

**INSTITUTO UNIVERSITÁRIO MILITAR
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS
CURSO DE PROMOÇÃO A OFICIAL GENERAL
2024/2025**



TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL

**CONTRIBUTOS PARA UM NOVO MODELO DE GOVERNAÇÃO DO
SUBSISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE - ASSISTÊNCIA NA DOENÇA AOS
MILITARES**

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

**Mário Alexandre Calheiros Aguiar
CAPITÃO-DE-MAR-E-GUERRA DE ADMINISTRAÇÃO
NAVAL**



**INSTITUTO UNIVERSITÁRIO MILITAR
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS**

**CONTRIBUTOS PARA UM NOVO MODELO DE
GOVERNAÇÃO DO SUBSISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE -
ASSISTÊNCIA NA DOENÇA AOS MILITARES**

CMG AN Mário Alexandre Calheiros Aguiar

Trabalho de Investigação Individual do CPOG 2024/2025

Pedrouços 2025



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO MILITAR
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS

CONTRIBUTOS PARA UM NOVO MODELO DE
GOVERNAÇÃO DO SUBSISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE -
ASSISTÊNCIA NA DOENÇA AOS MILITARES

CMG AN Mário Alexandre Calheiros Aguiar

Trabalho de Investigação Individual do CPOG 2024/2025

Orientador: COR TIR ADMIL Albino Marques Lameiras

Pedrouços 2025



Declaração de compromisso Antiplágio

Eu, Mário Alexandre Calheiros Aguiar, declaro por minha honra que o documento intitulado “Contributos para um novo modelo de governação do Subsistema Público de Saúde - Assistência na Doença aos Militares” corresponde ao resultado da investigação por mim desenvolvida, enquanto auditor do Curso de Promoção a Oficial General 2024/2025, 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, 5 de maio de 2025

Mário Alexandre Calheiros Aguiar
Capitão-de-mar-e-guerra de Administração Naval



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 o meu profundo agradecimento e o maior reconhecimento pessoal.

As primeiras palavras de reconhecimento são dirigidas ao meu orientador, Coronel Tirocinado de Administração Militar Albino Marques Lameiras, pela permanente disponibilidade e aconselhamento orientado na estruturação e desenvolvimento da investigação numa temática cara à família militar.

Um especial agradecimento ao Capitão-de-mar-e-guerra de Administração Naval Carlos Manuel Cardoso da Silva, pela disponibilidade que me dedicou e pelos avisados conselhos transmitidos no esclarecimento de inúmeras questões, que em muito contribuíram para gizar e desenvolver o meu trabalho de investigação.

A todas as entidades entrevistadas, pela importante participação na investigação, contribuindo com o seu saber e experiência profissionais, para enriquecer os resultados obtidos, pugnando sempre pela transmissão de conhecimento, e não menos importante privilegiando o investigador com inestimáveis fontes de aprendizagem.

Aos prezados camaradas auditores do Curso de Promoção a Oficial General 2024/2025, pelo nobre sentido de camaradagem, são convívio e partilha de conhecimento e experiências profissionais.

À minha mulher, Célia, e aos meus filhos, Mariana, Manuel e Francisco, sempre presentes e disponíveis, para além da gratidão pelo incondicional apoio e constante incentivo, não podendo contudo deixar de relevar o meu incontornável lamento pelos períodos de indisponibilidade no contexto familiar.

A todos endereço um bem haja!



Índice

1. Introdução	13
2. Enquadramento conceptual e metodológico	16
2.1 Revisão de literatura e conceitos	16
2.2 Modelo de análise	21
2.3 Metodologia	21
2.4 Método	22
2.4.1 Participantes e procedimento	22
2.4.2 Instrumentos de recolha de dados	23
2.4.3 Técnicas de tratamento de dados.....	23
3. O atual modelo de governação do Subsistema Público de Saúde – Assistência na Doença aos Militares	24
3.1 Modelo organizacional	24
3.2 Vetores de ação governativa - presença.....	26
3.3 Controlo interno da governação.....	35
3.4 Síntese conclusiva.....	36
4. Modelos de Assistência na Doença	37
4.1 Subsistemas nacionais	37
4.1.1 Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado.....	37
4.1.2 Serviço de Assistência na Doença da Guarda Nacional Republicana.....	40
4.1.3 Serviço de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública	42
4.2 Subsistema estrangeiro - Instituto Social de las Fuerzas Armadas.....	45
4.3 Síntese conclusiva.....	47
5. Linhas de orientação estratégica para a implementação de um novo modelo de governação	50
6. Conclusões	54
Referências bibliográficas	59

Índice de Apêndices

Apêndice A - Lista de conceitos conexos ao tema investigado.....	Apd A-1
--	---------



Apêndice B - Modelo de Análise	Apd B-1
Apêndice C - Lista de entidades entrevistadas	Apd C-1
Apêndice D - Análise de conteúdo de entrevistas	Apd D-1
Apêndice E - Análise de Benchmarking.....	Apd E-1
Apêndice F - Análise SWOT do modelo de governação do ADM	Apd F-1
Apêndice G - Caraterização dos vetores de ação governativa.....	Apd G-1

Índice de Figuras

Figura 1 - Visão genérica das práticas essenciais no processo de governação em saúde....	17
Figura 2 - Áreas principais de atuação na formulação de políticas.....	18
Figura 3 - O MG num SPS	19
Figura 4 - O Ciclo do Controlo Interno da governação.....	20
Figura 5 - Esquema relacional dos conceitos	21
Figura 6 - Missão do IASFA	24
Figura 7 - Organograma do IASFA.....	25
Figura 8 - Relações institucionais e responsabilidades no âmbito do ADM.....	26
Figura 9 - Vetores de ação governativa.....	26
Figura 10 - IASFA - Auditorias planeadas 2019.....	29
Figura 11 - Estrutura da Saúde em Portugal no contexto investigado.....	37
Figura 12 - Organograma da ADSE	38
Figura 13 - Adaptado de Organograma da GNR.....	41
Figura 14 - Adaptado do Organograma da PSP	43
Figura 15 - Adaptado do Organograma do ISFAS	46

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Execuções alcançadas no QUAR 2023 (parâmetros)	33
--	----

Índice de Quadros

Quadro 1 - Projeto de implementação de um <i>contact center</i> para a ASC e ADM.....	27
Quadro 2 - Indicador de taxa de satisfação emissão de cartões de beneficiário.....	28
Quadro 3 - N.º de beneficiários por Distrito.....	30
Quadro 4 - Escalão etário dos beneficiários	31



Quadro 5 - Recursos Financeiros QUAR 2021	32
Quadro 6 - Modelo de Análise	Apd B-1
Quadro 7 - Lista de entidades entrevistadas	Apd C-1
Quadro 8 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 1	Apd D-1
Quadro 9 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 1	Apd D-1
Quadro 10 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 2	Apd D-1
Quadro 11 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 2	Apd D-2
Quadro 12 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 3	Apd D-2
Quadro 13 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 3	Apd D-2
Quadro 14 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 4	Apd D-3
Quadro 15 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 4	Apd D-3
Quadro 16 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 5	Apd D-3
Quadro 17 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 5	Apd D-4
Quadro 18 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 6	Apd D-4
Quadro 19 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 6	Apd D-5
Quadro 20 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 7	Apd D-5
Quadro 21 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 7	Apd D-5
Quadro 22 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 8	Apd D-6
Quadro 23 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 8	Apd D-6
Quadro 24 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 9	Apd D-6
Quadro 25 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 9	Apd D-7
Quadro 26 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 10	Apd D-7
Quadro 27 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 10	Apd D-7
Quadro 28 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 11	Apd D-8
Quadro 29 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 11	Apd D-8
Quadro 30 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 12	Apd D-9
Quadro 31 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 12	Apd D-9
Quadro 32 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 13	Apd D-9
Quadro 33 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 13	Apd D-10
Quadro 34 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 14	Apd D-10
Quadro 35 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 14	Apd D-10
Quadro 36 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 1	Apd D-11
Quadro 37 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 1	Apd D-11



Quadro 38 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 2	Apd D-11
Quadro 39 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 2	Apd D-12
Quadro 40 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 3	Apd D-12
Quadro 41 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 3	Apd D-12
Quadro 42 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 4	Apd D-13
Quadro 43 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 4	Apd D-13
Quadro 44 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 5	Apd D-13
Quadro 45 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 5	Apd D-14
Quadro 46 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 6	Apd D-14
Quadro 47 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 6	Apd D-14
Quadro 48 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 7	Apd D-14
Quadro 49 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 7	Apd D-15
Quadro 50 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 8	Apd D-15
Quadro 51 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 8	Apd D-15
Quadro 52 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 9	Apd D-16
Quadro 53 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 9	Apd D-16
Quadro 54 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 10	Apd D-16
Quadro 55 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 11	Apd D-17
Quadro 56 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 11	Apd D-17
Quadro 57 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 11	Apd D-17
Quadro 58 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 12	Apd D-18
Quadro 59 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 12	Apd D-18
Quadro 60 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 13	Apd D-18
Quadro 61 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 13	Apd D-19
Quadro 62 - Análise de <i>Benchmarking</i> aos VAG.....	Apd E-1
Quadro 63 - Análise de <i>Benchmarking</i> aos Regimes Jurídicos.....	Apd E-3
Quadro 64 - Análise de <i>Benchmarking</i> ao CI.....	Apd E-3
Quadro 65 - Matriz SWOT do modelo de governação do ADM	Apd F-1



Resumo

O modelo de governação do Subsistema Público de Saúde – Assistência na Doença aos Militares, configura um tema de grande atualidade e importância, para o seu universo de beneficiários. Todavia, análises recentes provenientes de estudos académicos e auditorias temáticas têm destacado a relevância de reajustar o modelo de governação, face à deteção de ineficiências que comprometem a eficácia da gestão e a qualidade da resposta na assistência na doença à família militar. Neste sentido, o presente trabalho teve como propósito analisar e delinear orientações estratégicas suscetíveis de mitigar os constrangimentos mais relevantes identificados, com vista a promover a implementação de um novo modelo de governação no subsistema.

