020b, p. 33)

Quadro 7 – Produção hospitalar do Hospital das Forças Armadas (2018-2022)

	Linha Assistencial	Atividade projetada	Produção hospitalar									
			2018		2019		2020		2021		2022	
HFAR/PL	Internamentos	**7 289**	4 168	57,18%	3 661	50,23%	3 600	49,39%	4 675	64,14%	5 246	71,97%
	Cirúrgias totais	**6 833**	2 535	37,10%	2 903	42,48%	2 069	30,28%	2 754	40,30%	3 374	49,38%
	Episódios de urgência	**21 782**	12 754	58,55%	13 115	60,21%	11 082	50,88%	12 325	56,58%	15 245	69,99%
	Consultas	**237 695**	120 196	50,57%	123 405	51,92%	92 489	38,91%	111 205	46,78%	117 308	49,35%
	Sessões Quimioterapia	**2 310**	1 556	67,36%	2 038	88,23%	1 683	72,86%	1 708	73,94%	2 271	98,31%
	Sessões Hemodiálise	**3 821**	190	4,97%	2 905	76,03%	4 232	110,76%	4 219	110,42%	4 061	106,28%
HFAR/PP	Internamentos	**3 680**	2 884	78,37%	1 860	50,54%	1 944	52,83%	2 160	58,70%	2 126	57,77%
	Cirúrgias totais	**3 576**	1 197	33,47%	1 252	35,01%	1 201	33,59%	1 600	44,74%	1 539	43,04%
	Episódios de urgência	**9 636**	5 290	54,90%	5 723	59,39%	5 292	54,92%	5 554	57,64%	5 724	59,40%
	Consultas	**64 418**	54 804	85,08%	54 574	84,72%	39 542	61,38%	44 869	69,65%	50 023	77,65%
	Sessões Quimioterapia	**4 680**	11	0,24%	1 907	40,75%	1 930	41,24%	2 483	53,06%	2 314	49,44%
	Sessões Hemodiálise	**3 744**	721	19,26%	950	25,37%	1 103	29,46%	1 124	30,02%	1 129	30,15%
HFAR	Internamentos	**10 969**	7 052	64,29%	5 521	50,33%	5 544	50,54%	6 835	62,31%	7 372	67,21%
	Cirúrgias totais	**10 409**	3 732	35,85%	4 155	39,92%	3 270	31,42%	4 354	41,83%	4 913	47,20%
	Episódios de urgência	**31 418**	18 044	57,43%	18 838	59,96%	16 374	52,12%	17 879	56,91%	20 969	66,74%
	Consultas	**302 113**	175 000	57,93%	177 979	58,91%	132 031	43,70%	156 074	51,66%	167 331	55,39%
	Sessões Quimioterapia	**6 990**	1 567	22,42%	3 945	56,44%	3 613	51,69%	4 191	59,96%	4 585	65,59%
	Sessões Hemodiálise	**7 565**	911	12,04%	3 855	50,96%	5 335	70,52%	5 343	70,63%	5 190	68,61%

Fonte: Adaptado a partir de dados do HFAR (*e-mail*, 17 de abril de 2023)

Com o objetivo de incrementar a capacidade instalada, aguarda-se a autorização para transição do saldo não utilizado (18,1 milhões de euros), no âmbito do financiamento plurianual, aprovado pela RCM n.º 39/2014, "[…] viabilizando, desta forma, a adequação faseada das infraestruturas ao universo de utentes a servir" (EMGFA, 2022a, p. 51).

Adicionalmente, na sinopse do relatório da auditoria do TC (2020b, p. 5) é referido que "Existe capacidade instalada no HFAR que se encontra subutilizada, particularmente por as prestações ao [SNS], que previam a realização, pelo HFAR, de exames e cirurgias aos utentes do SNS, terem ficado aquém do esperado".

No tocante ao reforço da articulação com o SNS, Jorge e Valente (2019, p. 16), relevaram que "existem áreas de excelência e de tradição no [HFAR], como medicina

hiperbárica, medicina nuclear, estomatologia diferenciada, exames complementares de diagnóstico […]", que constituem valências diferenciadoras, exclusivas da SM, que o HFAR tem procurado rentabilizar, celebrando protocolos de cooperação na área clínica, com diversas entidades do SNS, do Ministério da Administração Interna e prestadores do setor privado. Apesar de 92 % dos entrevistados ter referido a importância da complementaridade e cooperação com o SNS para estimular o desempenho assistencial (Apêndice C), T. Sousa (*op. cit.*), considera que, "[…] enquanto o HFAR não dispuser de recursos humanos suficientes para o cumprimento da sua missão, não será possível reforçar a cooperação e complementaridade com o SNS, para além da já existente, bastante residual".

3.4 Síntese conclusiva

Em face do exposto, e em resposta à QD 1 - C*omo se caracteriza o MG do HFAR?* concluiu-se que:

- No tocante ao modelo organizacional:
  - A complexidade da estrutura hierárquico-funcional, alicerçada numa cultura burocrática altamente centralizada no Diretor e na excessiva dependência administrativa do EMGFA, limita a autonomia na gestão e a flexibilidade na resposta às exigentes solicitações com que o HFAR é recorrentemente confrontado;
  - A atual Direção do HFAR, não integrando gestores dotados de competências técnicas de gestão, configura uma estrutura de governação atípica, vocacionada, essencialmente, para a governação clínica. Acresce a elevada rotatividade no provimento dos cargos de Direção e da estrutura executiva de apoio, com reflexos negativos na estabilização de processos e retenção de *know how*. A reduzida estabilidade e insuficiente capacitação da estrutura de governação condicionam a produção de planos de atividades, orçamentos, demonstrações financeiras, relatórios de atividades e de gestão, bem como de outros documentos de apoio à decisão, que configuram instrumentos de responsabilização da Direção pelos atos praticados e resultados alcançados;
  - A inexpressiva descentralização da gestão nos níveis intermédio e operacional, tem inviabilizado a agregação de serviços de natureza homogénea, em unidades de gestão intermédia dotadas de autonomia técnica e funcional, materializada na criação de centros de responsabilidade, com objetivos próprios, orientadores da respetiva atividade.

- Relativamente à sustentabilidade financeira:
  - O modelo de financiamento da atividade hospitalar evidencia uma elevada dependência da arrecadação de receitas próprias, situação que compromete a sustentabilidade do hospital e, consequentemente, o seu desempenho assistencial, restringindo o acesso dos utentes;
  - O investimento na expansão, reequipamento e modernização do hospital, encontra-se fortemente condicionado por constrangimentos orçamentais e restrições legais, impostas pelo enquadramento aplicável, de forma transversal e indiferenciada, a toda a administração pública. Paralelamente, verifica-se uma reduzida exploração de fontes de financiamento alternativas, no âmbito de fundos estruturais de financiamento do setor da saúde em Portugal. Como condicionante adicional, sobressai a excessiva dependência, da Direção de Finanças do EMGFA, para o desenvolvimento de processos de empreitadas de expansão de infraestruturas e aquisição de equipamento hospitalar pesado, em montantes superiores à competência subdelegada no Diretor do HFAR para a realização de despesas públicas;
  - A recorrente carência de recursos humanos, nas áreas clínica e de apoio, constitui-se num constrangimento ao cumprimento da missão do hospital, sistematicamente mitigado pelo recurso à contratação de prestadores de serviços, como solução de recurso, que se traduz em ineficiências, quer do ponto de vista clínico, quer numa perspetiva económico-financeira. As imposições legais limitativas da contratação de profissionais para o mapa de pessoal civil do HFAR, a par da reduzida atratividade remuneratória, dificultam o adequado preenchimento dos postos de trabalho do QOP. Concorrentemente, a exiguidade de militares dos QES, com gestão centralizada nos Ramos de origem, denota dificuldades na afetação parcimoniosa de recursos mais diferenciados ao HFAR.
- Em termos de desempenho assistencial:
  - O desvio da produção hospitalar efetivamente registada relativamente à produção projetada nos programas funcionais dos dois polos hospitalares, traduz-se na incapacidade de responder oportunamente às necessidades de saúde dos utentes que definem o perfil assistencial do hospital, designadamente no HFAR/PL, com

maior impacto nas valências cirúrgicas e na capacidade de internamento, gorando as legítimas expectativas do vasto universo de utentes;

- A dificuldade na consolidação de um sistema de monitorização permanente dos índices de produtividade hospitalar e de desempenho económico-financeiro, constitui-se num entrave à produção de informação de gestão fidedigna para apoio à decisão. Este constrangimento impede a oportuna deteção e correção de eventuais desvios relativamente a referenciais de desempenho, com reflexos negativos na introdução de ganhos de eficiência;
- A incapacidade de manter o esforço de robustecimento dos mecanismos de colaboração e complementaridade com hospitais do SNS e/ou outras entidades e estruturas de saúde, públicas ou privadas, fruto da crescente exiguidade de recursos humanos e do esgotamento da capacidade instalada sobrante, consubstancia um impasse no desenvolvimento e modernização hospitalar, impactando, subsequentemente, no recrutamento e retenção de RH diferenciados.

4. Modelos de governação de hospitais congéneres

No presente capítulo caracterizam-se os modelos governação de hospitais do SNS e hospitais militares de países europeus, identificando boas práticas que possam configurar melhorias ao MG do HFAR.

4.1 Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

No decurso das duas últimas décadas, os hospitais do SNS foram submetidos a um progressivo processo de reforma, com o objetivo de melhorar a equidade no acesso, incrementar a qualidade dos serviços prestados e a satisfação dos utentes e profissionais de saúde. Nesse sentido, assistiu-se à sucessiva reformulação da organização interna e do MG dos hospitais públicos, procurando majorar a eficiência com vista à indispensável sustentabilidade económico-financeira (MS, 2010). Efetivamente, procurou introduzir-se "uma maior descentralização na estrutura funcional e a uma maior capacidade diretiva dos órgãos máximos e intermédios de gestão hospitalar, […] bem como uma identificação clara das suas responsabilidades na cadeia hierárquica" (Rego & Nunes, 2010, p. 256).

Nesta conjuntura, Nunes (2017, p. 156), considera que a reforma hospitalar foi motivada por ineficiências de gestão (Quadro 8), que impeliram o denominado processo de "empresarialização dos hospitais públicos".

Quadro 8 – Fatores impulsionadores da reforma hospitalar no SNS

Dimensão	Fator impulsionador
Modelo organizacional	Elevada dependência do poder central do Governo; Imperativos burocráticos; Limitada flexibilidade e autonomia de gestão; Desmotivação de gestores e profissionais de saúde.
Sustentabilidade financeira	Suborçamentação; Modelo de financiamento suportado em dados históricos; Dificuldades na contratação de recursos humanos. Falta de incentivos; Morosidade nos processos de empreitada e aquisição de equipamentos.
Desempenho assistencial	Baixa produtividade; Fraca qualidade dos cuidados prestados.

Fonte: Adaptado de Nunes (2017)

Na implementação da reforma, orientada para a adoção de novo paradigma de governação hospitalar, caracterizado pela introdução de práticas de gestão empresarial, os hospitais do SNS assumiram, sucessivamente, diversos regimes jurídicos – Hospitais integrados no Setor Publico Administrativo (SPA), Sociedade Anónima, Parceria Público-Privada e Entidade Pública Empresarial (EPE), e novos modelos de organização, destacando-se a criação dos centros hospitalares, resultantes da agregação de dois ou mais

hospitais de uma mesma região, como forma de integração horizontal de cuidados de saúde (Nunes, 2020, pp. 155-158).

No atual contexto, o regime jurídico predominante no SNS é o dos estabelecimentos de saúde EPE (21 centros hospitalares, 11 hospitais, oito unidades locais de saúde e três institutos oncológicos), integrados no Setor Empresarial do Estado, dotados de autonomia administrativa, financeira e patrimonial.

O MG dos hospitais EPE é regulado pela Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro) e pelo Estatuto do SNS (Decreto-Lei 52/2022), recentemente revisto no intuito de conferir maior autonomia e flexibilidade de gestão aos CA, designadamente, na contratação de trabalhadores, no investimento e na implementação de estruturas de gestão intermédia, constituídas por equipas multidisciplinares, dotadas de autonomia funcional, envolvendo e responsabilizando os profissionais na prossecução dos resultados.

Compete ao [CA], enquanto órgão colegial responsável pela gestão estratégica do hospital, "[…] a definição e o cumprimento dos princípios fundamentais, bem como o exercício de todos os poderes de gestão que por lei estejam atribuídos aos órgãos máximos de gestão" (Bernardino, 2022, p. 110). Segundo Rodrigues (2023, p. 35), o CA "passa a ser desempenhado por gestores públicos, cuja atividade se prende com a obtenção da máxima produtividade na aplicação dos recursos escassos, através de uma gestão profissional, no contexto do setor público", assumindo particular relevância, a complementaridade entre todos os membros que integram o órgão máximo de gestão (R. Sepúlveda, entrevista presencial, 10 de março de 2023).

No tocante às alterações introduzidas pelo novo estatuto do SNS, e não obstante os constrangimentos administrativos decorrentes da dupla tutela, do MS e Ministério das Finanças (MF), e da sujeição às regras da contratação pública, R. Castanheira (entrevista presencial, 06 de março de 2023) confirmou que com a revisão do estatuto do SNS, os hospitais EPE beneficiaram, efetivamente, de maior autonomia na contratação e no investimento, não carecendo de autorização do MF para projetos previstos nos respetivos planos de atividade e orçamento, até um montante máximo (2,5 milhões de euros), superior ao que vigorava do antecedente (2 % do capital estatutário do hospital).

Esta flexibilização administrativa é corroborada por R. Sepúlveda (*op. cit.*), realçando ainda a vantagem decorrente da introdução do regime extraordinário de contratação de RH, para substituição de saídas definitivas ou ausências temporárias de profissionais de saúde,

até ao limite máximo previsto no mapa de pessoal do hospital, não podendo, no entanto, exceder os valores inscritos no plano de atividades e orçamento.

No âmbito dos RH, M. J. Batista (entrevista presencial, 20 de março de 2023) enfatiza a diferenciação técnica, os projetos de investigação, a inovação tecnológica e o trabalho em equipas multidisciplinares, como fatores de realização pessoal, em que o Centro Hospitalar Universitário de São João tem investido no sentido de captar, motivar e reter profissionais de saúde, na impossibilidade de os poder remunerar em função da respetiva diferenciação e desempenho.

Relativamente ao modelo de financiamento dos hospitais EPE, suportado em contratos-programa, R. Sepúlveda (*op. cit.*) referiu que configura "um bom princípio, mas que carece de ser ajustado à realidade", considerando que a formação de preços nos contratos-programa para 2023, tendo por base referenciais de 2015, não acompanha o desenvolvimento tecnológico (procedimentos endoscópicos, medicamentos oncológicos e biológicos) entretanto registado, facto que, em algumas situações, provoca assimetrias entre o financiamento e os custo real dos cuidados prestados.

No Quadro 9 elencam-se os principais aspetos caraterizadores do MG dos hospitais EPE, correlacionando-os com os indicadores definidos para duas dimensões (modelo organizacional e Sustentabilidade financeira) do conceito estruturante (governação hospitalar), sobre o qual foi edificado o modelo de análise.

Quadro 9 – Caracterização do MG dos estabelecimentos de saúde EPE

Indicador	Caracterização do MG dos hospitais EPE
Autonomia e responsabilização	São dotados de autonomia administrativa, financeira e patrimonial; Possuem órgãos de administração (CA), fiscalização (fiscal único) e consulta (conselho consultivo); O regulamento interno define a estrutura, organização e funcionamento.
Competências de gestão	A Seleção das equipas de gestão obedece ao critério da competência técnica, de gestão e liderança.
Gestão descentralizada	Organização baseada na autonomia de gestão/níveis intermédios de responsabilidade; Incentivo à criação de Centros de Responsabilidade Integrados (CRI), como níveis de gestão intermédia que visam potenciar os resultados; Implementação da contratualização interna.
Recursos humanos	Sujeição às regras próprias do Código do Trabalho; Regime excecional de contratação para substituição de ausências temporárias; Regime de trabalho suplementar para reduzir o recurso a prestadores de serviços; Possibilidade de exercício de funções em regime de dedicação plena.
Financiamento	Assegurado por verbas do Orçamento do Estado; Financiamento da atividade através de mecanismos de contratualização externa; Compras conjuntas, através dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde.
Investimento	Obedece a uma planificação plurianual (plano plurianual de investimentos); Tem por base os planos diretores dos hospitais.

Fonte: Adaptado da Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro e DL n.º 55/2022, de 4 de agosto

Os dados de monitorização do desempenho assistencial e económico-financeiro dos hospitais do SNS, são divulgados no portal da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), com base no reporte de acompanhamento dos contratos-programa, mensalmente submetido pelos hospitais (Despacho n.º 11374/2011, de 29 de agosto), "[…] reforçando, desta forma, os mecanismos de transparência e de responsabilização, da gestão". Segundo Nunes (2016, p. 8) "[…] o grande foco neste processo foram questões relacionadas com a melhoria do desempenho na produção hospitalar, com vista a efetuar um melhor racionamento de recursos e travar o crescimento abrupto com as despesas da saúde a nível hospitalar".

4.2 Hospitais militares de países europeus

Neste subcapítulo procede-se a uma breve caracterização dos modelos de governação de dois hospitais militares de países europeus, com enfoque nas dimensões subjacentes ao conceito de governação hospitalar.

4.2.1 *Centraal Militair Hospitaal*, em *Utrecht* (Países Baixos)

O *Centraal Militair Hospitaal* constitui-se num hospital de retaguarda, integrado na estrutura de saúde da defesa, na dependência do CEMGFA dos Países Baixos (Figura 5).

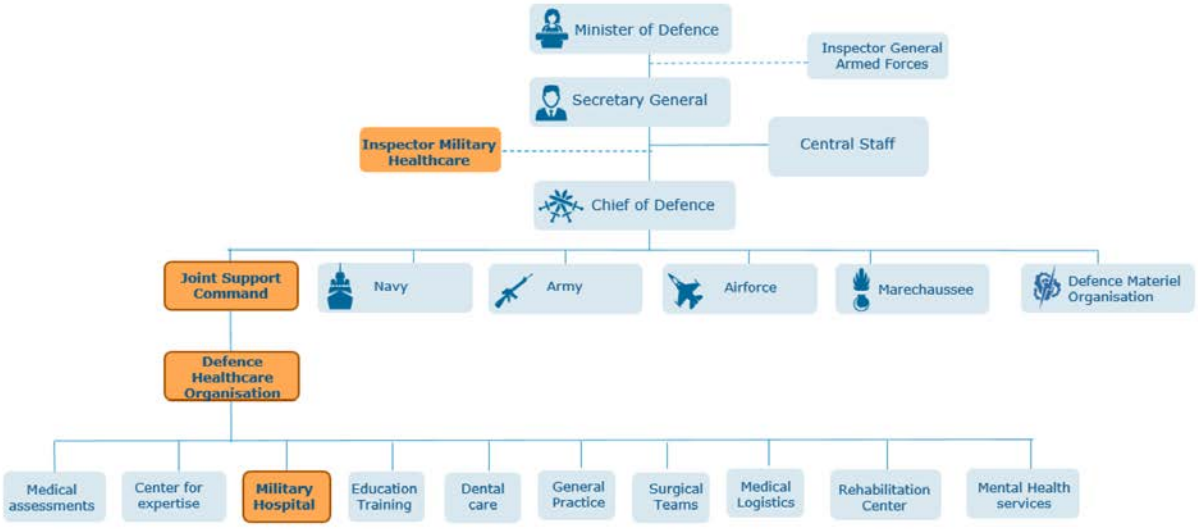


Figura 5 – Sistema de Saúde Militar dos Países Baixos

Fonte: *Centraal Militair Hospitaal* (*e-mail*, 20 de fevereiro de 2023)

A organização interna do hospital (Figura 6), integra uma estrutura de gestão de topo (*Managing Board),* composta por três militares (Diretor, Diretor Clínico e Administrador), sendo que o cargo de administrador é atualmente provido por um elemento civil.

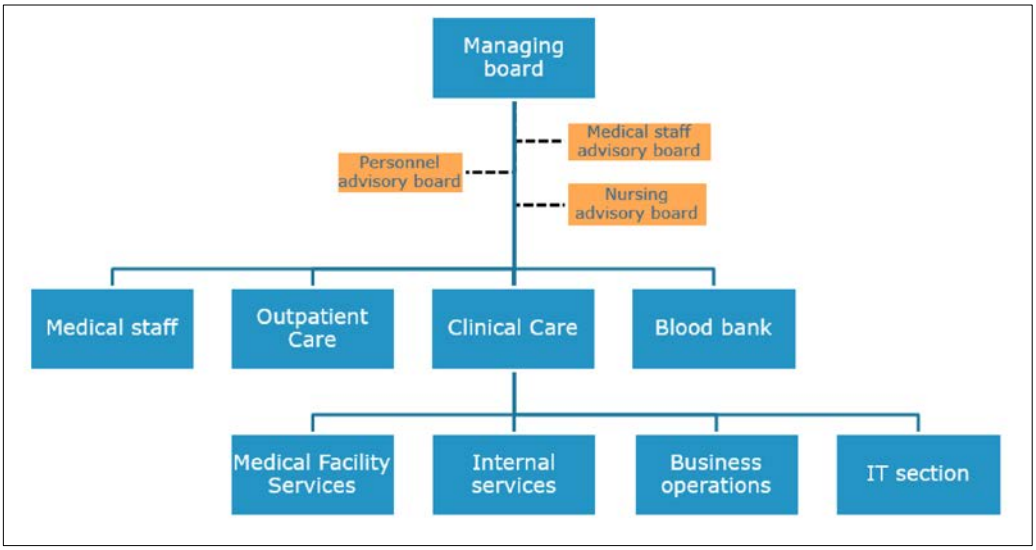


Figura 6 – Estrutura orgânica do *Centraal Militair Hospitaal*

Fonte: *Centraal Militair Hospitaal* (e-mail, 20 de fevereiro de 2023)

O hospital não dispõe de autonomia financeira, estando sujeito à legislação aplicável ao Ministério da Defesa, em termos de contração de RH, processos aquisitivos e investimento. O financiamento da atividade assistencial e do investimento na modernização e capacitação hospitalar, é assegurado por receitas próprias provenientes da prestação cuidados de saúde (40%) e por dotações orçamentais disponibilizadas pelo Ministério da Defesa (60%). Parte dos cuidados de saúde prestados aos militares é assegurada pelo hospital universitário de *Utrecht*, contiguo ao *Centraal Militair Hospitaal*, com base numa parceria estratégica, que inclui a partilha de instalações hospitalares, profissionais de saúde, serviços clínicos e serviços de apoio, bem como a cooperação com o hospital de emergência e catástrofe (R. Bergman, entrevista por *e-mail*, 20 de fevereiro de 2023). Os mecanismos de cooperação e complementaridade estabelecidos, envolvendo um hospital de ensino e investigação, um hospital militar e um centro de trauma, induzem sinergias na criação de uma infraestrutura robusta, com sólido conhecimento e elevada prontidão (*Centraal Militair Hospitaal*, s.d.).

4.2.2 *Hôpital d'Instruction des Armées Percy*, em Paris (França)

O *Hôpital d'Instruction des Armées Percy*, faz parte de uma rede hospitalar constituída por oito hospitais militares, que integram a *Direction des Hôpitaux des Armées*, na dependência da *Direction Centrale du Service de Santé des Armées* (Figura 7), que depende hierarquicamente do Chefe do Estado-Maior das FFAA Francesas.

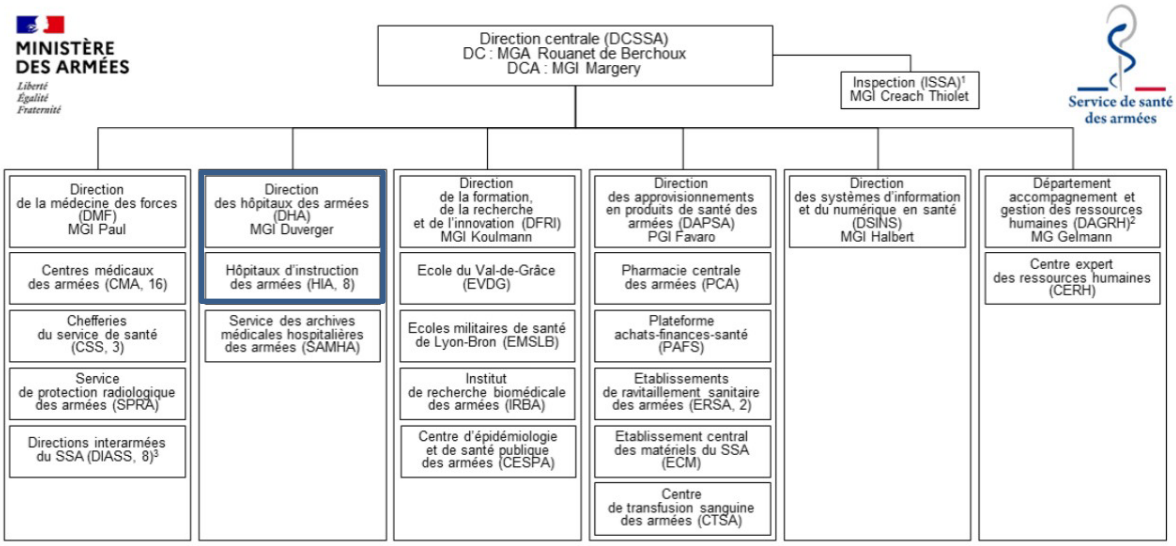


Figura 7 – Sistema de Saúde Militar Francês

Fonte: *Hôpital d'Instruction des Armées Percy* (*e-mail*, 17 de abril de 2023)

Em termos de organização interna (Figura 8), o hospital integra uma estrutura de gestão de topo (*Chefferie)*, composta por cinco militares (Médico-chefe, Médico-chefe adjunto, Enfermeiro-chefe, Administrador e um Médico, representante de todos os médicos do hospital, escolhido pelo Médico-chefe).

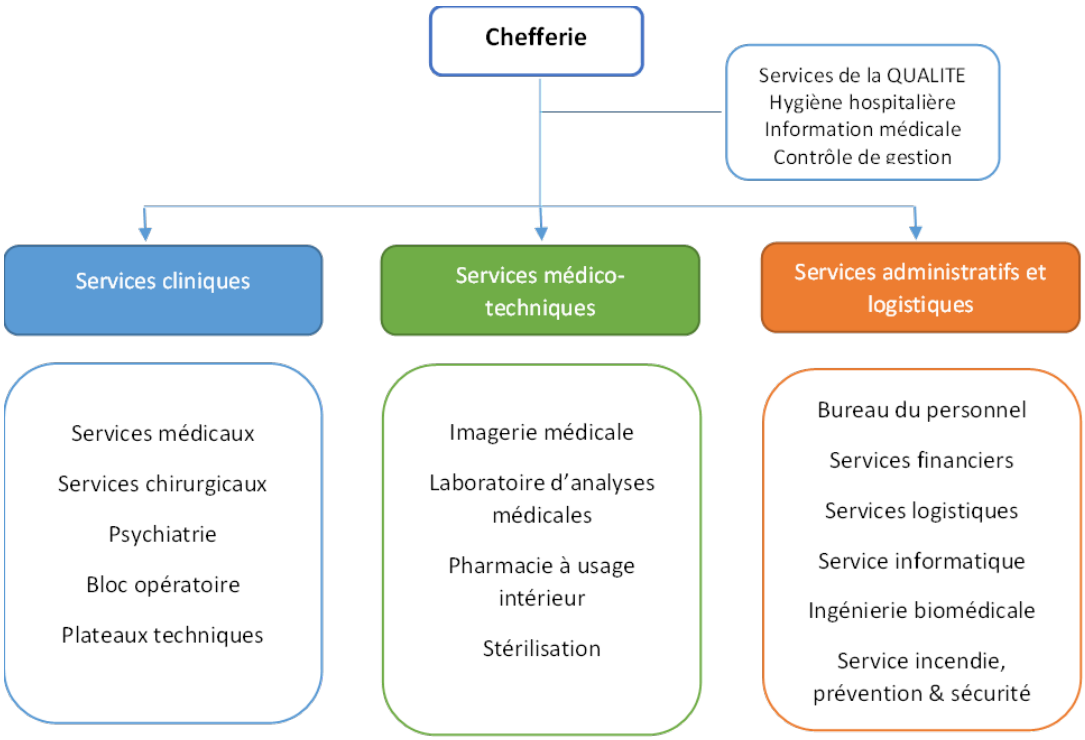


Figura 8 – Estrutura orgânica do *Hôpital d'instruction des Armées Percy*

Fonte: *Hôpital d'Instruction des Armées Percy* (*e-mail*, 17 de abril de 2023)

Pese embora a missão prioritária do hospital se centrar no apoio à componente operacional das FFAA, contribui, de forma expressiva, para o serviço público de saúde, através da prestação de cuidados de saúde a beneficiários da segurança social e utentes detentores de seguros de saúde, apoiando um universo de 66.000 utentes (78 % civis e 22 % militares). A atividade assistencial do hospital é assegurada por uma força de trabalho constituída por 1.390 efetivos (militares e civis), dos quais 75 % são profissionais de saúde e 25 % integram os serviços de apoio (*Hôpital d'Instruction des Armées Percy*, s.d.).

A *Chefferie* do hospital depende hierarquicamente do Diretor da *Direction des Hôpitaux des Armées*, com quem contratualiza os objetivos de desempenho assistencial e o plano de investimento para a capacitação e modernização hospitalar. O hospital dispõe de total autonomia de gestão dos recursos atribuídos, sob monitorização periódica da *Direction des Hôpitaux des Armées*, que responsabiliza os gestores dos oito hospitais que superintende, pela concretização dos resultados contratualizados, promovendo, em simultâneo, a adoção de medidas mitigadoras de eventuais desvios relativamente aos objetivos fixados. Paralelamente, o hospital coopera com a administração regional de saúde, da área geográfica onde se insere, para efeitos de coordenação da oferta local de cuidados de saúde. O apoio assistencial prestado pelo hospital ao universo de utentes (militares e civis) é faturado às entidades responsáveis pelo pagamento dos cuidados de saúde prestados aos respetivos beneficiários, com exceção dos cuidados de saúde operacional prestados aos militares. As receitas geradas pelo hospital revertem diretamente a favor do *Ministére des Armées*, que procede à respetiva reafectação, à *Direction Centrale du Service de Santé des Armées*, com base em critérios de repartição previamente definidos (P. Aupy, entrevista por *e-mail*, 17 de abril de 2023).

4.3 Síntese conclusiva

Em resposta à QD 2 – *Que práticas, adotadas por hospitais do SNS e hospitais militares de países europeus, configuram oportunidades de melhoria para o MG do HFAR?* destacam-se, no âmbito da governação dos hospitais públicos portugueses:

- A flexibilidade e autonomia de gestão, conferida pelo regime jurídico de EPE, consagrado no estatuto do SNS, antecipando-se uma progressiva desburocratização dos procedimentos administrativos decorrentes da dupla tutela, do MS e MF, que tem condicionado a contratação de RH e o investimento;

- A constituição de um CA, integrando membros dotados de competências técnicas diferenciadas, nas áreas clínica e de gestão, que se complementamm no sentido de congregar

e consensualizar os interesses e expectativas dos diversos *stakeholders*, facilitando, assim, a delineação e implementação da gestão estratégica do hospital;

- A descentralização da gestão, por recurso a mecanismos de contratualização interna, materializados na criação de unidades de gestão intermédia, dotadas de autonomia funcional e técnica, que assumem um compromisso de desempenho assistencial e económico-financeiro com o CA, no quadro de uma estratégia de gestão participada e de responsabilização dos gestores, pela eficiente utilização dos recursos disponíveis e pelos resultados obtidos;

- O modelo de financiamento, de natureza prospetiva, suportado na contratualização externa dos cuidados de saúde a prestar pelo hospital, como suporte orçamental da atividade assistencial e do investimento. Antevê-se a introdução de ajustamentos nos critérios de formação de preços, para que os contratos-programa reflitam, de facto, o custo efetivo dos cuidados de saúde prestados, o qual tem registado progressivos agravamentos associados à crescente inovação e desenvolvimento tecnológico do setor da saúde;

- O investimento na modernização e capacitação hospitalar, no sentido de potenciar a diferenciação técnica, como fator crítico de sucesso para o recrutamento, valorização e retenção de RH qualificados, constituindo a força de trabalho essencial a um desempenho assistencial efetivo e de qualidade;

- A permanente monitorização e divulgação de índices de desempenho assistencial e económico-financeiro, suportada em dimensões e indicadores de *benchmarking*, possibilitando a análise comparativa dos dados de unidades de saúde com dimensão e diferenciação equiparáveis, bem como a oportuna produção de instrumentos de gestão para apoio à decisão, a par da *accountability* e do rigor e transparência na prestação de contas.