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 subsistemas públicos de saúde congéneres no contexto nacional, e o que serve as Forças Armadas espanholas, com o propósito de identificar práticas potencialmente configuradoras de oportunidades de melhoria no quadro da modernização e aperfeiçoamento do modelo de governação do Subsistema Público de Saúde – Assistência na Doença aos Militares.

A investigação evidenciou a necessidade de implementar um novo modelo de governação no subsistema, capaz de respeitar a sua natureza e as especificidades inerentes a um Subsistema Público de Saúde destinado servir os seus beneficiários. Tal transformação revela-se viável e desejável, desde que acompanhada das devidas adaptações e precauções, podendo inspirar-se em práticas já consolidadas e eficazes noutros Subsistemas Públicos de Saúde congéneres.

Palavras-chave: Assistência na doença; Beneficiário; Modelo de Governação; Subsistema Público de Saúde



Abstract

The governance model of the Public Health Subsystem - Military Health Care is a highly topical and important issue for its beneficiaries. However, recent analyses from academic studies and thematic audits have highlighted the importance of recalibrating the governance model, as inefficiencies have been identified that affect the effectiveness of management and the quality of response in the provision of health care to military families. In this sense, the aim of this study was to analyse and outline strategic guidelines to mitigate the main constraints identified, with a view to promoting the implementation of a new governance model in the subsystem.

To this end, 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 with knowledge in the field. At the same time, governance models of similar public health subsystems in the national context and those serving the Spanish Armed Forces were analysed to identify practices that could potentially lead to opportunities for improvement in the modernisation and refinement of the governance model of the Public Health Subsystem - Medical Assistance to Military Personnel.

The research highlighted the need to implement a new governance model in the subsystem, capable of respecting its nature and the specific characteristics inherent to a public health subsystem designed to serve its beneficiaries. Such a transformation is feasible and desirable, if it is accompanied by the necessary adaptations and precautions and can draw inspiration from practices already well established and effective in other similar public health subsystems.

Keywords: *Health care; Beneficiary; Governance Model; Public Health Subsystem*



Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

A

AD	Assistência na Doença
ADM	Subsistema Público de Saúde- Assistência na Doença aos Militares
ADSE	Assistência na Doença aos Servidores Cívicos do Estado, I.P.
APM	Associações Profissionais de Militares
ASC	Ação Social Complementar

B

BI	Business Intelligence
----	-----------------------

C

CD	Conselho Diretivo
CGS	Conselho Geral e de Supervisão
CI	Controlo Interno
CSP	Conselho de Supervisão Permanente

D

DSAD	Direção de Saúde e Assistência na Doença / Departamento de Saúde e Assistência na Doença
DSADM	Direção de Serviços de Assistência na Doença aos Militares

F

FFAA	Forças Armadas
FSS	Forças e Serviços de Segurança

G

GNR	Guarda Nacional Republicana
-----	-----------------------------

I

IASFA	Instituto de Ação Social das Forças Armadas, I.P.
I.P.	Instituto Público
ISFAS	Instituto Social de las Fuerzas Armadas



M

M€	Milhões de Euros
MDN	Ministério da Defesa Nacional / Ministro da Defesa Nacional
MEEFI	Memorando de Entendimento para o Equilíbrio Financeiro do IASFA
MG	Modelo de Governação / Modelos de Governação
MSH	Management Sciences for Health

N

NEP	Norma de Execução Permanente
-----	------------------------------

O

OE	Objetivo Específico / Objetivos Específicos
OG	Objetivo Geral

P

PA	Plano de Atividades / Planos de Atividades
PSP	Polícia de Segurança Pública

Q

QC	Questão Central
QD	Questão Derivada
QUAR	Quadro de Avaliação e Responsabilização

R

RA	Relatório de Atividades / Relatórios de Atividades
RJ	Regime Jurídico

S

SAD/GNR	Serviço de Assistência na Doença da Guarda Nacional Republicana
SAD/PSP	Serviço de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública
SI	Sistema de Informação
SNS	Serviço Nacional de Saúde



SPS Subsistema Público de Saúde / Subsistemas Públicos de Saúde

SSM Sistema de Saúde Militar

SWOT *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

T

TC Tribunal de Contas

TII Trabalho de Investigação Individual

U

UCI Unidade de Controlo Interno

V

VAG Vetores de Ação Governativa



1. Introdução

O papel do Estado enquanto garante do bem-estar social consolidou-se gradualmente, com crescente expressão a partir da década de 1960, ainda no Estado Novo. Nessa época, foram criadas medidas assistencialistas com cariz corporativista, dirigidas sobretudo aos servidores do Estado. A criação da Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado (Decreto-Lei n.º 45002/1963, de 27 de abril) representou o início do modelo português de Estado-providência, antecedendo a consagração no artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa (CRP) (ato original) do direito à saúde (CRP, 1976, p. 746) e a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Lei n.º 56/79, de 15 de setembro), de acesso universal, gratuito e financiado por receitas de impostos.

Apesar da evolução do SNS, manteve-se uma lógica corporativista com subsistemas autónomos e benefícios diferenciados (Commission of the European Communities, 1992, p. 93). Segundo Asensio (2008, p. 4), estes subsistemas preservaram características anteriores ao SNS, como maior liberdade de escolha de prestadores e participações superiores, sobretudo no setor privado.

A racionalização do setor da Defesa iniciou-se com o Decreto-Lei n.º 47/93, de 26 de fevereiro, culminando na criação do Instituto de Ação Social das Forças Armadas (Decreto-Lei n.º 284/95, de 30 de outubro). Em 2004, adquiriu o estatuto de Instituto Público (I.P.), com a entrada em vigor da Lei n.º 3/2004, de 15 de janeiro, enquadrando-se no processo de redimensionamento e reestruturação da Administração Pública. Posteriormente, passou a designar-se Instituto de Ação Social das Forças Armadas, I.P. (IASFA), ao abrigo do Decreto-Lei n.º 215/2009, de 4 de setembro, adquirindo personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira e património próprio, mantendo-se atualmente sob superintendência e tutela do Ministro da Defesa Nacional (MDN), conforme o artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 193/2012, de 23 de agosto.

A reforma da assistência na doença aos militares concretizou-se com o Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de setembro, que unificou os três subsistemas militares no atual Subsistema Público de Saúde (SPS) - Assistência na Doença aos Militares (doravante ADM), promovendo maior eficiência na gestão de recursos.

A Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado, I.P. (ADSE), o ADM, o Serviço de Assistência na Doença da Guarda Nacional Republicana (SAD/GNR) e o Serviço de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública (SAD/PSP), perfilam SPS congéneres que funcionam sob um modelo contributivo, garantindo acesso a redes



convencionadas (públicas e privadas), atendendo às especificidades das respetivas condições socioprofissionais dos servidores do Estado, das Forças Armadas (FFAA) e das Forças e Serviços de Segurança (FSS).

A multiplicidade de SPS, embora baseada no princípio da complementaridade ao SNS, revelou necessidade de reformas estruturais, conduzindo à criação de um modelo de governação (MG) articulado. A Resolução do Conselho de Ministros n.º 5/2015, de 22 de janeiro promoveu a constituição de uma equipa técnica com representantes das tutelas dos beneficiários, visando definir um MG transversal para os supramencionados subsistemas. O resultado foi a proposta de criação de um Colégio de Governo coordenador, reforçada pela criação formal do Colégio de Governo dos SPS, destinado à harmonização de procedimentos e otimização de recursos mediante o estabelecimento dos “[...] mecanismos de cooperação reforçada em áreas comuns destes subsistemas [...]” (Decreto-Lei n.º 154/2015, de 7 de agosto) e definindo o respetivo MG transversal. A transferência da ADSE para o Ministério da Saúde (Decreto-Lei n.º 152/2015, de 7 de agosto) consolidou esta estratégia. No quadro legal atual, o IASFA, tem a responsabilidade de gerir a ADM e promover a Ação Social Complementar (ASC) (artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 193/2012).