No plano internacional, tendo por referência os dados recolhidos de dois hospitais militares europeus, releva-se:

- O estabelecimento de parcerias estratégicas com hospitais públicos universitários, como catalisador de sinergias no domínio da investigação clínica, alavancando a diferenciação técnica e capitalizando o prestígio das FFAA no seio do sistema de saúde e da sociedade civil;

- A criação de mecanismos de contratualização com as estruturas de supervisão e controlo dos sistemas de SM, que promovem a monitorização periódica dos objetivos de desempenho assistencial e económico-financeiro dos hospitais militares na respetiva dependência hierárquica.

5. Linhas orientadoras para otimização do modelo de governação do Hospital das Forças Armadas

Na sequência da caracterização dos modelos de governação de hospitais congéneres, efetuou-se uma análise SWOT do MG do HFAR (Apêndice D), correlacionando as variáveis externas do meio envolvente (oportunidades e ameaças), com as variáveis internas (pontos fortes e pontos fracos), no sentido de responder à QC – *De que forma pode ser otimizada a governação do HFAR?* Em resultado da análise efetuada, sistematizaram-se, por ordem de prioridade, seis linhas de orientação estratégica:

- Reconfigurar a estrutura hierárquico-funcional do HFAR, na sequência da aprovação do modelo de gestão proposto à Tutela (Anexo A), evoluindo de um modelo excessivamente hierarquizado, típico das estruturas do meio militar, para uma organização mais autónoma administrativamente, com incentivos à participação das estruturas intermédias na governação do hospital. No modelo proposto, a governação hospitalar é exercida por uma direção executiva, composta por cinco membros dotados de competências multidisciplinares, congregando as expectativas e interesses dos diferentes *stakeholders* e garantindo maior estabilidade temporal, num alinhamento entre processos e recursos, orientados para a resposta às necessidades de saúde dos utentes;

- Implementar o regime de autonomia administrativa, consagrado na LOEMGFA (Decreto-Lei n.º 19/2022), acautelando, com oportunidade, a reconfiguração da estrutura orgânica e funcional do hospital e a adequada afetação de recursos (humanos e financeiros) à concretização deste importante desiderato. Trata-se de uma alteração estruturante, que confere maior autonomia gestionária ao órgão de governação, responsabilizando os administradores dos diversos níveis de gestão, pelos atos praticados e resultados obtidos. No sentido de mitigar os riscos associados, viabilizando uma transição sem perturbações no desempenho assistencial, sugere-se que a mesma seja coincidente com o início de um ano económico, após a estabilização da organização interna do hospital;

- Promover o recrutamento, valorização e retenção de RH. Relativamente ao pessoal civil, através da apresentação de uma proposta de revisão legislativa, que torne extensível aos trabalhadores do HFAR o regime jurídico aplicável aos profissionais do SNS, no tocante à harmonização das condições remuneratórias e de progressão na carreira. Quanto aos militares dos QES, considera-se que deve ser equacionada a centralização da gestão, na DIRSAM, com o propósito de eliminar iniquidades de progressão na carreira dos militares de diferentes Ramos, a par da afetação parcimoniosa dos profissionais de saúde disponíveis

às diversas estruturas do SSM, observando, em simultâneo, os requisitos de progressão nas respetivas carreiras, como condição essencial para a valorização profissional e realização pessoal dos militares;

- Diversificar as fontes de financiamento. Primariamente, propondo a regulamentação de suporte à contratualização da produção hospitalar, com a DIRSAM, por analogia com o modelo de financiamento dos estabelecimentos de saúde do SNS, suportado por receitas de impostos. Esta mudança de paradigma, permitirá mitigar o risco de insustentabilidade financeira do HFAR, erradicando, simultaneamente, as disfunções provocadas pelo atual modelo de faturação, característico de uma unidade do setor privado. No tocante ao investimento na modernização e capacitação, urge explorar oportunidades e mecanismos de financiamento alternativos, à semelhança da tendência seguida pelos hospitais do SNS, intensificando a formalização candidaturas a fundos estruturais e de investimento na área da saúde;

- Reforçar a cooperação e complementaridade com o SNS, promovendo, em primeira instância, a rentabilização da capacidade assistencial sobrante, designadamente na disponibilização de valências clínicas exclusivas da SM, beneficiando, em contrapartida, da maior diferenciação técnica de hospitais do SNS, para referenciação de utentes do HFAR. Neste particular, recomenda-se dinamizar estratégias de utilização partilhada dos sistemas de informação em produtivo no SNS, agilizando a integração da informação clínica dos utentes do HFAR no Registo de Saúde Eletrónico do SNS, de forma a potenciar a eficiência na utilização de recursos e criar sinergias na referenciação de doentes, prescrição e partilha de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, monitorização e *benchmarking* de índices de produtividade hospitalar;

- Incrementar a capacidade instalada e a diferenciação técnica, estimulando o investimento na expansão e modernização hospitalar, como fator crítico de sucesso para manter a paridade com o progresso tecnológico que o setor da saúde tem registado. Destacam-se, neste contexto, as tecnologias disruptivas emergentes, com particular destaque para a digitalização da saúde, que tem registado um progresso assinável, procurando introduzir ganhos de eficiência e qualidade na prestação dos cuidados de saúde, em resposta ao *gap* entre a procura de cuidados de saúde e a capacidade de resposta. Considerando que a relação entre ciência, saúde e tecnologia será cada vez mais estreita, para além do indispensável investimento financeiro, importa reforçar o estabelecimento de parcerias com

hospitais universitários e com a academia, como mecanismo de divulgação do HFAR, catalisador da atratividade e retenção de recursos humanos qualificados.

6. Conclusões

Vocacionada essencialmente para a manutenção da aptidão física e psíquica dos militares, a SM reveste-se de vital importância para a manutenção da prontidão da componente operacional do SF. Em complemento da vertente operacional, orientada para o apoio ao cabal cumprimento das missões das FFAA, a SM integra uma componente assistencial e hospitalar, dirigida ao apoio na doença aos militares, à família militar e aos deficientes militares, no quadro dos especiais deveres e dos direitos tutelados pela condição militar.

Numa perspetiva de modernização das FFAA, visando integrar e racionalizar a capacidade instalada, a reforma do SSM tem-se constituído num objetivo presente nos programas de sucessivos Governos Constitucionais. Mereceu particular enfoque o moroso processo de integração hospitalar nas FFAA, que culminou, em maio de 2014, na criação do HFAR na direta dependência do CEMGFA. Porém, em 2019, foram diagnosticadas ineficiências no MG do hospital, que impactam negativamente na sua gestão e, consequentemente, na resposta assistencial que proporciona aos utentes.

Neste enquadramento, desenvolveu-se a presente investigação com o objetivo de propor linhas orientadoras para a otimização do MG do HFAR. Para o efeito, optou-se por um modelo de raciocínio indutivo, suportado numa estratégia de investigação qualitativa e num desenho de pesquisa de estudo de caso. Em termos metodológicos, recorreu-se à revisão de bibliografia relacionada com o tema, a par da realização de entrevistas semiestruturadas a entidades com conhecimento no contexto específico do objeto de estudo, e contextos correlacionados.

Relativamente ao OE 1, *analisar o MG do HFAR*, concluiu-se que:

- O atual modelo organizacional não proporciona a flexibilidade administrativa e a autonomia de gestão, essenciais para assegurar a produção hospitalar consentânea com a capacidade de resposta assistencial exigida a uma unidade de SM, com elevada diferenciação. O facto de o HFAR não dispor de autonomia administrativa e/ou financeira, constituindo-se numa das inúmeras dependências administrativas do EMGFA, introduz inércia no desenvolvimento dos processos subjacentes à oportuna disponibilização dos recursos necessários a um desempenho assistencial efetivo e eficiente. Releva ainda, a complexidade hierárquico-funcional da estrutura de governação, liderada por uma Direção motivada e empreendedora, evidenciando, no entanto, elevadas taxas de rotatividade no provimento dos cargos do órgão de governação de topo e da sua estrutura executiva de apoio,

bem como a inexistência de gestores hospitalares dotados de competências técnicas e experiência profissional adequada. Em suma, o modelo organizacional adotado dificulta a agilização e estabilização de processos, a retenção de conhecimento, a produção de instrumentos de gestão de apoio à decisão, a prestação de contas às entidades competentes e, principalmente, a formulação e implementação de uma estratégia de boa governação hospitalar;

- A sustentabilidade do HFAR evidencia desequilíbrios preocupantes, decorrentes, em primeira instância, do atual modelo de financiamento da atividade assistencial, excessivamente dependente da arrecadação de receitas próprias geradas pela prestação de cuidados de saúde aos beneficiários da ADM. Acrescem, os constrangimentos orçamentais inerentes às principais fontes de financiamento que suportam o investimento na expansão e capacitação do hospital (LPM e LIM), a par de um limitado recurso a fontes de financiamento supletivas. Concomitantemente, as restrições legais que condicionam o oportuno desenvolvimento dos processos de contratação pública, têm potenciado a obsolescência do parque hospitalar, inibindo a modernização, desenvolvimento tecnológico e maximização da diferenciação técnica. Merece especial relevo, a progressiva redução de RH qualificados, motivada pela impossibilidade de contratar profissionais sem autorização prévia do MF, fruto da inadequação do quadro legal aplicável, de forma transversal, a toda a administração pública. Adicionalmente, destaca-se a falta de atratividade e a reduzida capacidade de retenção, designadamente de profissionais de saúde com maior diferenciação, aliciados por condições remuneratórias mais vantajosas, oferecidas pelo sector privado em forte expansão;

- Em termos de desempenho assistencial, o HFAR apresenta, nas diferentes linhas assistenciais dos dois polos hospitalares, níveis de produção hospitalar inferiores aos projetados nos programas funcionais aprovados. Os baixos níveis de produção decorrem, essencialmente, da notória carência de profissionais de saúde, tendencialmente crescente. Verifica-se igualmente, a dificuldade na consolidação de um sistema de produção, monitorização e divulgação periódica dos índices de produtividade hospitalar, como mecanismo de apoio à decisão. No tocante à articulação com o SNS e outras estruturas de saúde dos setores social e privado, materializada na celebração de diversos protocolos de cooperação nos domínios clínico e de ensino, inferiu-se que a crescente exiguidade de RH limita a continuidade do esforço que o HFAR tem desenvolvido nesse sentido;

Relativamente ao OE 2, a*nalisar modelos de governação de hospitais do SNS e hospitais militares de países europeus*, não obstante os constrangimentos que impactam o desempenho assistencial dos hospitais do SNS, motivados pela dificuldade na resposta à crescente procura de cuidados de saúde, constatou-se que o MG prevalecente, incorpora práticas passíveis de contribuir para a melhoria da governação do HFAR, destacando-se:

- A adoção de um modelo organizacional dotado de maior autonomia de gestão, que se pretende ajustada à capacidade de resposta assistencial exigida a unidades hospitalares mais diferenciadas. Nesse sentido, o regime jurídico de EPE conferiu aos hospitais públicos autonomia administrativa, financeira e patrimonial. A gestão estratégica é assegurada por um CA, composto por um número variável de membros, em função da dimensão e diferenciação da unidade hospitalar, dotados de competências específicas e experiência profissional adequada, nas áreas clínica e de administração hospitalar. Adicionalmente, é promovida uma gestão participada, com responsabilização na consecução dos objetivos estratégicos definidos, através da criação de unidades orgânicas de gestão intermédia, dotadas de autonomia técnica e funcional, dependentes do CA, com o qual estabelecem um compromisso de desempenho assistencial e económico-financeiro;

- A sustentabilidade financeira dos hospitais públicos, assente numa filosofia contratual, materializada na celebração de contratos-programa, de acordo com os termos de referência estabelecidos anualmente pela ACSS, evidencia a correspondência entre o financiamento e a produção hospitalar esperada. Como fator diferenciador, releva o regime excecional de contratação de RH, introduzido pela recente revisão do estatuto do SNS, habilitando os CA a celebrar contratos sem termo, sempre que esteja em causa o recrutamento de trabalhadores necessários ao preenchimento dos postos de trabalho previstos no mapa de pessoal e no plano de atividades e orçamento aprovado. No que diz respeito ao investimento na modernização e capacitação hospitalar, releva-se o recurso tendencialmente crescente a fontes de financiamento alternativas, a par da maior autonomia contratual introduzida pelo estatuto do SNS, sendo que apenas carecem de aprovação do MF investimentos de montante superior a 2,5 milhões de euros, em projetos previstos nos planos de atividade e orçamentos submetidos à Tutela;

- O desempenho assistencial, monitorizado e divulgado periodicamente no portal da ACSS, visando melhorar o acesso e a qualidade do serviço prestado aos utentes, permite identificar aspetos relevantes em termos de melhoria do desempenho económico-financeiro. De forma complementar, o *benchmarking* entre os hospitais do SNS, consubstanciado na

partilha periódica de informação *online*, permite comparar resultados e explicar diferenças de performance, avaliar o potencial de melhoria de cada hospital nas principais áreas de atuação e identificar as melhores práticas e programas transversais tendentes a potenciar a melhoria conjunta.

Relativamente às práticas de governação implementadas em hospitais militares de países europeus, destacam-se, o estabelecimento de parcerias estratégicas alargadas com hospitais universitários e a contratualização interna de objetivos assistenciais e económico-financeiros com as estruturas de SM responsáveis pela supervisão dos hospitais militares.

Finalmente, para o OG, *propor contributos para otimizar a governação do HFAR*, e em resposta à QC, apresentam-se as seguintes linhas de orientação:

- Reformular o modelo organizacional, adotando um regime jurídico dotado de maior autonomia de gestão, na senda da tendência evolutiva dos modelos de governação adotados pelos hospitais públicos e hospitais militares europeus, integrando um órgão diretivo com competências multidisciplinares, que congregue as vertentes de liderança, governação clínica, gestão hospitalar e apoio jurídico, complementando-se, no sentido de acompanhar as melhores práticas gestionárias e o desenvolvimento tecnológico que o setor da saúde tem evidenciado;

- Adequar o modelo de financiamento, propondo superiormente o estabelecimento de mecanismos de contratualização, com base nos termos vigentes para os hospitais do SNS. A alteração de paradigma permitirá suportar o financiamento da atividade assistencial em dotações do Orçamento do Estado, simplificando, em simultâneo, o complexo e oneroso processo de faturação, atualmente em vigor. Urge, ainda, impulsionar a exploração de fontes de financiamento supletivas, para o desenvolvimento de projetos de investimento em inovação e modernização hospitalar, em fase com o progresso tecnológico que o setor da saúde evidencia. De capital importância, a necessidade de propor, em estreita coordenação com a DIRSAM, ajustamentos legislativos que promovam o recrutamento, valorização e retenção de recursos humanos qualificados, tendo por referência os desenvolvimentos havidos no SNS neste sensível contexto;

- Promover o incremento do desempenho assistencial, concretizando os programas funcionais do hospital, no sentido de potenciar o nível de articulação e cooperação com hospitais congéneres, nos domínios assistencial e de investigação, com o objetivo de alavancar a diferenciação técnica como fator catalisador do recrutamento e retenção de RH qualificados, bem como a partilha sinérgica de sistemas de informação na integração de

informação clínica e monitorização da performance assistencial. A consecução deste desiderato é de vital importância para a aferição de desvios relativamente a padrões de produtividade a definir, com base nas dimensões e indicadores do SNS, viabilizando a oportuna adoção de medidas mitigadoras, essenciais para uma gestão eficiente dos recursos disponibilizados.

Como contributos para o conhecimento, a investigação permitiu caracterizar o MG do HFAR, evidenciando os principais constrangimentos decorrentes de variáveis internas e de condicionantes do meio envolvente, que impactam na capacidade de resposta às necessidades de cuidados de saúde e expectativas do vasto universo de utentes do hospital. Neste contexto, destacam-se as linhas de orientação propostas, como estímulo para a formulação de uma abordagem estratégica na otimização da governação do HFAR, integrando práticas já consolidados em hospitais congéneres, sem prejuízo das especificidades de um hospital militar.

No tocante às principais limitações ao desenvolvimento da investigação, releva-se a exiguidade de bibliografia relacionada como o objeto de estudo, decorrente do reduzido período decorrido sobre a criação do HFAR e da especificidade técnica do tema. Destaca-se, ainda, a dificuldade na recolha de dados consolidados relativos ao desempenho assistencial e económico-financeiro do hospital, resultante da inexistência de instrumentos de gestão (planos e relatórios de atividades e de gestão), bem como de demonstrações financeiras de suporte à prestação de contas. Dificuldade idêntica foi sentida na obtenção de dados relativos a modelos de governação de hospitais militares de países europeus.

Quanto a estudos futuros, recomenda-se equacionar a formulação e implementação de um modelo de gestão estratégica no HFAR, alinhado com os objetivos definidos pela DESSM para o período 2022-2027, visando definir as bases e a metodologia necessárias para incrementar a eficácia e eficiência do desempenho assistencial, antecipando e adaptando-se, proactivamente, às mudanças do contexto envolvente.

Referências bibliográficas

Bernardino, M. (2022). *Gestão em saúde. Organização interna dos serviços*. Coimbra: Edições Almedina, S.A.

Bilhim, J. (2017). *Nova governação pública e meritocracia*. [Página *online*]. Retirado de https://journals.openedition.org/spp/2812#tocto1n4

Carrapato, P., Correia, P., & Garcia, B. (2019). *Governance na saúde: os desafios da operacionalização.* Saúde e Sociedade – Portal de Revistas da Universidade de São Paulo, 28(3), pp. 66-79. Doi: 10.1590/S0104-12902019190060

Centraal Militair Hospitaal. (s.d.). *Partnerships.* [Página *online*]. Retirado de https://www.defensie.nl/onderwerpen/cmh/over-het-cmh

Decreto-Lei n.º 19/2022, de 24 de janeiro (2022). *Aprova Lei Orgânica do Estado-Maior-General das Forças Armadas e procede a alteração das leis Orgânicas da Marinha, do Exército e da Força Aérea*. Diário da República, 1.ª Série, 16, 3-97. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.

Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto (2022). *Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde*. Diário da República, 1.ª Série, 150, 5-52. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.

Decreto-Lei n.º 84/2014, de 27 de maio (2014). *Cria o Hospital das Forças Armadas*. Diário da República, 1.ª Série, 101, 2960-2963. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.

Decreto-Lei n.º 155/92, de 28 de junho (1992). *Estabelece o regime de administração financeira do Estado*. Diário da República, 1.ª Série, 172, 3502-3509. Lisboa: Ministério das Finanças.

Decreto-Lei n.º 187/2012, de 16 de agosto (2012). *Cria o polo de Lisboa do Hospital das Forças Armadas*. Diário da República, 1.ª Série, 158, 4490-4492. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.

Decreto Regulamentar n.º 2/2015, de 20 de fevereiro (2015). *Estabelece a estrutura orgânica e funcional do HFAR, bem como as competências dos respetivos órgãos e os princípios de gestão aplicáveis*. Diário da República, 1.ª Série, 36, 990-995. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.

Despacho n.º 40/MDN/2019, de 18 de julho (2019). *Reforma do Sistema de Saúde Militar*. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.

Despacho n.º 55/MDN/2022, de 28 de outubro (2022). *Determina a integração patrimonial, financeira e orçamental do CMA e CMSH no HFAR. Lisboa:* Ministério da Defesa Nacional.

Despacho n.º 511/2015, de 19 de janeiro (2015). *Estabelece a responsabilidade financeira pela assunção dos encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde aos beneficiários da Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas*. Diário da República, 2.ª Série, 12, 1795-1796. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.

Despacho n.º 1702/2019, de 24 de janeiro (2019). *Estabelece a responsabilidade financeira pela assunção dos encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde aos beneficiários da Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas e revoga o Despacho n.º 511/2015, de 19 de janeiro*. Diário da República, 2.ª Série, 33, 5610-5611. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.

Despacho n.º 2064/2014, de 24 de janeiro (2014). *Aprova o Programa Funcional para o polo do Porto do Hospital das Forças Armadas*. Diário da República, 2.ª Série, 28, 4011. Lisboa: Ministerio da Defesa Nacional.

Despacho n.º 2943/2014, de 31 de janeiro (2014). *Define orientações complementares ao processo de reestruturação hospitalar em curso nas Forças Armadas.* Diário da República, 2.ª Série, 37, 5386-5388. Lisboa: Ministerio da Defesa Nacional.

Despacho n.º 11374/2011, de 29 de agosto (2011). *Determina a divulgação mensal dos dados de actividade, desempenho assistencial e económico-financeiro das entidades do Serviço Nacional de Saúde*. Diário da República, 2.ª Série, 37, 36308-36309. Lisboa: Ministerio da Saúde.

Despacho n.º 12336/2016, de 13 de outubro (2016). *Homologa o Regulamento Interno do Hospital das Forças Armadas.* Diário da República, 2.ª Série, 197, 30450-30462. Lisboa: Ministerio da Defesa Nacional.

Despacho n.º 16437/2011, de 4 de novembro. *Aprova o Programa Funcional para o polo de Lisboa do Hospital das Forças Armadas*. Diário da República, 2.ª Série, 232, 47486. Lisboa: Ministerio da Defesa Nacional.

Direção Geral de Saúde (DGS). (2014). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Roteiro de Intervenção para Governação em Saúde*. [Página *online*]. *R*etirado de http://pns.dgs.pt/files/2014/12/2014_7_governacao.pdf

Direção Geral de Saúde (DGS). (2017). *Semantica da informação em saúde.* [Página *online*]. Retirado de http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/novidades/Documents/d

icionario_V7.pdf

Dodgson, R., Lee, K., & Drager, N. (2002). *Global Health Governance. A Conceptual Review*. [Página *online*]. Retirado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68934/a85727_eng.pdf;sequence=1

Eeckloo, K., Van Herck, G., Van Hulle, C., & Vleugels, A. (2004). *From corporate governance to hospital governance: authority, transparency and accountability of Belgian non-profit hospitals' board and management*. Health Policy, 68(1), pp. 1-15. Doi: 10.1016/j.healthpol.2003.07.009

Entidade Reguladora da Saúde. (2009). *Avaliação do modelo de contratção de prestadores de cuidados de saúde pelos subsistemas e seguros de saúde*. [Página *online*]. Retirado de https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/70/Subsistemas_Seguros.pdf

Estado-Maior-General das Forças Armadas. (2019). *Memorando n.º 026/CEMGFA/2019, de 20 de novembro. Reestruturação do Sistema de Saúde Militar*. Lisboa: Autor.

Estado-Maior-General das Forças Armadas. (2021). *Diretiva Estratégica do Estado-Maior-Geneneral das Forças Armadas 2021 | 2023*. Lisboa: Autor.

Estado-Maior-General das Forças Armadas. (2022a). *Relatório de Gestão do EMGFA – 2021*. Lisboa: Autor.

Estado-Maior-General das Forças Armadas. (2022b). *Diretiva Estratégica Setorial da Saúde Militar 2022 | 2027*. Lisboa: Autor.

Estado-Maior-General das Forças Armadas. (2022c). *Proposta n.º 007/CEMGFA/2022, de 07 de novembro. (2022). Reestruturação do Sistema de Saúde Militar – Propostas legislativas de Decreto-lei e Decreto Regulamentar do Hospital das Forças Armadas*. Lisboa: Autor.

Fernandes, A. C., & Pinto, P. S. (2022). *Escolhas em Saúde*. Setubal: Salusplanet Lda.

Guerreiro, F. M. G. F. Q. (2023). *Associação Portuguesa de Desenvolvimento Hospitalar. Revista Hospital, VII(32), pp. 12-21*. [Página *online*]. Retirado de https://issuu.com/apdhpublicacoes/docs/revista_o_hospital_n32

Hôpital d'instruction des Armées Percy. (s.d.). *Qui Sommes-Nous?*. [Página *online*]. Retirado de https://www.hiapercy.sante.defense.gouv.fr/

Instituto Universitário Militar. (2020). *Procedimentos relativos à elaboração de trabalhos de investigação realizados no âmbito de cursos que não atribuem grau académico. NEP/INV-001(A1)*. Lisboa: Autor.

Jorge, A., & Valente, S. (2019). *Relatório do Estudo de Avaliação do Sistema de Saúde Militar*. [Página *online*]. Retirado de https://www.defesa.gov.pt/pt/comunicacao/documentos/Lists/PDEFINTER_DocumentoLookupList/10_Estudo-de-Avaliacao-do-Sistema-de-Saude-Militar-Relatorio

Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. (2022). *Aprova a Lei de Bases da Saúde*. Diário da República, 1.ª Série-A, 169, 55-66. Lisboa: Assembleia da República.

Lei Orgânica n.º 2/2019, de 17 de junho (2019). *Aprova a Lei de Programação Militar e revoga a Lei Orgânica n.º 7/2015, de 18 de maio*. Diário da República, 1.ª Série, 114, 2982-2985. Lisboa: Assembleia da República.

Lei Orgânica n.º 3/2019, de 3 de setembro (2019). *Estabelece a programação do investimento com vista à conservação, manutenção, segurança, modernização e edificação de infraestruturas da componente fixa do sistema de forças e estabelece as disposições sobre a gestão dos bens imóveis afetos à defesa nacional disponibilizados para rentabilização, tendo em vista a aplicação dos resultados obtidos nas medidas e projetos nela previstos*. Diário da República, 1.ª Série, 168, 3-10. Lisboa: Assembleia da República.

Ministério da Saúde. (2010). Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais (2010). *A organização interna e a governação dos hospitais*. [Página *online*]. Retirado de https://www.spmi.pt/pdf/RelatorioFinalGTHospitaisVersaoFinal2.pdf

Ministério da Saúde. (2011). Relatório final do grupo técnico para a reforma hospitalar. *Os cidadãos no centro do sistema: Os profissionais no centro da mudança*. [Página *online*]. Retirado de https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/RelatorioGTRH_Nov2011.pdf

Nunes, A. (2016). *Reformas na Gestão Hospitalar: Análise dos efeitos da empresarialização*. [Página *online*]. Retirado de https://www.researchgate.net/publication/314237252_Reformas_na_Gestao_Hospitalar_Analise_dos_efeitos_da_empresarializacao/link/58bcb03292851c471d563bdb/download

Nunes, A. (2017). *Gestão Hospitalar: Quatorze Anos de Empresarização em Portugal. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde, 6(2), pp. 154-162. Doi: 10.5585/rgss.v6i2.283

Nunes, A. (2020). *Rede hospitalar pública em Portugal: resultados de diferentes modelos organizacionais*. Lisboa: Revista de Gestão em Sistemas de Saúde (RGSS) [página *online*]. Retirado de https://www.researchgate.net/publication/342197069_Rede_hospitalar_publica_em_Portugal_resultados_de_diferentes_modelos_organizacionais.

Pinto, A. C., Santos, P. G., & Melo, T. J. (2013). *Gestão Orçamental e Contabilidade Pública* (2.ª Ed.). Cacém:ATF – Edições Técnicas.

Raposo, V. (2008). *Governação hospitalar: uma proposta conceptual e metodológica para o caso português*. [Página *online*]. Retirado de https://www.researchgate.net/publication/277090197_Governacao_hospitalar_uma_proposta_conceptual_e_metodologica_para_o_caso_portugues_Hospital_Governance_a_conceptual_and_methodological_proposal_for_the_Portuguese_case

Rego, G., & Nunes, R. (2010). *Gestão da Saúde*. Lisboa: Prata & Rodrigues Publicações.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 39/2008, de 28 de fevereiro (2008). *Aprova as orientações para a execução da reorganizaçõa da estrutura superior da defesa nacional e das forças armadas.* Diário da República, 1.ª Série, 42, 3345-3346. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 39/2014, de 19 de junho (2014). *Autoriza a realização da despesa relativa à execução das intervenções no Hospital das Forças Armadas, Polo de Lisboa e no Campus de Saúde Militar no Lumiar, para o triénio 2014-2016 e delega no Ministro da Defesa Nacional a competência para a prática de todos os atos a realizar*. Diário da República, 1ª Série, 119, 1330-1331. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 77/2019, de 28 de março. (2019). *Aprova o Programa de Investimentos na Área da Saúde e autoriza a respetiva despesa.* Diário da República, 1.ª Série, 84, 2302-2304. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.

Rodrigues, C. (2023). *Gestão em saúde. Contributos para a melhoria do SNS*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Saltman, R., Durán, A., & Dubois, W. (2011). *Governing Public Hospital. Reform strategies and the movement towards institutional autonomy. European Observatory on Health Systems and Policies.* [Página *online*]. Retirado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326425/9789289002547-eng.pdf?sequence=1

Santos, L. B., & Lima, J. M. (Coord.) 2019. *Orientações Metodológicas para a elaboração dos trabalhos de investigação*. (2.ª ed., revista e atualizada). Cadernos do IUM, 8. Lisboa: Instituto Universitário Militar.

Sarmento, M. (2013). *Metodologia cientifica para elaboração, escrita e apresentação de teses*. Lisboa: Universdade Lusíada

Scholten, G., Muijsers-Creemers, L., Moen, J., & Bal, R. (2018). Structuring ambiguity in hospital governance. *International Journal of Health Planning and Management*, 34(1), pp. 443-457. Doi:10.1002/hpm2693.