Decorrida mais de uma década da consolidação do ADM no ordenamento jurídico nacional, a auditoria de resultados de 2018 do Tribunal de Contas (TC) identificou os “[...] principais riscos de gestão do IASFA, que degradam a sua sustentabilidade, estão identificados, desde a integração do ADM na sua estrutura, em 2006, [...] não estando a gestão interna do IASFA isenta de falhas [...], particularmente no âmbito da gestão da ADM.” (Tribunal de contas [TC], 2019, p. 11).

O ADM, instrumento estratégico da Defesa Nacional e da política social, exige gestão moderna e articulada entre tutelas para garantir equidade, eficiência e coesão, sendo a sua reforma essencial à missão e identidade das FFAA.

Este Trabalho de Investigação Individual (TII) tem como objeto de estudo o MG do ADM. Para garantir a coerência metodológica e a aplicabilidade prática dos resultados, o estudo foi delimitado em três domínios distintos (Santos & Lima, 2019, p. 42): (1) Em termos temporais, a investigação incide sobre o período compreendido entre 2019 (ano da publicação do Relatório de Auditoria de Resultados do TC ao IASFA) e a data de entrega deste trabalho de investigação, ou seja, até 5 de maio de 2025; (2) No âmbito espacial, foi recolhida e analisada informação do ADM, bem como de outros SPS congéneres, que prestam benefícios sociais aos militares e respetivos familiares, enquanto beneficiários



vinculados; (3) No conteúdo, delimitou-se o estudo ao elemento conceptual relevante para a temática em análise, o MG do ADM, procurando identificar as causas que condicionam a sua eficiência, e na análise dos MG de outros SPS congéneres, para recolher medidas e práticas que possam ser incorporadas no ADM, focando a investigação em quatro dimensões: (1) Pessoas; (2) Processos; (3) Meios; (4) Dados.

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

- Propor contributos para a implementação de um novo MG no ADM.

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

- OE 1 - Analisar o atual MG do ADM;

- OE 2 - Analisar os MG de outros SPS congéneres.

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

- Que linhas de orientação estratégicas deverão ser implementadas no novo MG do ADM?

O presente TII está estruturado em seis capítulos, iniciando-se com a introdução do tema, delimitação do objeto de estudo, objetivos e QC. Segue-se o enquadramento conceptual e metodológico, que fundamenta a análise. Nos terceiro e quarto capítulos analisa-se o MG do ADM e de SPS congéneres. No quinto capítulo, enunciam-se os desafios e propõem-se linhas de orientação estratégica para a implementação de um novo MG. O sexto e último capítulo apresenta as conclusões, evidenciando os contributos, limitações e recomendações para futuras investigações.



2. Enquadramento conceptual e metodológico

Este capítulo reúne a revisão da literatura, os conceitos estruturante e adjacentes, o modelo de análise e a metodologia da investigação. Conceitos complementares encontram-se no Apêndice A para pesquisa temática.

2.1 Revisão de literatura e conceitos

A definição clara de conceitos é fundamental na investigação científica, sobretudo em contextos complexos como a saúde. A governação, “[...] diz respeito às regras de decisão coletiva em contextos em que existe uma pluralidade de atores ou organizações e em que nenhum sistema de controlo formal pode ditar os termos da relação entre esses atores e as organizações” (Vasudha & Stoker, 2009, p. 3). A sua ampla utilização exige precisão conceptual para assegurar consistência analítica.

O conceito de governação é privilegiado neste estudo pela sua natureza holística, ao abranger o conjunto de interações institucionais e relacionais que estruturam o exercício do poder público, superando a perspetiva tradicional centrada exclusivamente no governo (Raposo, 2008, p. 13). Em alinhamento com Raposo (2008, p. 22), opta-se pela utilização do termo “governação” em detrimento de “governança”, dada a sua maior adequação semântica ao contexto científico e administrativo português, assegurando rigor conceptual e coerência analítica ao longo da investigação.

A governação traduz-se nas medidas organizadas que uma sociedade adota para coordenar ações e alcançar objetivos comuns. No setor da saúde, refere-se à forma como se estrutura a promoção e proteção da saúde pública (Dodgson & Drager, 2002, cit. por Lameiras, 2023, p. 4). No mesmo alinhamento conceptual, Carrapato, Correia e Garcia (2019, cit. por Lameiras, 2023, p. 4), reforçam que “[...] a *governance* em saúde consiste em promover e proteger a saúde da população a partir de ações e meios organizados com esse objetivo”.

A sua concretização exige um sistema capaz de gerir os vários intervenientes, assegurando articulação entre setores (Sakellarides, 2003, pp. 96-97). Para Raposo (2008, p. 40), a governação em saúde:

[...] consiste na adopção do conceito de governação ao contexto da saúde. Este conceito é importante, porque os sistemas de saúde são complexos, são sensíveis ao domínio das comunidades e dos indivíduos, estão moldados nos ambientes sociais, económicos e culturais onde se integram, são orientados por valores e



constituem sistemas extremamente específicos em termos de produto, processos e estruturas.

A World Health Organization alude a boa governação em saúde, associando-a à transparência, à prestação de contas (*accountability*), à participação nas decisões e a incentivos que promovam sistemas de saúde sustentáveis (World Health Organization [WHO], 1998, p. 3).

A governação em saúde é um processo estratégico que define políticas, normas e supervisão para gerir recursos escassos, visando proteger e promover a saúde pública. Envolve quatro práticas (Figura 1) essenciais de boa governação (Management Sciences for Health [MSH], 2010, p. 70):

1. Prestar contas com responsabilidade;
2. Envolver os *stakeholders*;
3. Estabelecer uma orientação comum;
4. Gerir os recursos corretamente.

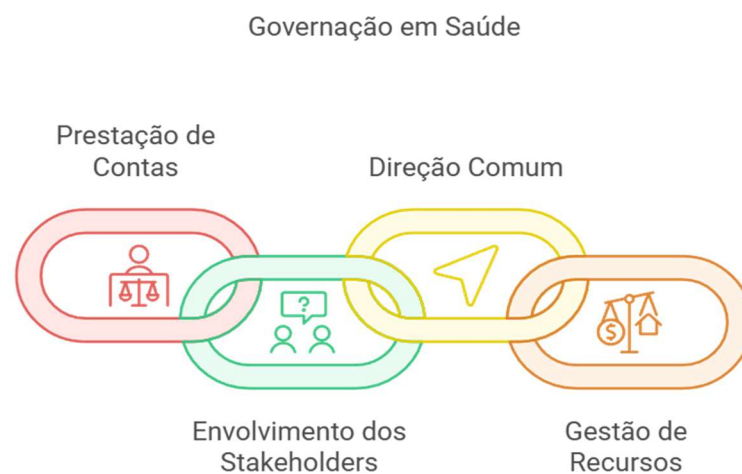


Figura 1 - Visão genérica das práticas essenciais no processo de governação em saúde

O órgão de governação exerce funções estratégicas e de supervisão, assegurando que a missão institucional é cumprida com eficácia, orientada pelas necessidades de saúde dos beneficiários e pela legitimidade da entidade. Para cumprir eficazmente as suas competências e atribuições, o órgão de governação deve alinhar-se com a estrutura orgânica e envolver os *stakeholders* na formulação de políticas e objetivos estratégicos, garantindo decisões participadas e eficazes (MSH, 2010, p. 71), habilitando desempenhos (Figura 2):



1. De qualidade - assegurando padrões elevados e a melhoria contínua dos resultados;
2. Financeiro - visando a sustentabilidade e a solidez económico-financeira;
3. De planeamento - envolvendo previsão estratégica e alocação eficiente de recursos;
4. De gestão – focando-se na otimização dos processos para maior eficácia;
5. De eficácia de governação – garantindo decisões participadas, responsáveis e transparentes.



Figura 2 - Áreas principais de atuação na formulação de políticas

A governação constitui um processo coletivo de decisões nas organizações que gerem SPS, exigindo, segundo o MSH (2010, p. 72):

1. A definição da orientação estratégica e de objetivos;
2. A formulação de políticas, subordinadas ao ordenamento jurídico vigente;
3. A mobilização e alocação de recursos para concretizar os objetivos;
4. A supervisão do desempenho, assegurando o cumprimento dos objetivos;
5. A criação de um ambiente legítimo de atuação, centrado nas necessidades dos beneficiários.

A boa governação transcende a eficácia estratégica, exigindo decisões informadas por evidência e valores partilhados, processos transparentes e inclusivos, responsabilidade institucional, resultados éticos e justos, e sustentabilidade organizacional (MSH, 2010, pp. 72).