Silva, S., Santos, N., Mota, J., & Martín, I. (2014). *Sustentabilidade das Instituições Particulares de Solidariedade Social em Portugal*. [Página *online*]. Retirado de https://ideg.pt/wp-content/uploads/Sustentabilidade-das-Institui%C3%A7%C3%B5es-Particulares-de-Solidariedade-Social.pdf

Tribunal de Contas. (2020a). *Portal do Tribunal de Contas – Noticias*. [Página *online*]. Retirado de https://www.tcontas.pt/pt-pt/MenuSecundario/Noticias/Pages/noticia-20200305-01.aspx

Tribunal de Contas. (2020b). *Relatório N.º 4/2020 – 2ª Secção – Volume I. Auditoria ao Hospital das Forças Armadas*. [Página *online*]. Retirado de https://www.tcontas.pt/pt-pt/ProdutosTC/Relatorios/RelatoriosAuditoria/Documents/2020/rel04-2020-2s.pdf

Wheelen, T. L., & Hunger, J. D. (2012). *Strategic Management and Business Policy: Toward Global Sustainability* [Versão PDF]. Retirado de https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnxhdWRpdHRoZW9yeWF1ZGl0NDExfGd4OjVmM2ViMzgzNjM0NTgyYWU

Anexo A – Proposta de novo modelo de gestão do Hospital das Forças Armadas

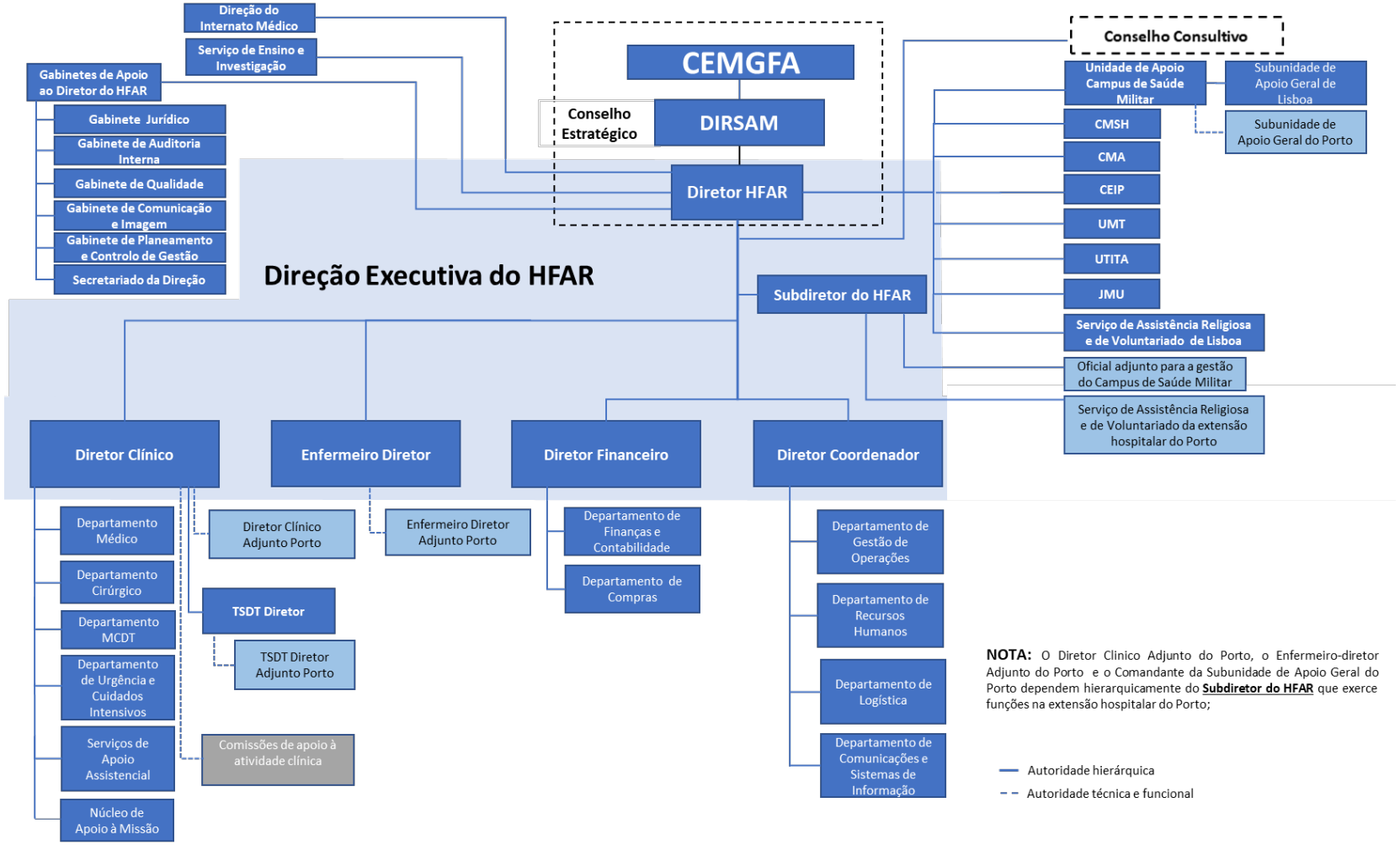


Figura 9 – Proposta de modelo de gestão do hospital das Forças Armadas

Fonte: EMGFA (2022c)

Apêndice A – Corpo de conceitos complementares

Neste apêndice explicitam-se os conceitos complementares, que facilitam a compreensão do TII.

***Accountability* –** É a responsabilidade de responder pelas ações e pelos resultados das ações (Pinto & Santos, 2013, p. 16).

Autonomia administrativa – Os serviços e organismos dispõem de créditos inscritos no Orçamento do Estado e os seus dirigentes são competentes para, com carácter definitivo e executório, praticarem atos necessários à autorização de despesas e seu pagamento, no âmbito da gestão corrente (art.º 3.º do Decreto-Lei n.º 155/92, de 28 de junho).

Benchmarking – Método de comparação dos procedimentos de uma organização com as melhores práticas de outras organizações por forma a melhorar a seu desempenho (DGS, 2017, p. 8).

Diferenciação – Consiste na prestação de serviços de saúde de alta qualidade e/ou de especialização diferentes de outros prestadores (Rodrigues, 2023, p. 134).

Gestão estratégica – Consiste em definir a estratégia, estabelecer os objetivos, consolidar os projetos e assegurar a sua execução, monitorização e controlo (n.º 2 do art.º 18.º do Decreto Regulamentar n.º 2/2015, de 20 de fevereiro).

Gestão intermédia – Consiste em transpor a estratégia, os objetivos e metas para planos de atividades e propostas orçamentais a submeter superiormente e coordenar a sua execução com os serviços que as constituem, uma vez aprovados (n.º 3 do art.º 18.º do Decreto Regulamentar n.º 2/2015, de 20 de fevereiro).

Gestão operacional – Compete aos serviços, tendo em consideração os objetivos e as metas estabelecidas superiormente para a respetiva área (n.º 4 do art.º 18.º do Decreto Regulamentar n.º 2/2015, de 20 de fevereiro).

Hospitais EPE – São pessoas coletivas de direito público de natureza empresarial integrados na administração indireta do Estado, dotadas de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do respetivo regime jurídico, constituídas por tempo indeterminado (n.º 2 do art.º 63.º do Decreto-Lei n.º 55/2022, de 4 de agosto).

Prestador de cuidados de saúde – Profissional de saúde ou instituição envolvida diretamente na prestação de cuidados de saúde (Excluem-se as instituições que financiam, pagam ou reembolsam os cuidados de saúde) (DGS, 2017, p. 41).

Profissionais de saúde – Trabalhadores envolvidos em ações cujo objetivo principal é a melhoria do estado de saúde de indivíduos ou populações, incluindo os prestadores diretos de cuidados e os prestadores de atividades de suporte (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro – Aprova a Lei da bases da saúde).

Quadros Especiais de Saúde – Militares que integram o quadro de pessoal permanente dos Ramos, na área da Saúde, e que incluem médicos, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos de diagnóstico e terapêutica e médicos-dentistas (art.ºs 166.º e 168.º do Decreto-Lei n.º 90/2015, de 29 de maio).

Serviço Nacional de Saúde – Conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos, dirigidos pelo Ministério da Saúde, que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção na saúde (art.º 2.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto).

Sistema de Saúde Militar – Compreende a Direção de Saúde Militar, integrada na estrutura do EMGFA, as Direções de Saúde integradas nas estruturas dos Ramos e a Direção de Saúde Militar da Direção Geral dos Recursos da Defesa Nacional (DGRDN), organizadas como um sistema integrado, assente numa função operacional e numa função assistencial ou hospitalar aos militares e seus familiares, abrangendo todas as vertentes técnicas da saúde militar (Despacho n.º 2943/2014, de 23 de agosto).

Subsistemas Públicos de Saúde – Entidades de natureza pública, criadas por lei, que comparticipam financeiramente os encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde aos seus beneficiários e que asseguram essa mesma prestação a esses mesmos beneficiários, regra geral através de uma rede de prestadores privados de cuidados de saúde com os quais celebram um acordo ou convenção ou através dos estabelecimentos hospitalares do SNS. (ERS, 2009, p. 13).

Apêndice B – Lista de entidades entrevistadas

Quadro 10 – Lista de entidades entrevistadas

#	Organização	Entidades	Cargo/ Função	Data da Entrevista
Entidades entrevistadas no âmbito da QD 1				
E1	MDN	Prof. Dra. Helena Carreiras	Ministra da Defesa Nacional	20Abr2023
E2		Dr. Nuno Caeiro	Diretor da Direção de Serviços de Saúde Militar e Assuntos Sociais da DGRDN	07Mar2023
E3	EMGFA	BGEN André Batista	Diretor de Saúde Militar	27Abr2023
E4		BGEN José Chambel	Diretor de Finanças do EMGFA	04Abr2023
E5	Ramos	COM Oliveira Anão	Diretor de Saúde da Marinha	17Mar2023
E6		BGEN Fazenda Branco	Diretor de Saúde do Exército; Diretor do HFAR (Out19 – Mar20)	06Mar2023
E7	HFAR	BGEN RES Teixeira de Sousa	Diretor do HFAR (Mar20 – Dez21)	20Mar2023
E8		COM Gamito Guerreiro	Diretor do HFAR	10Abr2023
E9		COR Paulo Campos	Diretor Clínico do HFAR	15Mar2023
E10		CMG Calheiros Aguiar	Assessor da Direção do HFAR	22Mar2023
E11		COR Sousa Marinho	Chefe do Departamento de Recursos Humanos do HFAR	16Mar2023
E12		COR Rui Machadinho	Chefe do Departamento de Administração e Finanças do HFAR	21Mar2023
E13		TCOR Ponteiro Henriques	Chefe do Departamento de Logística do HFAR	16Mar2023
Entidades entrevistadas no âmbito da QD 2				
E14	SNS	Dra. Rita Castanheira	Presidente do CA do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro	06Mar2023
E15		Dra. Rosário Sepúlveda	Presidente do CA do Hospital Beatriz Ângelo	10Mar2023
E16		Dra. Maria João Batista	Presidente do CA do Centro Hospitalar Universitário de São João	20Mar2023
E17	Hospitais Militares	*Brigadier-Generale Barbara Aupy*	*Chef de Bureau / Service de Santé des Armées / Direction des hôpitaux des armées*	17Abr2023
E18		*Colonel Rick Bergman*	Diretor do Hospital Militar Central Holandês, em Utrecht	20Fev2023

Apêndice C – Análise de conteúdo de entrevistas

No presente apêndice procede-se à análise de conteúdo categorial das entrevistas realizadas às 13 entidades do MDN, EMGFA, Ramos e HFAR, identificadas no Apêndice B (Quadro 10) no âmbito da resposta à QD 1. O guião da entrevista foi estruturado no sentido de obter informação que permita validar e/ou complementar as fontes documentais analisadas, no tocante à caracterização do MG do HFAR.

Os resultados da análise encontram-se sistematizados nos quadros seguintes, em matrizes de unidades de contexto e registo e matrizes de análise de conteúdo, elaboradas por questão do guião da entrevista, permitindo inferir a conclusão global (Sarmento, 2013).

Quadro 11 – Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 1

No seu entender, o modelo de governação do HFAR, assente numa **estrutura organizacional bastante hierarquizada**, proporciona a **flexibilidade administrativa** e **autonomia de gestão** que as unidades hospitalares necessitam para o desenvolvimento da sua atividade assistencial?		
	Unidade de contexto	**Unidade de registo**
E1	– O MDN em articulação com o EMGFA encontra-se a trabalhar no desenvolvimento de um projeto legislativo que visa alterar a Lei Orgânica do HFAR onde constará o modelo de governação que se considera mais adequado e onde se procurará estabelecer um modelo de organização mais flexível que responda às necessidades de funcionamento que um hospital militar exige para o desenvolvimento eficiente da sua atividade.	1.2 1.3
E2	– […] veria com muita resistência, por parte da "instituição militar", a eventualidade de deixar de assentar numa estrutura hierarquizada […] considero que a estrutura e o funcionamento do HFAR deverão evoluir para um modelo de organização flexível e mais autónomo […]	1.1 1.2 1.3
E3	– Ser uma estrutura organizacional hierarquizada não impede que exista flexibilidade administrativa e autonomia de gestão, desde que devidamente autorizada.	1.1 1.2 1.3
E4	– Seria positivo se obedecesse a um modelo que lhe confira maios flexibilidade, e está em vias de o implementar, mas julgo que o modelo de governação não será o maior problema do HFAR, nem o que mais contribui para as limitações na sua capacidade de resposta.	1.1 1.2 1.3
E5	– Considero que não existe incompatibilidade entre a estrutura organizacional hierarquizada do HFAR e a autonomia de gestão e flexibilidade necessárias ao funcionamento do hospital.	1.1 1.2 1.3
E6	– A estrutura organizacional do HFAR não dispõe dos suportes / "alicerces" que habilitem a Direção a tomar decisões, que deveria estar devidamente assessorada em áreas técnicas mais diferenciadas, destacando-se a área financeira.	1.2
E7	– Não me parece que exista conflito entre os conceitos de hierarquização organizacional e MG. – […] a maior flexibilidade e autonomia de gestão do HFAR dependem mais das competências que lhe sejam atribuídas do que do MG, isto é, não terá maior flexibilidade e autonomia de gestão enquanto não tiver autonomia administrativa e financeira, seja qual for o MG.	1.1 1.2 1.3
E8	– Considero que o MG pode ser melhorado. A estrutura hierárquico-funcional excessivamente centralizada na figura do Diretor, como decisor único, penaliza a oportunidade e flexibilidade de resposta assistencial, não obstante a Direção dispor de uma estrutura executiva de apoio e outras estruturas de assessoria em áreas específicas. – Em termos de autonomia de gestão, existem lacunas que serão colmatas com a futura adoção do regime de autonomia administrativa. No entanto, a transição implica dotar previamente o HFAR com um corpo de profissionais detentores de competências técnicas adequadas.	1.2 1.3

E9	– O atual MG serve ao hospital, mas está incompleto, carecendo de ser otimizado na área de operações e na área financeira. – Não vejo problemas em ter uma estrutura hierarquizada, o que também acontece nos CA, em que há direito de veto. – A cadeia de comando configura, em si própria, uma estrutura hierarquizada com intervenção participativa.	1.1 1.2 1.3
E10	– Considero que não, em virtude de que a […] sua atual estrutura organizacional não acompanha, os desenvolvimentos registados pelos princípios e regras aplicáveis às unidades de saúde que integram o SNS	1.2 1.3
E11	– O atual modelo é altamente hierarquizado, típico das estruturas do meio militar, não proporcionando a flexibilização necessária ao funcionamento do hospital, nem lhe permite a autonomia necessária ao seu funcionamento.	1.2 1.3
E12	– Uma estrutura organizacional hierarquizada, qualquer que seja, deverá conter em si a flexibilidade necessária para desempenhar a sua missão, dependendo apenas do balizamento que lhe seja instituído em termos de objetivos e missão, assim como da imprescindível colocação dos necessários recursos humanos.	1.1 1.2 1.3
E13	– Sim, mas com vários níveis de decisão e com as correspondentes delegações/subdelegações de competências, de modo a garantir a referida flexibilidade e autonomia.	1.1 1.2 1.3

Quadro 12 – Matriz de análise de conteúdo da Questão 1

Categoria	**Unidade de registo**		**Entrevistados**													**Unidade de enumeração**	**Resultados (%)**
			1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**		
Estrutura organizacional	Hierarquizada	1.1		X	X	X	X		X		X	X	X	X	X	10	77 %
	Autonomia de gestão e flexibilidade administrativa	1.2	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13	100 %

Conclusão: A totalidade das entidades entrevistadas considerou que a estrutura organizacional de suporte ao MG do HFAR deve proporcionar a flexibilidade administrativa e a autonomia de gestão que as unidades hospitalares necessitam para o desenvolvimento eficiente da sua atividade, sendo que 77 % dos entrevistados referiu não haver incompatibilidade com a manutenção de uma estrutura organizacional hierarquizada.

Quadro 13 – Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 2

Considera que a reconfiguração da atual estrutura orgânica e funcional do HFAR, tendo por referência os modelos de organização e gestão adotados por hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), poderia contribuir para otimizar a governação hospitalar? P.f., elabore a sua resposta, e, se possível, fazendo alusão:

a. À criação de um "Conselho de Administração", ou estrutura de direção equiparada, integrando profissionais (militares/civis) dotados de experiência em gestão de unidades de saúde e/ou reconhecidas competências de liderança e administração hospitalar;
b. Aos requisitos a observar no processo de seleção de militares/civis para o provimento da referida estrutura de direção, no tocante às competências dos profissionais e duração dos respetivos mandatos;
c. À implementação de práticas de gestão descentralizada e participada, materializadas na criação de estruturas de gestão intermédia, ao nível dos Departamentos Clínicos, visando responsabilizar e envolver os responsáveis na governação hospitalar.

	Unidade de contexto	Unidade de registo
E1	– Sem prejuízo das especificidades inerentes à realidade militar, o modelo de governação que vier a ser estabelecido terá em consideração uma aproximação à atual estrutura interna dos hospitais do SNS	2.1 2.2 2.3 2.4
E2	– Um órgão diretivo colegial, […], parece-me uma solução viável. […] assente na experiência e na formação em administração hospitalar dos seus membros, […], sendo o principal critério de "recrutamento" [...] que passasse pela adoção de um modelo de gestão participada, com níveis de gestão estratégica, intermédia e operacional	2.1 2.2 2.4
E3	– A nova estrutura do HFAR já tem como referência modelos de organização e gestão adotados pelo SNS, nomeadamente o referido nas alíneas a, b e c, indo assemelhar-se a um Hospital SPA (sector publico administrativo).	2.1 2.2 2.3 2.4
E4	– Uma Direção Executiva responsável por executar as diretrizes emanadas da gestão de topo, que garante, no fundo, toda a atividade hospitalar.	2.1 2.2
E5	– Concordo com a criação do CA, como um órgão consultivo robusto de apoio à decisão da Direção do HFAR, não devendo, no entanto, ter funções deliberativas/executivas, como acontece nos hospitais do SNS. Coloquialmente, designaria este órgão consultivo como "Estado-Maior do HFAR". – A gestão de RH e a rotação "estatutária" pelos Ramos, poderia condicionar a constituição e estabilidade desse órgão consultivo, que deveria ser preferencialmente de cariz técnico e menos sujeito às naturais contingências da carreira militar. – Os órgãos de gestão intermédia numa estrutura complexa e extensa como a do HFAR são fundamentais, devendo as respetivas dotações de pessoal ser adequadas, permitindo assim o apoio à implementação da gestão estratégica da Direção do HFAR.	2.2 2.3 2.4
E6	– O conselho de Administração do hospital deve ser dotado de profissionais com preparação e experiência na área da gestão e do direito, que garantam a assessoria à Direção. – O HFAR dever ter gestores formados, treinados e com competências específicas, que podem ser civis, caso não haja militares com o perfil adequado. – Considero que deveria haver uma descentralização da gestão nos departamentos, aliviando a Direção do HFAR e melhorando a eficiência global da gestão.	2.2 2.4
E7	– Independentemente do modelo de gestão, faltam ao HFAR, na direção e estruturas intermédias, profissionais com sólida formação e experiência em administração hospitalar, sejam eles civis ou militares. – As nomeações deveriam ser flexibilizadas no sentido da valorização do mérito, […], e deveriam a obrigar a período fixo de permanência no lugar […]. – Os Departamentos Clínicos […] funcionam numa lógica exclusivamente clínica. Deveriam ser robustecidos com administradores hospitalares de carreira e constituírem-se como verdadeiras unidades de gestão intermédia, em permanente articulação com a Direção do HFAR.	2.2 2.3 2.4

E8	– […], está prevista a criação de uma Direção Executiva, integrando 5 elementos dotados de competências técnicas, nas áreas clínicas e de gestão. […] todos os membros devem, obrigatoriamente, ser possuidores de formação prévia e competências em administração hospitalar e/ou gestão de unidades de saúde. […] com este novo modelo serão introduzidas melhorias na governação hospitalar, decorrentes de uma maior autonomia e descentralização da gestão, envolvendo e responsabilizando os níveis intermédios.	2.1 2.2 2.4
E9	– O CA deve ser governado por um médico, com formação em gestão, aumentando ao órgão consultivo algumas áreas que ainda não estão presentes – Os cargos do CA devem ser providos por profissionais com formação específica, competência técnica e aptidão para a função, por um período mínimo de 3 anos. O atual modelo de financiamento não permite a contratualização interna com os serviços, porque apresenta uma excessiva dependência de receitas próprias, com atrasos significativos na respetiva arrecadação, causando instabilidade financeira e funcional.	2.1 2.2 2.3 2.4
E10	– Considero que sim, […]. O HFAR carecia, há algum tempo, por força do esgotamento registado pelo MG em vigor, dum ajustamento disruptivo mediante a prossecução duma reconfiguração da estrutura da sua direção executiva […]. – Esse universo torna a gestão em saúde, uma atividade única e que exige competências específicas.	2.1 2.2
E11	– Está em curso o processo de alteração do novo modelo de gestão do HFAR […] a direção executiva passa a integrar o diretor financeiro e o diretor coordenador, […] responsável pelas áreas de gestão de operações, recursos humanos, logística, comunicações e sistemas de informação.	2.1 2.2
E12	– […] a criação de um "Conselho de Administração", formado por entidades devidamente capacitadas para a gestão, em particular no que se reporta ao meio hospitalar, poderá ser uma mais-valia em termos de órgão consultivo para apoio à tomada de decisão, também se constituirá como mais uma "peça na engrenagem" da administração, demorando o seu processo.	2.1 2.2
E13	– Se a questão colocada pretendia saber se concordo com órgãos colegiais, nas FFAA, não concordo. – […] seleção de militares e civis por concurso/candidatura (seleção com relevância no mérito profissional e formação com interesse para o cargo) […]. – Deveria haver, no âmbito dos serviços de suporte […], maior estabilidade, pelo que defendo uma inamovibilidade de pelo menos 5 anos […].	2.2 2.3

Quadro 14 – matriz de análise de conteúdo da Questão 2

Categoria	Unidade de registo		Entrevistados													Unidade de enumeração	Resultados (%)
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
Organização Interna	Criação de órgão colegial de governação	2.1	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X		11	85 %
	Competências técnicas em gestão hospitalar	2.2	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13	100 %
	Estabilidade da estrutura diretiva	2.3	X		X		X		X		X				X	6	46 %
	Descentralização da gestão nos níveis intermédios	2.4	X	X	X		X	X	X	X	X					8	62 %

Conclusão: 85 % dos entrevistados considerou que na organização interna do HFAR deve ser contemplada a criação de um órgão colegial de governação, enquanto a totalidade dos entrevistados preconizou a necessidade de os responsáveis pela governação deterem competências técnicas em gestão hospitalar. Apenas 46 % manifestou preocupação relativamente à permanência por um período mais alargado no provimento dos cargos da estrutura de governação, como fator de estabilidade governativa. A criação de unidades intermédias de gestão foi proposta por 62% das entidades entrevistas.

Quadro 15 – Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 3

No atual contexto de carência de recursos humanos, que estratégias devem ser implementadas no sentido de promover a contratação, retenção e motivação de profissionais de saúde, como força de trabalho necessária a um desempenho assistencial eficiente?		
	Unidade de contexto	**Unidade de registo**
E1	– As questões de carência de recursos humanos não se esgotam no Sistema de Saúde Militar e são por certo um desafio permanente para quem tem responsabilidades políticas na área da Defesa Nacional.	
E2	– […] uma maior aposta na formação, especialização e treino; […] maior relevância à diferenciação e valorização profissional; […] equidade na progressão na carreira; […] flexibilização no exercício da função, permitindo e regulando a acumulação de funções em estabelecimentos externos às Forças Armadas, quando esta prática constitua uma mais-valia para o próprio SSM e proporcione mais casuística para os profissionais	3.2 3.3 3.4
E3	– O problema da carência de recursos humanos já existe no SNS, de maneira bastante grave. No SSM esse problema é mais proeminente nos militares, pois para além de se associar à exigência da especialização técnica como no SNS, acresce a exigência de uma carreira militar em que as acumulações de cargos são frequentes, a disponibilidade é permanente e a remuneração é inferior à do SNS e muito inferior às instituições privadas. Existe neste momento na DIRSAM um trabalho de identificação de medidas de atratividade e retenção para os QES. A resolução terá que passar por criar legislação própria para os QES que torne a carreira militar dos QES atrativa. Relativamente ao pessoal civil, torna-se importante e necessária, a possibilidade de ser reconhecida a devida remuneração pelos graus de carreira.	3.1 3.4 3.5
E4	– Dada a dificuldade em recrutar militares, julgo ser fundamental incrementar o quadro de civis, não só para profissionais de saúde, mas para as restantes áreas de atividade do HFAR. O HFAR necessita de profissionais capazes nas diversas áreas de atividade, não só de médicos e restante pessoal de saúde, envolve também o diverso pessoal de apoio, técnicos de informática etc.. Tem um problema generalizado de falta de pessoal, de resto, à semelhança do que se passa no universo das Forças Armadas.. – Se o Ministério da Defesa Nacional não assumir uma posição mais interventiva neste processo, a tendência não será seguramente para melhorar.	3.2 3.3
E5	– No sentido de garantir a atratividade, devem ser proporcionadas condições de carreira onde os profissionais de saúde se sintam consagrados tecnicamente e reconhecidos no exterior, i.e. deve haver paridade na competência técnica e oportunidades de desenvolvimento científico ao mesmo nível dos melhores centros nacionais. O planeamento da carreira deve ser efetuado a longo prazo, contemplando o desempenho de funções técnicas, operacionais e académicas, garantindo o desenvolvimento profissional e a progressão na careira, com um empenhamento coordenado e cooperante, nas componentes operacional e assistencial da saúde militar. Os critérios de progressão na carreira militar devem ser harmonizados, considerando que existem discrepâncias entre Ramos, nomeadamente na carreira médica, mas não só.	3.2 3.3 3.4 3.5
E6	– A competição dos grupos privados de saúde, em termos remuneratórios, tem conduzido à saída de médicos das FFAA, por falta de atratividade. – A crescente saída de médicos das FFAA, provoca uma sobrecarga de trabalho e desmotivação dos que permanecem nas fileiras. – No caso dos restantes profissionais de saúde, a oferta do privado não é tão diferenciadora em termos remuneratórios, facilitando a retenção. – Aos médicos que estão colocados no Exército, seria desejável que houvesse recursos que permitissem a possibilidade de afetação periódica ao HFAR […], no sentido de promover a diferenciação e assegurar a progressão nas carreiras médica e de enfermagem	3.1 3.2 3.3 3.4
E7	– A retenção e motivação dos profissionais de saúde militares depende fundamentalmente de condições de estabilidade que lhes permitam manter-se no exercício das suas funções no HFAR, onde se sentem profissionalmente realizados.	3.2 3.3 3.4

E8	– Relativamente aos militares, defendo a centralização da gestão dos RH, porque o fluxo constante destes profissionais, entre o HFAR e as estruturas de saúde dos Ramos, nem sempre tem em consideração as necessidades de diferenciação técnica e de progressão de carreiras. No tocantes aos profissionais civis, para além da divulgação dos nichos de diferenciação e excelência, a equiparação às carreiras do SNS, em termos remuneratórios e de progressão profissional.	3.1 3.2 3.3 3.4 3.5
E9	– A gestão de carreira dos militares deve garantir a progressão na carreira médica civil, em paralelo com a carreira militar, com ganhos na diferenciação e no crescimento pessoal, eliminando disfuncionalidades na avaliação dos profissionais e na chefia dos serviços. – No caso dos médicos e enfermeiros civis, importa garantir a atratividade, através da atualização remuneratória, em linha com o que acontece no SNS. – A aposta na idoneidade formativa dos serviços é importante no sentido de viabilizar a formação de internos, em especialidades críticas para a SM. – Deve ser implementada uma gestão centralizada dos QES, complementada por um plano de formação, que viabilize a aquisição transversal de competências clínicas adequadas a satisfação das necessidades das componentes operacional e assistencial da SM. – A revisão do QOP do HFAR deve privilegiar profissionais de saúde civis, garantindo a continuidade do funcionamento dos serviços caso surja a necessidade de empenhar militares em exercícios ou missões operacionais.	3.1 3.2 3.3 3.4 3.5
E10	– […] considero que as FFAA, através do EMGFA, em articulação com a respetiva Tutela, deverão considerar […]: A criação de ótimos ambientes de trabalho, potenciar a oferta de planos de carreira aliciantes e recompensar os profissionais de saúde pela proximidade, ou seja, com base no mérito.	3.2 3.3 3.4
E11	– Proporcionar carreira aos trabalhadores civis, formação e facilitar o processo de inovação de técnicas e procedimentos.	3.2 3.3 3.4
E12	– A pressão do mercado externo civil, em termos de remunerações, é avassaladora. [...] a retenção […] torna-se bastante complicada […]. – […] o modelo de financiamento do HFAR, assente em grande parte na capacidade de gerar receita, que torna algo restritiva a contratação de recursos.	3.1
E13	– Como estratégia principal, teria de haver equidade entre as carreiras do SNS e do HFAR. – Em segundo lugar, as regras de contratação do SNS deveriam também ser aplicadas ao HFAR, no que concerne aos civis.	3.1 3.2 3.3 3.4

Quadro 16 – Matriz de análise de conteúdo da Questão 3

Categoria	Unidade de registo		Entrevistados													Unidade de enumeração	Resultados (%)
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
Recursos Humanos	Melhorar condições remuneratórias	3.1			X			X		X	X			X	X	6	46 %
	Potenciar a valorização profissional	3.2		X		X	X	X	X	X	X	X	X		X	10	77 %
	Apostar na diferenciação técnica	3.3		X		X	X	X	X	X	X	X	X		X	10	77 %
	Garantir de condições de progressão na carreira	3.4		X	X		X	X	X	X	X	X	X		X	10	77 %
	Agilizar a gestão centralizada QES	3.5			X		X			X	X					4	31 %

Conclusão: No tocante ao recrutamento e retenção de RH, 77 % dos entrevistados realçou a valorização profissional, a diferenciação técnica e a progressão na carreira, como estratégias a implementar, sendo que apenas 46 % referiu a melhoria das condições remuneratórias como fator influenciador do recrutamento e retenção de RH diferenciados. Como medida dirigida especificamente aos militares, 31 % dos entrevistados preconizou a centralização da gestão dos QES, como estratégia para a retenção deste universo de profissionais de saúde.

Quadro 17 – Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 4

Considera que a governação do HFAR poderia beneficiar da transição do estatuto jurídico vigente (total dependência do EMGFA), para uma Entidade Pública Empresarial (EPE), ou outro regime jurídico mais flexível, dotado de maior autonomia de gestão, por analogia com o estatuto atribuído ao Laboratório Nacional do Medicamento (LM), dotado de autonomia, administrativa, financeira e património próprio?

a. A natureza de Entidade Pública Empresarial (EPE), adotada pela quase totalidade dos hospitais do SNS;
b. O estatuto jurídico atribuído ao Laboratório Nacional do Medicamento (LM), inserido na orgânica Exército, dotado de autonomia, administrativa, financeira e património próprio?
c. Outros regimes jurídicos passíveis de introduzir maior autonomia na governação do HFAR?