Neste contexto, e com o objetivo de se caracterizar o conceito estruturante - MG - no âmbito desta investigação, assume-se que, é um sistema de metodologias (regras, processos e estruturas) através do qual uma organização é dirigida e controlada, fornecendo os mecanismos para a tomada de decisões estratégicas, para a definição de políticas, com que a entidade estabelece os objetivos e formas para atingi-los, monitorizando o seu desempenho e os resultados obtidos (Figura 3).



Figura 3 - O MG num SPS

A Assistência na Doença (AD), molda o primeiro conceito adjacente, configurando um direito legal dos beneficiários, assegurando acesso equitativo a cuidados de saúde e promovendo qualidade de vida.



Como segundo conceito adjacente o SPS, compagina uma entidade pública que, por lei, assegura ou comparticipa prestações de saúde a servidores do Estado, e respetivos agregados familiares, podendo, em certos casos, ter adesão obrigatória (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2011, p. 65). A sua análise evidencia a diversidade organizacional e orienta políticas adaptadas, reforçando a ligação entre beneficiários e os respetivos MG.

O controlo interno (CI) é um processo dinâmico e contínuo (Figura 4):

[...] efetuado pela direção de uma instituição, pelos seus gestores e demais colaboradores, concebido para fornecer uma garantia razoável de que os seus objetivos serão alcançados nas seguintes categorias: eficácia e eficiência das operações, fiabilidade dos relatórios financeiros e conformidade com a legislação e a regulamentação aplicáveis. (Inspeção-Geral das Atividades em Saúde [IGAS], 2023, p. 8)

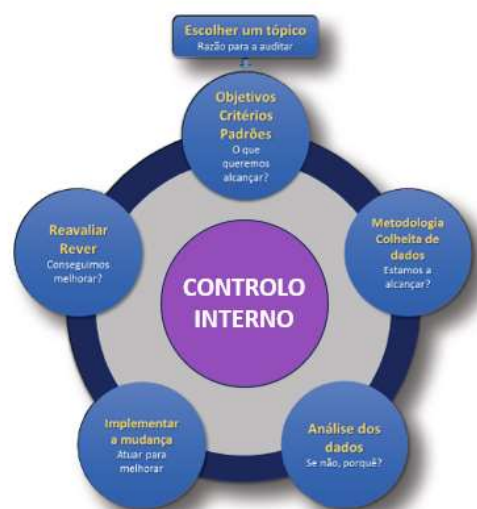


Figura 4 - O Ciclo do Controlo Interno da governação

Fonte: Adaptado de SNS (2017)

Em síntese, a base conceptual, o conceito estruturante desta investigação é o MG, mas que depende na sua ação transformadora dos seguintes conceitos adjacentes - a AD, o SPS e o CI, igualmente relacionados (Figura 5).



Figura 5 - Esquema relacional dos conceitos

2.2 Modelo de análise

A condução da investigação foi alicerçada no modelo de análise apresentado no Apêndice B.

2.3 Metodologia

A metodologia de investigação é um processo sistemático e estruturado que, por etapas definidas, orienta a obtenção de conhecimento e respostas fundamentadas às questões de investigação (Reis, 2010, p. 57). No desenvolvimento deste trabalho, foram seguidos os procedimentos metodológicos do Instituto Universitário Militar, com base na NEP/INV-001(A2) (Instituto Universitário Militar [IUM], 2024) e nas Orientações Metodológicas para a Elaboração de Trabalhos de Investigação (Santos & Lima, 2019).

A investigação baseou-se em bibliografia conceptual para identificar as práticas e deveres essenciais dum órgão de governação, bem como a sua atuação focalizada nos vetores de ação governativa (VAG). Esta abordagem permitiu identificar os agentes, recursos e interesses envolvidos na promoção de ações coletivas orientadas para metas comuns, com vista à melhoria da AD, enquanto benefício social legítimo, devido pelo Estado aos seus servidores.



Neste enquadramento, o presente estudo, inserido no TII, segue um raciocínio indutivo (Santos & Lima, 2019, p. 18), através da observação do MG do ADM, de SPS congéneres, para, através da análise e comparação, identificar padrões e regularidades que possam contribuir para a obtenção de generalizações que suportam a formulação de propostas de linhas de orientação estratégicas para a implementação de um novo MG no ADM.

A investigação adota uma metodologia qualitativa, centrada na compreensão dos significados e experiências dos intervenientes, viabilizando uma visão aprofundada do fenómeno, pois permite “[...] obter uma perceção muito rica e completa sobre o fenómeno em estudo, a partir do aprofundamento das questões a investigar e da conjugação permanente entre a recolha e a análise de dados” (Glaser, 2004; Glaser & Strauss, 1967; Strauss, 1987, cit. por Santos & Lima 2019, p. 38).

O desenho de pesquisa assenta em três componentes complementares:

1. Estudo de caso, centrado no MG do ADM enquanto fenómeno específico (Santos & Lima, 2019, pp. 36-37), articulando-se com a análise de múltiplos casos (Vilelas, 2022, p. 239), ou seja, de outros SPS;
2. Transversal, implicando a delimitação do horizonte temporal e a seleção de fontes que possibilitem “[...] a recolha de dados de mais de um caso, num determinado instante de tempo, de forma a coligir dados [...] qualitativos, com uma ou mais variáveis, que após a sua análise permitem detectar padrões de associação, estabelecendo a variação.” (Bryman, 2012, cit. por Santos & Lima, 2019, p. 33), sendo que “[...] as medições devem ser efetuadas sempre nas mesmas condições, utilizando em todos os casos o mesmo instrumento de recolha de dados.” (Santos & Lima, 2019, p. 33).
3. Recorrendo a uma abordagem interpretativa, esta investigação procura compreender os MG vigentes em SPS congéneres, analisando como os VAG se evidenciam em estruturas orgânicas diferenciadas.

2.4 Método

2.4.1 Participantes e procedimento

Participantes. Foram envolvidas vinte entidades com conhecimento relevante sobre o objeto de estudo (Apêndice C). Para responder à QD 1, foram entrevistadas dezasseis entidades civis e militares do MDN, IASFA, Ramos e associações profissionais de militares



(APM), com interação no ADM. A QD 2 foi sustentada por entrevistas a três responsáveis de SPS congêneres nacionais e a um espanhol.

Procedimento. As entrevistas semiestruturadas decorreram presencialmente, por videoconferência ou e-mail. Todos os participantes aceitaram colaborar após esclarecimento sobre anonimato e confidencialidade, tendo dois deles solicitado anonimato.

2.4.2 Instrumentos de recolha de dados

Foram escolhidas entidades experientes, com formação e representatividade crítica, garantindo fiabilidade na análise dos MG.

Os guiões das entrevistas semiestruturadas foram ajustados conforme a segmentação por QD, permitindo recolher “[...] dados relativos às suas condutas, opiniões, desejos, atitudes e expectativas, os quais pela sua natureza é quase impossível observar de fora” (Vilelas, 2022, p. 347). As perguntas permitiram aos entrevistados partilharem experiências, sendo possível ao investigador introduzir questões adicionais para esclarecer respostas ou recentrar o contexto (Vilelas, 2022, p. 351).

Todos os procedimentos seguiram princípios éticos, incluindo a entrega de nota introdutória, obtenção de consentimento informado, livre e esclarecido, e a garantia de confidencialidade dos dados.

2.4.3 Técnicas de tratamento de dados

A análise baseou-se em fontes legais e conceptuais, orientando a formulação teórica e prática de um novo MG para o ADM.

Após a análise documental e a validação das entrevistas, aplicou-se a análise de conteúdo qualitativa com matrizes temáticas (Sarmiento, 2013, pp. 53–66), aprofundando a caracterização dos MG dos SPS.

A análise de *benchmarking* (Camp, 1989) ao ADM e a outros SPS (Apêndice E), sustentada na análise de conteúdo e documentos oficiais do IASFA, identificou boas práticas e desafios, sustentando propostas para reforçar os VAG no MG do ADM.

Posteriormente, integrou-se essa informação numa matriz *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats* (SWOT) (Wheelen & Hunger, 2012, pp. 64-65) permitindo correlacionar “[...] as potencialidades e vulnerabilidades internas, com as oportunidades e ameaças provenientes do ambiente externo, visando formular linhas orientadoras para a [...]” (Lameiras, 2023, p. 8) implementação de um novo MG na ADM (Apêndice F).



3. O atual modelo de governação do Subsistema Público de Saúde – Assistência na Doença aos Militares

O ADM, gerido pelo IASFA, articula uma liderança centralizada - atribuída ao Conselho Diretivo (CD) — com uma execução descentralizada, assegurada pela Direção de Serviços de Assistência na Doença aos Militares (DSADM). A análise do atual MG apoiou-se em instrumentos de gestão e na análise de conteúdo de entrevistas (Apêndice D), tendo como referência os conceitos estruturante e adjacentes que sustentam a atividade do subsistema.