	Unidade de contexto	Unidade de registo
E1	– Esta questão tem subjacente uma afirmação para a qual não se conhecem estudos aprofundados que permitam concluir que qualquer um dos modelos de organização jurídica referidos corresponda necessariamente a um modelo mais eficiente e flexível de governação do HFAR.	
E2	– […] defendo uma gestão mais flexível do que a vigente no modelo atual, mas terá que estar sempre sujeita às orientações políticas e estratégicas do governo e do CEMGFA, respetivamente, naquilo que é a resposta exigida ao HFAR, enquanto principal garante da prontidão dos militares do ativo e do apoio à família militar e aos deficientes militares – […] a atividade do LM é muito distinta da atividade hospitalar, pelo que devemos ser muito cautelosos neste tipo de aproximação – Não me parece haver condições, no atual contexto, para dotar o HFAR de mais autonomia do que "autonomia administrativa".	4.1 4.2
E3	– O novo modelo de gestão do HFAR, criando uma Direção Executiva com autonomia administrativa é já um grande passo em frente. – […] um estatuto similar ao LM, em que o CEMGFA mantem a orientação da linha estratégica, mas permitindo ao HFAR ter maior flexibilidade e autonomia na sua gestão, poderá ser uma maior valia. No entanto poderá também criar problemas ao nível do seu financiamento.	4.1 4.2
E4	– A autonomia administrativa do HFAR já está prevista na nova Orgânica do EMGFA, o que não acontece com a autonomia financeira. Julgo que um regime de autonomia administrativa e financeira só seria possível se não existisse a limitação atual de não pagamento de dívida por parte do IASFA. Adotar um regime de EPE, seria com certeza benéfico no que respeita à resolução dos problemas de pessoal, mas isso implicaria que tivesse autonomia financeira.	4.1 4.2 4.3
E5	– Considero que os mecanismos que a contratação pública impõe são complexos e pesados, limitando a gestão. – O modelo atual não é satisfatório, condicionando a eficiência da gestão do hospital, pelo que deveria ser adotado um regime jurídico mais flexível	4.1 4.2 4.5
E6	– Considero que seria vantajoso para o HFAR, na medida em que permitiria agilizar a contratação de profissionais de saúde, oferecendo condições remuneratórias mais vantajosas. As regras da administração pública para a contratação condicionam o funcionamento do hospital.	4.1 4.2
E7	– Os hospitais EPE estão também sujeitos a regras e constrangimentos que limitam a sua flexibilidade, apesar da alegada autonomia. No entanto, dispõem de estruturas de gestão, na área da administração hospitalar, muito diferenciadas e profissionalizadas. – A autonomia administrativa do HFAR, sendo desejável, é um risco elevado enquanto não dispuser de recursos humanos, em quantidade e qualidade, para guarnecer estruturas de gestão suficientes, estáveis e profissionalizadas. – Integração do HFAR no SNS, com estatuto próprio, conservando especificidades militares, mas com acesso a todas as ferramentas e recursos de gestão do SNS.	4.1 4.2 4.4 4.5 4.6

E8	– Vejo também como aspeto positivo a transição para o regime de autonomia administrativa, libertando o hospital da excessiva dependência do EMGFA. A implementação do modelo de EPE, podendo ser vantajoso em termos futuros, configura atualmente um nível de ambição elevado, com demasiados riscos associados.	4.1 4.2 4.3
E9	– O atual modelo, de total dependência do EMGFA, não se compadece com as necessidades de flexibilidade e autonomia de uma unidade hospitalar. – O modelo de EPE é o que mais se adequa, porque o HFAR precisa de maior autonomia administrativa e financeira, por equiparação com os hospitais do SNS, no sentido de agilizar os processos de contratação e facilitar a referenciação e transferência de doentes entre o HFAR e as estruturas do SNS.	4.1 4.2 4.3 4.4 4.5
E10	– Sem dúvida, embora entenda que […] estabelecendo analogias com unidades/centros hospitalares do SNS, com a natureza de EPE ou SPA, descartando a veleidade de utilizar o LNM como exemplo análogo […].	4.1 4.2 4.3 4.4
E11	– A operacionalização do processo de autonomia administrativa do HFAR, em alinhamento com o novo modelo de gestão do HFAR, […] só terá os efeitos pretendidos se for acompanhada pela alteração de modelo de financiamento e de recrutamento em linha com o aprovado no estatuto do SNS.	4.1 4.2 4.4
E12	– […] a colocação dos necessários e previstos recursos humanos nas funções existente no HFAR, seria de grande importância para permitir uma gestão de qualidade, independentemente do regime jurídico a implementar.	4.1 4.2 4.3 4.4
E13	– Sim, o atual modelo é bastante "castrador", [...], no que concerne à gestão do mapa de pessoal civil o HFAR está incluído dentro do mapa do EMGFA, limitando e não permitindo expor devidamente as necessidades de pessoal. – […] apesar de um modelo ser mais flexível em teoria, o Orçamento de Estado ou outra legislação das finanças públicas, criam sempre limitações/cativações gerais, sem perceber as especificidades de um hospital. – […] defendo que devam existir regras, têm é que ser adequadas à atividade assistencial, pela sua especificidade e disponibilidade.	4.1 4.2 4.3 4.4

Quadro 18 – Matriz de análise de conteúdo da Questão 4

Categoria	Unidade de registo		Entrevistados													Unidade de enumeração	Resultados (%)
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
Natureza Jurídica	Inadequabilidade	4.1		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13	92 %
	Autonomia administrativa	4.2		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13	92 %
	Autonomia financeira e patrimonial	4.3				X				X	X	X		X		5	38 %
	RH qualificados	4.4							X		X	X	X	X	X	6	46 %
	Agilização da contratação	4.5					X		X		X					3	23 %
	Integração no SNS	4.6							X							1	8 %

Conclusão: Quanto ao atual regime jurídico e dependência administrativa do HFAR relativamente ao EMGFA, 92 % dos entrevistados considerou que o atual modelo é inadequado, devendo, por isso, ser promovida a transição para o regime de autonomia administrativa. A necessidade de dotar a estrutura orgânica do HFAR com RH qualificados, no sentido de permitir uma transição sem riscos, foi referida por 46 % dos entrevistados. Do universo de entrevistados, 38 % fez ainda referência à evolução para um regime mais flexível de autonomia financeira e patrimonial, por analogia com a natureza jurídica adotada pela quase totalidade dos hospitais EPE.

Quadro 19 – Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 5

No seu entender, o atual modelo de financiamento do HFAR, suportado maioritariamente na arrecadação de receitas próprias geradas pela prestação de cuidados de saúde a beneficiários da Assistência na Doença aos Miliares das Forças Armadas (ADM), deveria evoluir para um modelo semelhante ao implementado no SNS, baseado na contratualização da prestação de cuidados de saúde ao universo utentes apoiado (contrato-programa)?		
	Unidade de contexto	**Unidade de registo**
E1	– Independentemente do modelo de financiamento, o que importa assegurar é que o HFAR dispõe dos recursos necessários e suficiente que lhe permitam cumprir a sua missão de assistência na saúde operacional e assistencial do seu universo de utentes.	5.2
E2	– Por princípio, sou favorável ao pressuposto do "utilizador-pagador" mas sublinho a adequabilidade de ser o OE a suportar os cuidados prestados aos militares do ativo no HFAR, […]	5.1
E3	– Sim. O HFAR é um Hospital do Estado, tal como são os do SNS, apenas existem em Ministérios diferentes, pelo que os respetivos modelos de financiamento deveriam ser idênticos.	5.1 5.2 5.3
E4	– O suporte financeiro atual do HFAR não assenta nas receitas próprias geradas, apesar de, em termos orçamentais, existir essa previsão. No ano transato, por exemplo, o HFAR executou, aproximadamente, 58 % RI (14,4M€) e 42% RP (10,3M€), apesar de ter emitido uma faturação que lhe permitiria ter uma execução financeira muito superior, caso tivesse realizado essa receita.	5.1 5.2
E5	– O modelo de financiamento, suportado num processo de faturação que tem por referência as tabelas de preços da ADSE, é pouco adaptado à realidade, implica uma carga burocrática excessiva e coloca o hospital, que é público, numa posição equiparada a um prestador de serviços privado. – Considero o modelo concetualmente errado, na medida em que a função da ADM não é financiar o HFAR, que é um hospital de natureza pública, devendo ser suportado pelo OE com base na contratualização dos cuidados de saúde que pode disponibilizar.	5.1 5.2 5.3
E6	– Na minha opinião o HFAR deve adotar um modelo de financiamento diferente, não podendo estar dependente da ADM. Faria todo o sentido que o financiamento do HFAR fosse assegurado pelo OE, à semelhança dos hospitais do SNS. – A implementação de um modelo de financiamento idêntico ao do SNS, implica ter um hospital mais robusto, com especialidades mais diferenciadas e profissionais de saúde adequados.	5.1 5.2 5.3
E7	– O HFAR sofre de um défice crónico de financiamento, que não resulta do modelo de financiamento, mas da avultada dívida e do crónico incumprimento dos pagamentos devidos pela ADM. Se assim não fosse, o HFAR disporia de plena suficiência material e financeira.	5.2
E8	– O financiamento é outro fator limitante, considerando que as receitas próprias representam quase 60 % do orçamento anual, o que configura um peso específico demasiadamente elevado. Assim, considero que uma lógica de financiamento menos dependente de receitas próprias seria positiva. – Neste enquadramento, concordo com um modelo de financiamento baseado na contratualização, suportado por dotações do Orçamento do Estado, como fator de estabilidade financeira do hospital. – Em simultâneo, o hospital poderia beneficiar de uma simplificação do processo de faturação atualmente em produtivo, que é complexo e oneroso	5.1 5.2 5.3
E9	– O financiamento do HFAR é um problema grave, que resulta do atraso no pagamento dos cuidados de saúde prestados aos beneficiários dos subsistemas públicos de saúde apoiados, designadamente a ADM, e de serviços prestados a algumas entidades protocoladas do SNS; – O modelo de financiamento deve ser revisto no sentido de a atividade assistencial ser suportada pelo OE, complementado por receitas próprias.	5.2 5.3 5.1
E10	– Quanto à evolução para um modelo semelhante ao implementado no SNS, baseado na contratualização da prestação de cuidados de saúde ao universo de utentes apoiados (contrato-programa), considero que faz todo o sentido.	5.1 5.2 5.3

E11	– Concordo que o modelo de financiamento do HFAR deveria evoluir para um modelo semelhante ao implementado no SNS, baseado na contratualização da prestação de cuidados de saúde ao universo utentes apoiados, no caso específico dos militares, e […]; – continuar a arrecadação de receitas próprias geradas pela prestação de cuidados de saúde a beneficiários da ADM (familiares dos militares); – Por outro lado, o HFAR deveria ter uma responsabilidade de apoio de área a utentes do SNS, sendo os custos suportados pelo orçamento do estado.	5.1 5.2 5.3 5.4
E12	– O problema da arrecadação de receitas próprias, geradas maioritariamente pela ADM, está relacionado com a natureza pública desta e a dificuldade na regularização atempada das dívidas existentes. Qualquer modelo que permita evitar o atrás referido, será vantajoso para o financiamento do HFAR	5.1 5.2
E13	– O modelo ideal, na minha opinião, é o da contratualização, em que o gestor máximo define com quem financia o que irá produzir, obrigando, internamente, a definir qual a atividade assistencial que podemos oferecer e indica que se alterarem a missão do HFAR tem de haver o consequente financiamento.	5.1 5.2 5.3

Quadro 20 – Matriz de análise de conteúdo da Questão 5

Categoria	Unidade de registo		Entrevistados													Unidade de enumeração	Resultados (%)
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
Modelo de financiamento	Suporte da atividade em dotações do Orçamento do Estado	5.1		X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	11	85 %
	Garantia da sustentabilidade financeira	5.2	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	12	92 %
	Implementação de mecanismos de contratualização externa	5.3			X		X	X		X	X	X	X		X	8	62 %

Conclusão: A adoção de modelo de financiamento suportado em dotações provenientes do Orçamento do Estado foi sugerida por 85 % dos entrevistados, como sendo o modelo mais adequado, com 92 % a considerar que a sustentabilidade financeira do HFAR é essencial para o cumprimento da sua missão de assistência na saúde operacional e assistencial do seu universo de utentes. A contratualização da produção hospitalar foi referida por 62 % dos entrevistados como potencial mecanismo de financiamento da atividade assistencial.

Quadro 21 – Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 6

Considera que deveriam ser criados mecanismos de investimento dedicados, exclusivamente, à progressiva ampliação, reequipamento e modernização hospitalar?		
	Unidade de contexto	**Unidade de registo**
E1	– A legislação em vigor prevê que as entidades públicas devem dispor de planos plurianuais de investimentos, competindo ao MDN, na medida das capacidades e recursos disponíveis, assegurar os meios necessários para a sua concretização.	6.1
E2	– Defendo a existência de mecanismos de investimento mais ágeis, já que as Forças Armadas e a Saúde Militar em particular não pode estar, em circunstância alguma, dependente de "terceiros" para o cabal cumprimento da sua missão	6.2
E3	– Já existem.	6.1
E4	– Existem diversos mecanismos que visam esse desiderato, […]. O primeiro nível, através das dotações atribuídas em RI ao HFAR. estando o orçamento do HFAR sujeito a cativações legais; O segundo nível, com verbas da LPM, financiadas com receitas próprias provenientes do ressarcimento do IVA; O quarto nível com verbas provenientes da LIM; O quarto nível, que visa o Financiamento do Projeto de Expansão do HFAR, ao abrigo da RCM 39/2014, de 19 de junho, com um financiamento remanescente na ordem dos 18M€, mas que tem vindo, sucessivamente a ser adiado por falta de aprovação de uma nova RCM, que substitua a RCM de 2019, com o respetivo financiamento.	6.1 6.2
E5	– Em termos de investimento, considero que o HFAR deve estar ao nível dos hospitais do SNS, ou até a um nível superior, face à sua especificidade de apoio a uma função de soberania. Nesse sentido, deve haver uma dotação especifica, para investimento em equipamento hospitalar e manutenção, independentemente da fonte de financiamento, sob pena de o hospital se tornar obsoleto, fruto da evolução tecnológica que o setor da saúde tem vido a evidenciar	6.1 6.2 6.3
E6	– A LPM é um bom mecanismo, desde que não seja objeto de cativações. O hospital precisa, com urgência, de investimento em reequipamento, modernização e manutenção do parque hospitalar, com destaque para os equipamentos dos recém integrados CMA e CMSH. – Fruto do desinvestimento a que se assistiu nos últimos anos, se os mecanismos de investimento não forem efetivos, vamos ter sistemas a colapsar no curto prazo.	6.1 6.2 6.3
E7	– Já existem projetos de investimento no HFAR identificados em sede de LPM, para equipamento médico pesado, e em sede de LIM, para infraestruturas, alguns dos quais já concretizados. – No entanto, não têm sido explorados outros instrumentos para investimentos mais avultados, que não se encontram ao alcance do orçamento anual do HFAR.	6.1 6.4
E8	– Existem, de facto, limitações à ampliação, reequipamento e modernização hospitalar. – O investimento tem sido maioritariamente suportado pela LPM, LIM e PIAS, em montantes significativamente inferiores ao expectável, registando uma morosidade processual que não é compaginável com a capacidade de resposta exigida ao hospital. De forma complementar, são efetuados investimento de montante reduzido (aproximadamente 350 mil €uros/ano) com suporte no orçamento anual do hospital. – Importa, assim, explorar outros mecanismos de investimento supletivos, sob pena de se correr o risco de obsolescência do parque hospitalar.	6.1 6.2 6.3 6.4
E9	– A LPM é um bom mecanismo, desde que não seja objeto de cativações, porque o hospital precisa, com urgência, de reequipamento, modernização e manutenção do equipamento do parque hospitalar, destacando-se os equipamentos dos recém integrados CMA e CMSH.	6.1 6.2 6.3

	– Fruto do desinvestimento a que se assistiu nos últimos anos, se os mecanismos de investimento não forem efetivos, vamos ter sistemas a colapsar, no curto prazo.	
E10	– […] o HFAR […] tem procurado identificar e priorizar as necessidades a suprir através de planos de investimento anuais […], e através de planos de investimento plurianuais almejando a expansão da capacidade diferenciadora do HFAR […].	6.1 6.3
E11	– O HFAR deverá ter um plano de investimento financiado que garanta a substituição/modernização do ciclo de vida dos dispositivos médicos e diversos equipamentos. – Por outro lado, é essencial, implementar medidas que premeiem a inovação, com riscos controlados, em prol dos utentes.	6.1 6.3
E12	– Os mecanismos de investimento dedicados já existem, estando, no entanto, dependentes das respetivas autorizações para a sua efetivação, nomeadamente no que se reporta a alocação de verbas e aos constrangimentos legais e orçamentais.	6.1 6.2
E12	– Sim, pois a gestão por projetos e programas permite um melhor acompanhamento e definição de metas.	6.1

Quadro 22 – Matriz de análise de conteúdo da Questão 6

Categoria	Unidade de registo		Entrevistados													Unidade de enumeração	Resultados (%)
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
Investimento	Planeamento plurianual	6.1	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	12	92 %
	Maior agilidade processual	6.2		X		X	X	X		X	X			X		7	54 %
	Risco de obsolescência do parque hospitalar	6.3					X	X		X	X	X	X			6	46 %
	Fontes de financiamento supletivas	6.4							X	X						2	15%

Conclusão: 92 % dos entrevistados enfatizou o planeamento plurianual como um mecanismo importante para a capacitação e modernização hospitalar, referindo a LPM e a LIM como principais instrumentos de financiamento neste âmbito. A morosidade na concretização dos planos de investimento, decorrente de restrições orçamentais e imposições legais, foi apontada por 54 % dos entrevistados, contribuindo, segundo 46 % dos entrevistados, para incrementar o risco de obsolescência do parque hospitalar. Apenas 15 % dos entrevistados mencionou a possibilidade de recurso a fontes de financiamento alternativas, em complemento das já existentes.

Quadro 23 – Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 7

No seu entender, como poderia ser estimulado o desempenho assistencial do HFAR? P.f., elabore a sua resposta, e, se possível, fazendo alusão: a. À capacidade assistencial instalada, na sequência da progressiva concretização dos programas funcionais aprovados para os polos hospitalares de Lisboa e do Porto; b. Aos índices de produtividade hospitalar evidenciados nas diferentes linhas assistenciais; c. Ao reforço da cooperação e complementaridade com o SNS.		
	Unidade de contexto	**Unidade de registo**
E1	– O HFAR é a estrutura de apoio de retaguarda do SSM, inspirada na rede de referenciação do SNS, onde as US menos diferenciadas orientam os seus doentes para outras mais diferenciadas, em função das necessidades clínicas apuradas, permitindo uma utilização racional dos recursos existentes. – Ainda assim, a cooperação e complementaridade do SNS com esta estrutura hospitalar é já uma realidade, como ficou demonstrado durante o período de combate à pandemia COVID-19.	7.3
E2	– Devem ser identificadas as valências consideradas essenciais e mais escassas em termos de oferta do SNS e dos hospitais privados com convenção/ADM, da mesma região, incrementando uma relação de proximidade e confiança com o utente e facilitando o acesso aos serviços e à informação, o que, aliás, tem vindo a ser progressivamente implementado nos últimos anos – Em abstrato, creio que a produtividade hospitalar poderia ser estimulada com a adoção de um modelo de gestão em que a gestão intermédia ou executiva coordena a implementação da estratégia com os departamentos e serviços, que constituem o nível operacional, com quem são negociados/contratualizados os objetivos. – […] a nova lei orgânica do EMGFA, que entrará brevemente em vigor, prevê o apoio do HFAR ao SNS, na sua capacidade sobrante. Como será operacionalizado na prática, veremos.	7.1 7.3 7.4
E3	– Deveriam existir canais comunicantes, permitindo a drenagem direta de doentes para o SNS e o contrário também.	7.3
E4	– O HFAR tem procurado estimular o seu desempenho assistencial, com a multiplicação de protocolos de cooperação com diversas entidades, que permitem rentabilizar a capacidade instalada e aumentar a eficiência dos seus serviços, incrementando, simultaneamente, a receita gerada e que, por outro lado, complementa o SNS. Os programas funcionais aprovados contribuirão, certamente, para a criação de novas valências e melhoria das existentes, o que, necessariamente irá contribuir para um melhor desempenho.	7.1 7.3
E5	– No tocante à produtividade, importa monitorizar os atos clínicos e produzir informação de apoio à decisão, sem prejuízo da especificidade do HFAR, na comparação com os índices de produtividade do SNS. – Deve ser efetuado um esforço de convergência com o sistema informático do SNS, na medida em que o sistema de gestão hospitalar do HFAR, sendo extremamente oneroso, não é compatível com os sistemas do SNS, dificultando o acesso a serviços que não podem ser prescritos no HFAR. – Em termos de complementaridade, o HFAR pode disponibilizar ao SNS serviços e valências específicas da saúde militar, participar em trabalhos de investigação científica e na formação de internos.	7.2 7.3 7.4
E6	– A atual falta de RH da SM reduz a produtividade do HFAR, limitando, em termos macro, a capacidade sobrante, que apenas existe em alguns serviços. – A cooperação e complementaridade com o SNS será sempre uma mais-valia. Os protocolos celebrados com o SNS em algumas áreas com capacidade sobrante, como é o caso da medicina nuclear, permitam aumentar significativamente a produtividade nesses serviços. – A articulação com o SNS deve ser explorada através da referenciação de utentes do HFAR para centros de excelência do SNS, com diferenciação em valências que não se justifica serem criadas no HFAR, de que é exemplo a cirurgia cardiotorácica.	7.2 7.3

E7	– Os índices de produtividade hospitalar nas diferentes linhas assistenciais só começaram a ser medidos recentemente, pouco depois da pandemia covid, não existindo ainda um histórico que permita comparações quanto à evolução do desempenho. – […] falta ainda instituir procedimentos de monitorização contínua, sem os quais os indicadores de pouco servem, bem como faltam profissionais capacitados para os analisar, comparar com instituições congéneres e propor medidas de correção e estímulo, se for o caso. – […] enquanto o HFAR não dispuser de recursos humanos suficientes para o cumprimento da sua missão, não será possível reforçar a cooperação e complementaridade com o SNS, para além da já existente, bastante residual.	7.2 7.3
E8	– Um dos pontos em que importa investir é na diferenciação da nossa capacidade assistencial especifica (p.e. o Serviço de Medicina Desportiva do HFAR/PP) estabelecendo protocolos que potenciem a criação de serviços inovadores com abertura ao exterior, sem comprometer o cumprimento da missão primária do hospital. – No tocante à cooperação e complementaridade com o SNS, foi promovida a disponibilização de valências com capacidade sobrante (p.e. laboratório de patologia clínica e serviço de hemodiálise, no HFAR/PP), no sentido de rentabilizar os recursos disponíveis nessas áreas.	7.3
E9	– O nível de ambição inicial foi baixo, designadamente na capacidade de internamento, que contempla um número de camas muito reduzido face ao que existia do antecedente. Existem desafios diferentes ao nível dois polos hospitalares, sendo urgente reconfigurar o hospital, que pretende ser um ROLE 4. Nesse sentido, o HFAR deve integrar um serviço de urgência médico-cirúrgica. – A criação de indicadores de gestão que permitam monitorizar e medir os indicies de produtividade têm de ser melhorados, viabilizando a oportuna introdução de ajustamentos e medidas corretivas no sentido de melhorar o desempenho assistencial do HFAR. – Em termos de complementaridade, o HFAR já recebe doentes no âmbito de protocolos celebrados com o SNS, destacando-se o apoio prestado durante a pandemia COVID-19.	7.1 7.2 7.3 7.4
E10	– […] considero que em antecipação a qualquer estímulo que possa induzir melhorias, deverá ser medido, dimensionado e retificado o seu desempenho assistencial. – Assim, a monitorização do desempenho deverá ser sustentada em métricas que avaliem o sucesso de determinadas estratégias, atividades, medindo a efetividade e desempenho das ações, ou seja, mediante a prévia identificação, configuração e parametrização de indicadores de desempenho hospitalar que habilitem melhorias na eficiência da gestão e serviços prestados. – […] considero que a atual capacidade assistencial do HFAR não permite reforçar a cooperação e complementaridade com o SNS.	7.2 7.3 7.4
E11	– O foco do HFAR deverá ir no sentido de aumentar o número de utentes, acompanhado por aumento da produtividade e novas valências. – O aumento de novos utentes deverá privilegiar o aumento do utente militar, por ações de sensibilização/marketing. – O HFAR já está a reforçar a cooperação e complementaridade com o SNS, através de protocolos, pelo que este mecanismo deverá continuar.	7.1 7.2 7.3
E12	– […] a estimulação do desempenho assistencial do HFAR e a sua cooperação com o SNS, induzindo ganhos em saúde para a população geral, tem o seu “tendão de Aquiles” nos recursos humanos, nomeadamente na sua exiguidade e dificuldade na contratação e retenção. – […] o melhoramento da ação do HFAR é possível, passa pelo atrás referido e pela alteração do modo de financiamento	7.3 7.4
E13	– O desempenho assistencial, passará essencialmente pela estabilidade do quadro de pessoal, e – Com um modelo de contratualização para os serviços hospitalares	

Quadro 24 – Matriz de análise de conteúdo da Questão 7

Categoria	Unidade de registo		Entrevistados													Unidade de enumeração	Resultados (%)
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
Desempenho assistencial	Concretização da capacidade instalada (programas funcionais)	7.1		X		X					X		X			4	31 %
	Implementação e monitorização de índices de produtividade	7.2					X	X	X		X	X	X			6	46 %
	Complementaridade e cooperação com o SNS	7.3	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		12	92 %
	Melhoria das práticas de gestão	7.4		X			X				X	X		X	X	6	46 %

Conclusão: Apesar de 92 % dos entrevistados ter referido a importância da complementaridade e cooperação com o SNS para estimular o desempenho assistencial do HFAR, apenas 31 % mencionou a necessidade de concretizar a capacidade assistencial projetada nos programas funcionais aprovados para os dois polos hospitalares do HFAR. O contributo da rigorosa monitorização e divulgação dos índices de produtividade hospitalar e da melhoria das práticas de gestão instituídas, foram aspetos realçados por 46 % dos entrevistados.

Apêndice D – Análise SWOT do modelo de governação do HFAR

Com base na premissa implícita na análise SWOT, de que a estratégia se elabora considerando, de maneira simultânea e interrelacionada, o meio envolvente da organização com as suas capacidades internas (Rodrigues, 2023, p. 126), através da cruzamento e correlação das variáveis internas (pontos fortes e pontos fracos) com as variáveis externas (oportunidades e ameaças), identificaram-se seis linhas de orientação estratégica para otimizar a governação do HFAR, resultantes do estabelecimento de quatro tipos de relações, no sentido de: (1) Tirar partido dos pontos fortes que potenciam o aproveitamento das oportunidades; (2) Tirar partido dos pontos fortes que limitam o impacto das ameaças; (3) Superar os pontos fracos que limitam o aproveitamento das oportunidades; (4) Superar os pontos fracos que potenciam o impacto das ameaças.

Não obstante a multiplicidade de variáveis (internas e externas) que condicionam a governação do HFAR, na matriz de análise SWOT (Quadro 25) enfatizam-se apenas os fatores considerados mais relevantes em cada um dos quatro quadrantes, em linha com a delimitação de conteúdo da investigação (modelo organizacional, sustentabilidade financeira e desempenho assistencial).

Quadro 25 – Matriz SWOT do modelo de governação do HFAR

			Ambiente interno	
			Pontos fortes	**Pontos fracos**
			1. Posicionamento estratégico no seio do SSM e SNS 2. Direção motivada, com competências de liderança 3. Unidade de saúde com potencial de crescimento 4. Nicho de valências exclusivas da Saúde Militar 5. Potencial de crescimento e diferenciação técnica 6. Satisfação dos utentes	1. Limitada flexibilidade e autonomia de gestão 2. Estrutura hierárquico-funcional complexa 3. Insuficientes competências de gestão 4. Carência de RH 5. Constrangimentos orçamentais 6. Capacidade assistencial subdimensionada
Ambiente Externo	**Oportunidades**	1. Atribuição de autonomia administrativa 2. Aprovação de novo modelo de gestão 3. Gestão centralizada dos RH da Saúde Militar 4. Articulação com o SNS e outras estruturas de saúde 5. Adoção de práticas de gestão de hospitais congéneres 6. Inovação e desenvolvimento tecnológico em saúde	✓ Reforçar a cooperação e complementaridade com o SNS	✓ Reconfigurar a estrutura hierárquico-funcional ✓ Implementar o regime de autonomia administrativa ✓ Promover o recrutamento, retenção e valorização de RH
	Ameaças	1. Enquadramento legal restritivo 2. Conjuntura económica e social adversa 3. Aumento da procura de cuidados de saúde 4. Crescimento e atratividade do setor privado 5. Incremento dos custos em saúde 6. Interesses e expectativas dos diferentes *stakeholders*	✓ Incrementar a capacidade instalada e a diferenciação técnica	✓ Diversificar as fontes de financiamento

-

Apêndice E – Programas funcionais do Hospital das Forças Armadas

Quadro 26 – Programa Funcional do polo de Lisboa

Programa Funcional HFAR/PL					
Área Assistencial		Recursos	Capacidade Projetada	Capacidade Instalada 31DEZ2022	%
Internamento	**Agudos**	**Camas Totais**	**217**	**155**	**62,75%**
		Camas Polivalentes	184	129	
		Camas Psiquiatria	19	13	
		Camas UC Intensivos	6	5	
		Camas UC Intermédios	8	8	
	Convalescença	**Camas Convalescença**	**30**	**0**	
Atividade Cirúrgica		**Salas Cirurgia Totais**	**8**	**4**	**50,00%**
		Salas Cirurgia Convencional	6	3	
		Salas Cirurgia Ambulatório	2	1	
Consulta Externa		Gabinetes Consulta	**63**	**63**	**100,00%**
Hospital de Dia		Postos Hemodiálise	**8**	**4**	**50,00%**
		Postos Quimioterapia	**5**	**5**	**100,00%**
		Postos Polivalentes	**4**	**6**	**150,00%**
		Postos Psiquiatria	**7**	**7**	**100,00%**
Urgência		Camas SO	**6**	**6**	**100,00%**
MCDT Equipamentos Principais		Medicina Nuclear	**1**	**1**	**100,00%**
		Ecógrafos	**5**	**11**	**220,00%**
		Rx Convencional	**4**	**2**	**50,00%**
		Mamógrafos	**1**	**1**	**100,00%**
		Osteodensitómetros	**1**	**1**	**100,00%**
		TAC	**2**	**1**	**50,00%**

Fonte: Adaptado a partir de dados do HFAR (*e-mail*, 17 de abril de 2023)

Quadro 27 – Programa Funcional do polo do Porto

Programa Funcional HFAR/PP					
Área Assistencial		Recursos	Capacidade Projetada	Capacidade Instalada 31DEZ2022	%
Internamento	**Agudos**	**Camas Agudos Totais**	**117**	**83**	**70,94%**
		Camas Cirúrgicas	46	28	
		Reserva Estratégica	28	28	
		Camas Medicina	29	24	
		Camas UC Intermédios	3	3	
		Camas Psiquiatria	11	0	
	Média Duração	**Camas UC Continuados**	**30**	**0**	**0,00%**
	Convalescença	**Camas Un. Conv. Reab.**	**22**	**0**	**0,00%**
Atividade Cirúrgica		**Salas Cirurgia Totais**	**4**	**4**	**100,00%**
		Salas Cirurgia Convencional	3	3	
		Salas Cirurgia Ambulatório	1	1	
Consulta Externa		Gabinetes Consulta	**32**	**59**	**184,38%**
Hospital de Dia		Postos Hemodiálise	**6**	**9**	**150,00%**
		Postos Quimioterapia	**5**	**8**	**160,00%**
		Postos Polivalentes	**4**	**0**	**0,00%**
		Postos Psiquiatria	**7**	**0**	**0,00%**
Urgência		Camas SO	**6**	**6**	**100,00%**
		Camas Isolamento	**1**	**1**	**100,00%**
MCDT Equipamentos Principais		Ecógrafos	**6**	**6**	**100,00%**
		Rx Convencional	**2**	**1**	**50,00%**
		Mamógrafos	**1**	**1**	**100,00%**
		Osteodensitómetros	**1**	**0**	**0,00%**
		TAC	**1**	**1**	**100,00%**

Fonte: Adaptado a partir de dados do HFAR (*e-mail*, 17 de abril de 2023)