3.1 Modelo organizacional

O IASFA, tem como missão (Figura 6) garantir e promover a ASC dos seus beneficiários e gerir o ADM. Este último resulta da fusão dos subsistemas dos ramos das FFAA e configura um SPS autónomo, embora paralelo à ADSE, mas adaptado à especificidade da condição militar.

É suposto a atuação assistencial do IASFA reger-se pelos princípios de eficácia, complementaridade e sustentabilidade financeira. No ADM, é expectável também, que se apliquem os mesmos critérios de rigor, centrados na racionalização da despesa, controlo de faturação e fiscalização contratual das entidades prestadoras.

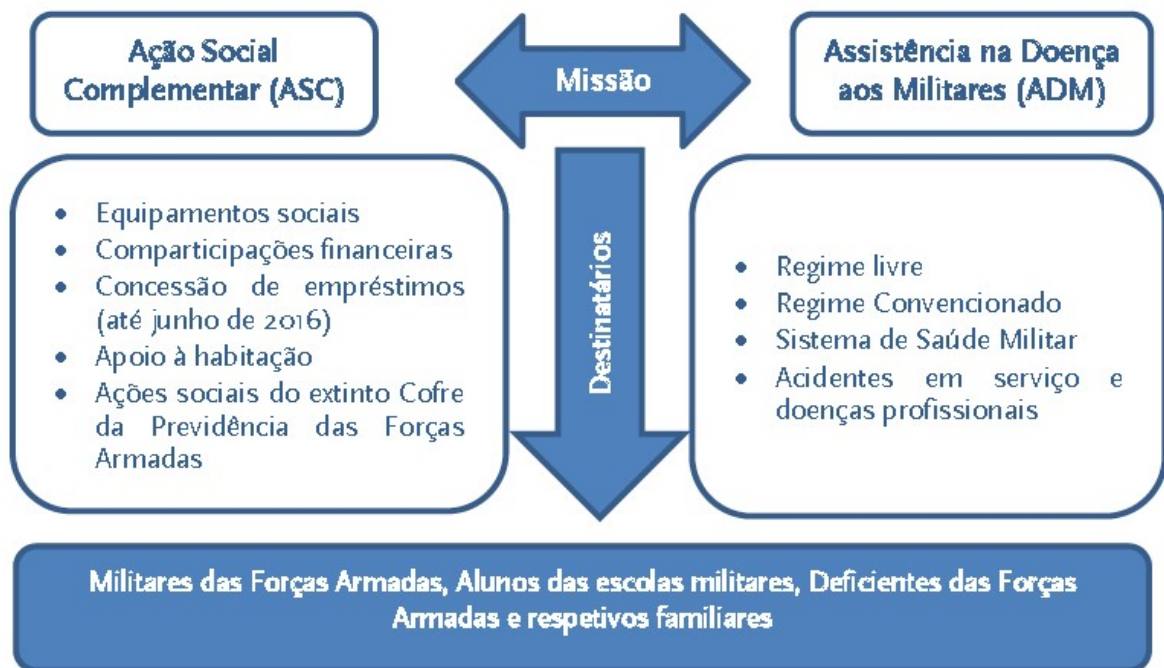


Figura 6 - Missão do IASFA

Fonte: TC (2019)



A estrutura orgânica de topo do IASFA (Figura 7) assenta no CD, Fiscal Único e no Conselho Consultivo (CC). O CD, lidera a atividade assistencial, a gestão de recursos e a execução de políticas. Com a entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 35/2016, de 29 de junho, a composição do CD passou de dois para três membros - presidente (Oficial General) e dois vogais - permitindo uma resposta mais pronta e uma distribuição mais realista de pelouros pelos membros do CD. O presidente assegura a representação institucional e supervisão global, enquanto os vogais, nomeados por concurso, têm competências técnicas e administrativas específicas.

A Deliberação (extrato) n.º 286/2024, de 6 de março, define a distribuição de pelouros e a delegação de competências no CD, permitindo um exercício descentralizado da autoridade interna. A DSADM, sob tutela de um dos vogais, gere o ADM ao nível operacional (art.º 4.º do Anexo à Portaria n.º 189/2013, de 22 de maio), sendo responsável por tarefas como a contratação e fiscalização de prestadores, processamento de participações, emissão de cartões de beneficiário e monitorização orçamental da despesa assistencial.

Para além do planeamento e coordenação, o CD é responsável pelo estabelecimento de acordos com entidades prestadoras, normas operacionais e avaliação da qualidade dos serviços, refletindo um MG público centrado no interesse coletivo e eficiência orçamental. A estrutura orgânico-funcional do IASFA exige, assim, um equilíbrio entre centralização estratégica e descentralização operacional, devendo assegurar uma gestão coerente e ajustada às especificidades do ADM.

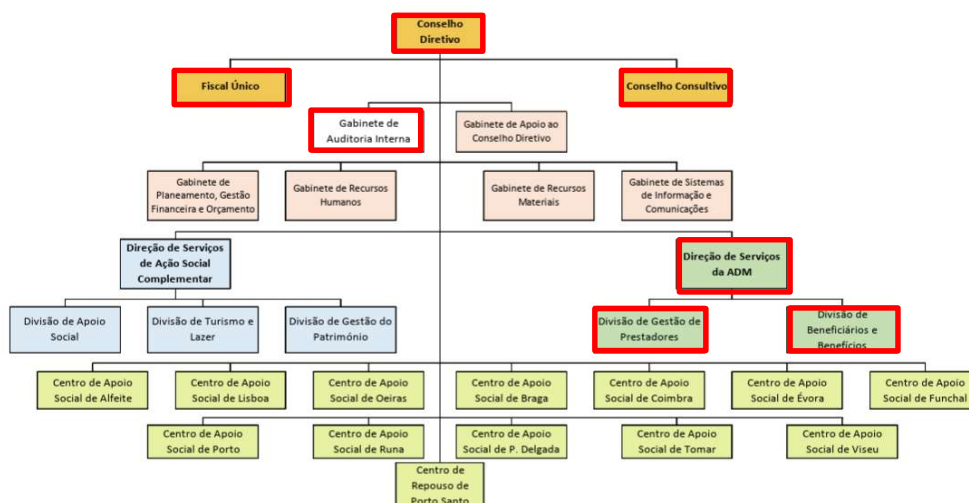


Figura 7 - Organograma do IASFA

Fonte: IASFA (2024)



O ADM mobiliza diversos *stakeholders* (Figura 8) com impacto na sua política e gestão estratégica, distribuídos por diferentes níveis de decisão e influência. O IASFA classifica-os como internos e externos (IASFA, 2024, pp. 11-12), refletindo a complexidade das relações institucionais que moldam o MG.

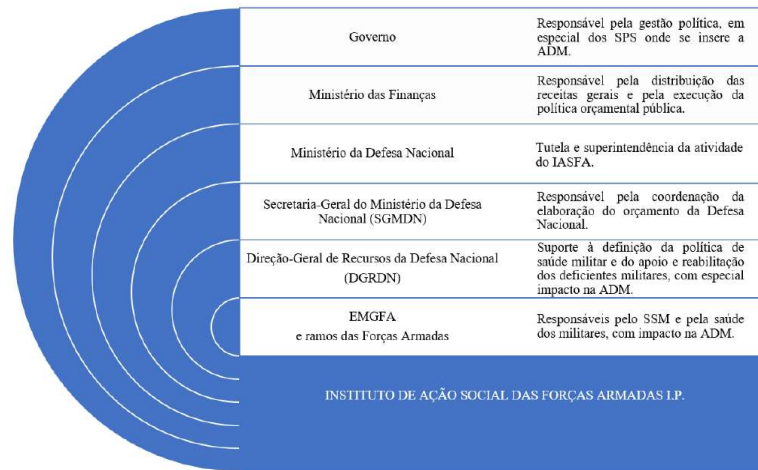


Figura 8 - Relações institucionais e responsabilidades no âmbito do ADM

Fonte: Graça (2021)

3.2 Vetores de ação governativa - presença

O presente subcapítulo foca-se na análise dos VAG, assumindo-se como base conceptual a caracterizada no Apêndice G. A governação dos SPS deve desenvolver-se de forma sustentada, focalizada nos VAG (Figura 9).



Figura 9 - Vetores de ação governativa



A avaliação do MG do IASFA, com base nos seus instrumentos de gestão, entrevistas e no relatório do TC, revelaram limitações estruturais relevantes. A governação foi afetada pela “[...] falta de alinhamento entre os vários centros de decisão” (TC, 2019, p. 11), comprometendo a coerência estratégica. Verificaram-se ainda lacunas normativas, ausência de mecanismos regulares de auscultação dos beneficiários e deficiências na avaliação sistemática de desempenho. Estas fragilidades comprometeram designadamente a eficiência, a transparência e a continuidade da ação governativa.

A **transparência** no MG do IASFA revelou-se significativamente comprometida, contrariando os princípios orientadores da boa administração pública. O TC (2019, p. 12) destacou que “as demonstrações financeiras não refletem de forma verdadeira e apropriada a situação económico-financeira”, ocultando a real dimensão da dívida do ADM, mascarada sob a forma de acréscimos de custos. Em 2017, a dívida a prestadores de cuidados de saúde ascendia a 69 milhões de euros (M€), representando 91% do passivo, após um crescimento de 76% desde 2015 (TC, 2019, p. 13).

Apesar de melhorias na comunicação institucional, como o lançamento em 2019 de um novo sítio na internet (IASFA, 2020, p. 52), com acesso a normativos e instrumentos de gestão, persistem deficiências estruturais. Os documentos de gestão carecem de assinaturas datadas e não respeitam a cronologia sequencial dos ciclos de governação, fragilizando a fiabilidade dos processos de escrutínio. A criação de um *contact center*, proposta em 2020 como medida de aproximação ao utente (IASFA, 2021b, p. 70), não foi acompanhada de indicadores de desempenho, confirmando que a transparência institucional permanece limitada e predominantemente reativa.

Quadro 1 - Projeto de implementação de um *contact center* para a ASC e ADM

PE	Objetivos Setoriais Gerais	Elemento de ação	Indicador		Meta	T	Superação	EPR	MONITORIZAÇÃO		EXECUÇÃO DOS OSG 3º quadrimestre	
			designação	peso					dezembro	RESULTADO FINAL	Taxa de realização do Ind.	Taxa de exec do OSG
OES		3218 elaboração do projeto de implementação de um contact center para ASCe ADM	Data de apresentação do projet o ao CD	5%	30/04/2020	27	02/04/2020	GACD	17/03/2020		139%	
OES		3219 implementação e operacionalização do contact center para ASCe ADM	Data de implementação e operacionalização do contact center	5%	31/12/2020		03/12/2020	GSC			0	

Fonte: Adaptado de Matriz de Objetivos Setoriais Gerais e Atividades 2020 – IASFA (2021)



Os relatórios de atividades (RA) de 2020 e 2021 apontaram a persistência de falhas estruturais e de comunicação com os beneficiários, sem melhorias significativas na transparência institucional. Em 2023, evidencia-se o agravamento do problema: 0% dos beneficiários do ADM manifestaram satisfação com os processos de renovação de cartões e regime livre - Anexo C do RA de 2023 (IASFA, 2024a, p. 3), revelando deficiências graves na comunicação e ausência de medidas eficazes de mitigação.

Quadro 2 - Indicador de taxa de satisfação emissão de cartões de beneficiário

ATIVIDADE	Indicador_descricao	metrica	tipo	Peso	QUAR	META 2023	T	superação	EPR	Resultado	Estado	Tx realiz Ind	Tx realiz OSG
Afeta a satisfação global dos beneficiários ADM com o processo de renovação dos cartões - inquérito	Taxa de satisfação dos beneficiários com o processo de renovação dos cartões	%	quantidade	30%		75%	10%	83%	DSADM			0,0%	0,0%

Fonte: Adaptado de Matriz de Objetivos Setoriais Gerais e Atividades 2023 – Anexo c – IASFA (2024)

A **responsabilização**, elemento central da boa governação, revelou-se insuficientemente implementada no ADM, conforme demonstrado pela análise documental, que confirma fragilidades na atuação governativa neste vetor.

O TC, evidencia no Volume II do supramencionado relatório, o incumprimento do quadro legal, relevando o deficiente controlo orçamental interno e o registo opaco de dívidas da ADM “[...] num contexto de controlo orçamental e, em particular, da despesa pública e dos atrasos de pagamento, aplicável designadamente a entidades do Setor Público Administrativo, [...] estabelece a prevalência das normas dessa Lei sobre “(...) quaisquer outras normas legais ou convencionais, especiais ou excepcionais, que disponham em sentido contrário” [...]. O cumprimento da missão do IASFA, [...] não é incompatível com o cumprimento de normas respeitantes à elaboração e execução dos orçamentos [...] existindo a obrigação das entidades públicas adotarem medidas de gestão e de controlo interno que permitam o cumprimento daquelas normas.” (TC, 2019 p. 25).

Deste modo, representando os membros do CD “[...] o incumprimento das normas legais como consequência da insuficiência de dotações orçamentais, para a qual também contribuíram com a sua conduta, dão-se por indiciados os pressupostos da sua eventual responsabilização financeira, afastando-se também a possibilidade da sua relevação, [...] designadamente por, considerando a consciência da ilicitude, não ser possível imputar a eventual infração a título de negligência.” (TC, 2019 p. 26).



Durante o período analisado, foram identificadas iniciativas relevantes, embora com limitações na execução, destacando-se medidas que, apesar do potencial, têm carecido de concretização plena:

O Presidente do CD identificou, igualmente, em 2019 a necessidade de criar uma capacidade de auditoria interna diferente da que estava regulamentada, sendo sua intenção a criação de um Gabinete de Auditoria (GA), conforme referência em Plano Estratégico (PE) 2019-2021 do IASFA. [...] foi elaborado em 2019 o Plano Anual de Auditorias com a finalidade de definir responsabilidades e orientações gerais para o planeamento, organização, coordenação e execução das auditorias internas e setoriais do IASFA, bem como o apoio às auditorias externas a realizar [...]. (IASFA, 2020, p. 53)

O relatório anual de auditoria de 2019 evidenciou avanços na coordenação entre auditorias internas e externas (Figura 10), permitindo otimizar recursos e reforçar a responsabilização institucional.

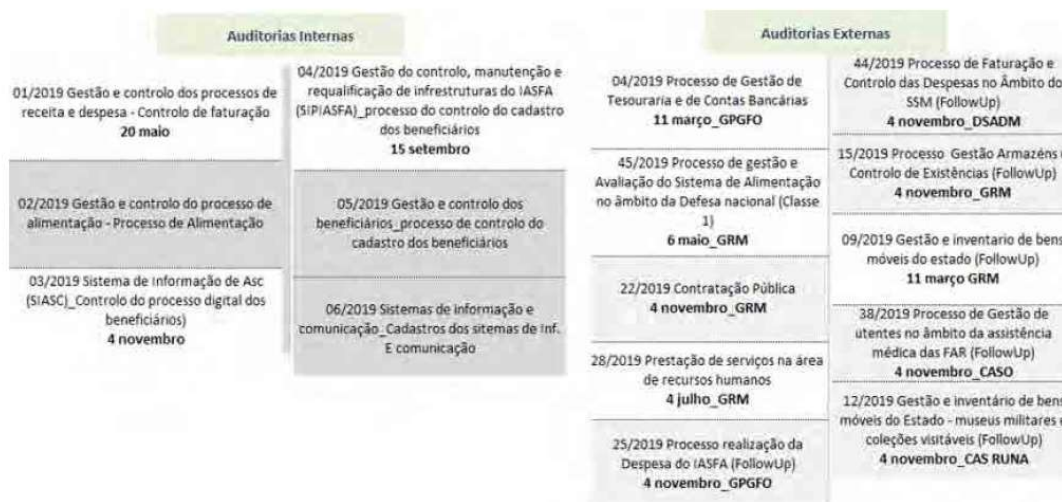


Figura 10 - IASFA - Auditorias planeadas 2019

Fonte: IASFA (2020)

Apesar de o IASFA afirmar desenvolver uma “[...] cultura de rigor e transparência, transversalmente a todas as áreas de atividade.” (IASFA, 2024, p. 71), não se conhecem evidências de responsabilização ou de divulgação de consequências decorrentes das auditorias. A ausência de resultados publicados, mecanismos formais de responsabilização



e prestação de contas visível indicou um ciclo de responsabilização incompleto, comprometendo a legitimidade e a transparência dos processos.

O vetor da **participação** revelou-se o mais fragilizado entre 2019 e 2023, sem auscultação regular aos beneficiários do ADM. Em 2020, foram aplicados questionários genéricos, mas os dados não foram desagregados especificamente para a ADM (IASFA, 2021b, pp. 89-90). A única medição direta refere-se ao uso do Portal do Beneficiário, com 73,12% de aprovação conforme plasmado no anexo E do RA de 2020 (IASFA, 2021b, p. 74), limitada à interação digital. A ausência de mecanismos formais de escuta ativa compromete a inclusão e coresponsabilização dos beneficiários, enfraquecendo a capacidade adaptativa do ADM às suas necessidades reais.

A **equidade**, enquanto VAG, permaneceu fragilizada no ADM. Os RA do IASFA de 2019 a 2023 revelam uma distribuição assimétrica dos beneficiários, com concentração em Lisboa e Setúbal (IASFA, 2020, p. 40), sem análise interpretativa conhecida sobre o impacto destas desigualdades territoriais (Quadro 3) no acesso à rede convencionada (IASFA, 2022, p. 33). A ausência de políticas corretivas baseadas em indicadores comprometeu a adaptação do sistema às necessidades reais dos beneficiários, reforçando a urgência de políticas corretivas sustentadas em indicadores de equidade regional, que permitissem identificar e gizar estratégias de compensações regionais, comprometendo o acesso em zonas periféricas.

Quadro 3 - N.º de beneficiários por Distrito

N.º Beneficiários	
LISBOA	31796
SETÚBAL	25020
SANTARÉM	8993
PORTO	8808
LEIRIA	4728
BRAGA	3635
COIMBRA	3364
AVEIRO	3374
FARO	2842
VISEU	2833
AÇORES	2358
ÉVORA	2020
VILA REAL	1688
CASTELO BRANCO	1327
BEJA	1373
VIANA DO CASTELO	1374
MADEIRA	1618
PORTALEGRE	1164
GUARDA	803
BRAGANÇA	715
ESTRANGEIRO	176
TOTAIS	110.009

Fonte: IASFA (2022)



Adicionalmente, conforme enfatizado por L. Baptista (entrevista por *e-mail*, 21 de março de 2025), “Convirá referir que o envelhecimento da população beneficiária, especialmente militares reformados e pensionistas, aumenta a complexidade dos cuidados exigidos, desafiando a estrutura do SPS-ADM a modernizar-se e ampliar a sua capacidade de resposta”, observando-se um envelhecimento crescente da população beneficiária (Quadro 4), facticidade observável nos beneficiários com mais de 60 anos a representar cerca de 48% do universo total já em 2020 (IASFA, 2021, p. 35). Esta evolução, agravada pelo aumento da esperança de vida, exige uma reconfiguração do modelo assistencial para responder às necessidades geriátricas, o que não se evidencia nos relatórios analisados.

Quadro 4 - Escalão etário dos beneficiários

	[0-19 anos]	[20-29 anos]	[30-39 anos]	[40-49 anos]	[50-59 anos]	[60-69 anos]	[70-79 anos]	[>= 80 anos]	TOTAL
2021	14.065	14.638	7.920	8.373	12.543	14.877	19.786	17.807	110.009
2020	14.123	11.296	8.252	8.229	13.657	14.854	19.887	16.578	106.876
2019	14.990	11.990	8.662	8.331	14.502	15.198	19.881	14.650	108.204

Fonte: Adaptado de IASFA (2022)

Desde 2022, embora o total de beneficiários continue a ser reportado (91.856 em 2023), a ausência de desagregação sociodemográfica dos beneficiários do ADM impede a análise da equidade e limita a definição de políticas corretivas, perpetuando uma equidade apenas formal.

Apesar do cumprimento formal dos objetivos orçamentais, a **eficiência** do ADM foi afetada pelo desequilíbrio estrutural associado à suborçamentação crónica e ausência de financiamento estatal, ocultados por práticas contabilísticas que distorcem a realidade financeira (TC, 2019, pp. 11-12). Os procedimentos contabilísticos do IASFA distorceram a real situação financeira do ADM, comprometendo a avaliação da eficiência (TC, 2019, pp. 12-13). Em 2020, embora reconhecendo o impacto da pandemia (IASFA, 2021, p. 5), o IASFA não apresentou indicadores comparativos que permitissem medir o desempenho da ADM.

O RA de 2020 reconhece o apoio extraordinário de 6 M€ do Memorando de Entendimento para o Equilíbrio Financeiro do IASFA (MEEFI), mas a ausência de dados



desagregados e indicadores específicos impediu avaliar o impacto real das medidas no ADM (IASFA, 2021, p. 153).

Em 2021, o orçamento do ADM foi significativamente reforçado, com um acréscimo de mais de 46 M€ (Quadro 5) na despesa corrente, resultado de apoios do MEEFI e do Programa da Defesa, incluindo 10 milhões para amortizar dívida a prestadores convencionados (conforme Anexo F do RA de 2021) (IASFA, 2022, p. 3).

Quadro 5 - Recursos Financeiros QUAR 2021

Recursos Financeiros				
DESIGNAÇÃO	PLANEADOS	EXECUTADOS	DESVIO	% Desvio
Orçamento de funcionamento	95 949 138,00	138 712 040,40	42 762 902	44,57%
Despesas c/Pessoal	11 100 000,00	10 012 053,21	-1 087 947	-9,80%
Aquisições de Bens e Serviços (a)	82 380 043,00	128 639 383,73	46 259 341	56,15%
Outras despesas correntes	2 469 095,00	60 603,46	- 2 408 492	-97,55%
PIDDAC				
Outros valores	572 604,00	1 376 342,50	803 739	140,37%
TOTAL (OF+PIDDAC+Outros)	96 521 742,00	140 088 382,90	43 566 640,90	45,14%

a) Inclui as despesas da ADM

Fonte: IASFA, Anexo F (2022)

O aumento da despesa no ADM refletiu uma gestão reativa, com frágil alinhamento à eficiência e sem indicadores que comprovem o impacto na qualidade ou acessibilidade aos cuidados de saúde. Em 2023, embora o IASFA tenha declarado a eliminação da dívida a prestadores e o esforço de equilíbrio orçamental com medidas de contenção (IASFA, 2023, p. 6), persistiram lacunas na monitorização de desempenho, como tempos de acesso e taxas de reembolso. Em 2023, manteve-se o equilíbrio financeiro e a ausência de dívida, mas a eficácia das medidas foi descrita genericamente, sem dados objetivos (IASFA, 2024, p. 6).

No Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR) de 2023 (Gráfico 1), registou-se uma taxa de eficiência de 117%, sem base metodológica clara ou desagregação funcional (IASFA, 2024, p. 8), tendo a ausência de critérios objetivos fragilizado a avaliação do desempenho.

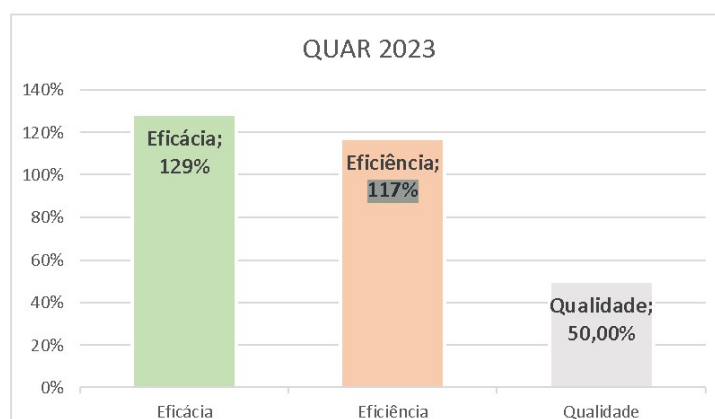


Gráfico 1 - Execuções alcançadas no QUAR 2023 (parâmetros)

Fonte: IASFA (2024)

Apesar do equilíbrio orçamental atingido, a ADM carece de métricas, *benchmarks* e avaliação de impacto, limitando a eficiência real e reduzindo a governação à contenção orçamental, sem geração de valor assistencial.

A **tecnologia** é essencial para modernizar a gestão e reforçar a transparência, mas, entre 2019 e 2023, a evolução digital do ADM foi limitada e sem continuidade sustentada. Em 2019, destacaram-se atrasos pontuais no “Portal da ADM”, com a implementação de módulos administrativos e de faturação digital (IASFA, 2020, p. 38), resultando num impacto real nessas iniciativas.

Destacado em 2021 como ferramenta de acesso remoto (IASFA, 2022, p. 15), o Portal do Beneficiário do ADM revelou limitações na interoperabilidade e ausência de funcionalidades que permitissem aceder a dados, destacando-se os relativos aos registos clínico-administrativos unificados, comprometendo a eficácia tecnológica da plataforma.

No ano de 2022, é finalmente reconhecida a necessidade de substituir o sistema de informação (SI) do ADM, sendo referido no RA que “São exemplos [...] os estudos e investimentos na infraestrutura de comunicações e nos sistemas informáticos que apoiam a nossa atividade, designadamente, o início da discussão de um novo conceito para a substituição do sistema de informação e gestão da ADM.” (IASFA, 2023, p. 6).

Em 2023, a modernização tecnológica do ADM registou evolução, iniciando-se “[...] a conceção e preparação de um novo SI para a ADM enquanto, simultaneamente, elaborámos uma profunda manutenção do sistema atual que resultou em substanciais ganhos de operacionalidade da plataforma atual.” (IASFA, 2024, p. 6).

Segundo J. Ribeiro (entrevista por *e-mail*, 20 de janeiro de 2025):



Em qualquer organização, a existência de plataformas e meios tecnológicos adequados, permitem automatizar processos garantindo uma maior rapidez nos mesmos, desburocratizando-os e libertando os Recursos Humanos para outras tarefas. A introdução da Inteligência Artificial poderá trazer uma evolução significativa neste âmbito aumentando a rapidez de resposta, reduzindo erros aumentando a coerência e poupando ainda mais Recursos Humanos.

Sendo que, embora a totalidade dos entrevistados defenda a modernização tecnológica como medida essencial (Apêndice D), não se conhece qualquer plano integrado de capacitação digital, comprometendo a edificação deste VAG.

Entre 2019 e 2023, a **governação** do ADM revelou-se limitada por ausência de revisão jurídica, estruturas autónomas e mecanismos de monitorização. A gestão manteve-se dispersa no IASFA, sem articulação com os beneficiários nem decisões estruturantes.

No RA de 2021, reconhece-se a necessidade de rever o regime jurídico (RJ) da ADM, evidenciando a consciência institucional quanto à inadequação do Decreto-Lei n.º 167/2005 à realidade atual, tendo presente que:

[...] continua a ser essencial [...] corrigir os montantes que anualmente são inscritos no Orçamento do IASFA para pagar as despesas com a assistência aos Deficientes Militares, nomeadamente aos Deficientes das Forças Armadas e aos Pensionistas de Pensão de Invalidez, para anular o défice estrutural da ADM. (IASFA, 2022, p. 31)

No tocante à revisão do RJ, F. Serafino (entrevista presencial, 7 de fevereiro de 2025) realçava “[...] a necessidade de proceder à revisão, tendo em consideração questões relacionadas com o ressarcimento de despesas de saúde assumidas pelo ADM, resultantes das políticas sociais estabelecidas pelo Estado” designadamente através da:

[...] clarificação da responsabilidade pelas despesas de saúde dos familiares dos beneficiários abrangidos pela Portaria 1034/2009, com as despesas decorrentes de acidentes em serviço de caráter não permanente, com as despesas referentes aos militares em missão oficial no estrangeiro, com os encargos com despesas de saúde prestados no Sistema de Saúde Militar [SSM] e com as condições de acesso ao regime estabelecido pela Portaria nº 1034/2009. (IASFA, 2022, p. 32)

De facto, 88% dos entrevistados referem a urgência da revisão do regime jurídico configurando alteração crucial para a eficiência e adequação do ADM (Apêndice D).



No tocante aos pagamentos ao SSM, embora o IASFA tenha submetido à tutela uma proposta de revisão do RJ do ADM, defendendo que:

[...] a relação da ADM com o SSM deve ser equivalente à relação com o Serviço Nacional de Saúde (SNS), com os devidos ajustamentos, como aliás se pode inferir do regime jurídico da ADM contemplado no Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de setembro, nos seus artigos 9º (Entidades prestadoras) e 10º (Prestações de cuidados de saúde em estabelecimentos públicos). (IASFA, 2022, p. 54)

e salientando, que essa iniciativa “ultrapassa as competências próprias do Instituto” (IASFA, 2024, p. 6). A análise do período revela, assim, uma governação escorada em rotinas administrativas e na gestão reativa aos constrangimentos orçamentais, sem estratégia integrada e foco em resultados.

3.3 Controlo interno da governação

Entre 2019 e 2023, o CI do ADM revelou-se deficitário, sem modelo estruturado, articulação formal ou eficácia operacional, comprometendo a conformidade normativa.

Em 2019, não se identifica qualquer estrutura formal de CI associada à ADM. A DSADM, apesar de gerir operacionalmente o subsistema, não dispõe de sistemas de controlo ou indicadores de desempenho. O TC destaca a “dispersão da informação de gestão” (TC, 2019, p. 12), a “ausência de integração entre as dimensões operacional e contabilística” (TC, 2019, p. 25) e a inexistência de medidas de CI eficazes. Denuncia ainda que “[...] o sistema de controlo interno implementado pelo IASFA [...] não garante a regularidade da despesa [...]” (TC, 2019, p. 71), podendo as falhas detetadas conduzir à “[...] responsabilização financeira dos responsáveis.” (TC, 2019, p. 73).

Entre 2020 e 2023, mantiveram-se lacunas críticas no CI do ADM. Em 2020, não se registaram mecanismos de rastreabilidade em tempo real. Em 2022, embora o IASFA tenha destacado a importância “[...] de que mecanismos de monitorização e controlo, formação adequada ao desempenho de funções e elaboração de manuais de procedimentos, são peças-chave num sistema de controlo interno [...]” (IASFA, 2022, p. 51), não concretizou auditorias internas, priorizando a regularização da dívida. A DSADM nunca foi mencionada como responsável pelo CI, e não foi identificada a implementação de sistemas de melhoria contínua, mantendo-se o CI do ADM ineficaz, sem auditorias específicas, reportes regulares ou gestão de risco, limitando assim a sua eficácia.



3.4 Síntese conclusiva

Em face do exposto, e em resposta à QD 1 - *De que modo o atual modelo de governação no ADM está implementado?*, concluiu-se que entre 2019 e 2023:

- a) A **transparência** no ADM melhorou com a entrada em produção de algumas ferramentas digitais, mas permanece limitada pela falta de dados relevantes e métricas de impacto, exigindo práticas contabilísticas rigorosas e resultados auditáveis para reforçar a confiança e a responsabilização;
- b) A **responsabilização** no ADM mantém-se frágil, com auditorias internas sem evidências de aplicação prática das recomendações, comprometendo o escrutínio e a eficácia da gestão;
- c) A **participação** no ADM foi débil, sem auscultação sistemática nem impacto mensurável dos inquéritos nos cuidados de saúde, evidenciando débil governação participativa;
- d) A **equidade** no ADM manteve-se formal, com desigualdades territoriais e envelhecimento dos beneficiários, sem dados atualizados nem ações compensatórias eficazes;
- e) A **eficiência** do ADM assentou em contenção orçamental e reforços pontuais, sem reformas estruturais, indicadores de impacto ou auditorias que evidenciem o valor assistencial gerado;
- f) A **tecnologia** no ADM teve incremento limitado, sem plano integrado de capacitação digital, restringindo-se a melhorias pontuais que não sustentaram a modernização do subsistema;
- g) A **governação** do ADM permaneceu juridicamente desatualizada, sem instâncias estratégicas ou consulta aos beneficiários, refletindo uma estrutura rígida, centrada na gestão corrente e limitada por constrangimentos legais e orçamentais.

O MG do ADM evoluiu pontualmente, mas permaneceu fragilizado pela falta de CI, de uma estratégia baseada em dados e um RJ adequado, exigindo revisão urgente.



4. Modelos de Assistência na Doença

No presente capítulo caracterizam-se os MG de SPS nacionais e de um espanhol, identificando-se boas práticas para apoiar a implementação de um novo MG no ADM.

4.1 Subsistemas nacionais

A estrutura da saúde em Portugal assenta num modelo misto, mas fortemente centrado no SNS, que é público, universal e tendencialmente gratuito e em SPS, como o ADM, ADSE, SAD/GNR e SAD/PSP, que asseguram a saúde pública, com gestão própria, dependência política e financiamento por quotizações.



Figura 11 - Estrutura da Saúde em Portugal no contexto investigado

Fonte: Aplicação IA - *napkin.ai*

4.1.1 Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado

Este subcapítulo analisa a coerência entre o MG da ADSE e os VAG, com base em fontes primárias destacando-se os Planos de Atividades (PA) (2019-2025), os RA, o Relatório de Auditoria n.º 22/2019 do TC e os pareceres e resoluções do Conselho Geral e de Supervisão (CGS) da ADSE, I.P., que permitiu avaliar a aplicação concreta desses vetores neste SPS.

O RJ da ADSE assenta no Decreto-Lei n.º 7/2017, de 9 de janeiro, que estabelece a criação da ADSE, I.P., e no Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, que regula o regime de benefícios, estruturando este SPS como I.P. de regime especial, com autonomia administrativa, financeira e gestão participada.

O CGS da ADSE considera o Decreto-Lei n.º 118/83 desatualizado, gerando “injustiças que põem em causa a solidariedade e a justiça” num sistema financiado maioritariamente pelos beneficiários (Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado,



I.P. [ADSE], 2022a, p. 3). A urgência da revisão legislativa é reiterada, na medida em que se identificam limitações legais e estruturais - como o modelo de financiamento, a escassez de Pessoas e a tabela do regime livre desatualizada há mais de 20 anos - como entraves à sustentabilidade da ADSE (ADSE, 2024c, pp. 2-4).

A direção da ADSE assenta no CD, responsável pela gestão e estratégia, e no CGS, que emite pareceres obrigatórios sobre planos, património e valores a cobrar aos beneficiários, sempre dependentes de parecer daquele órgão.

O CD da ADSE executa a estratégia com autonomia limitada, subordinada ao parecer do CGS, que assegura consulta, supervisão e participação institucional.

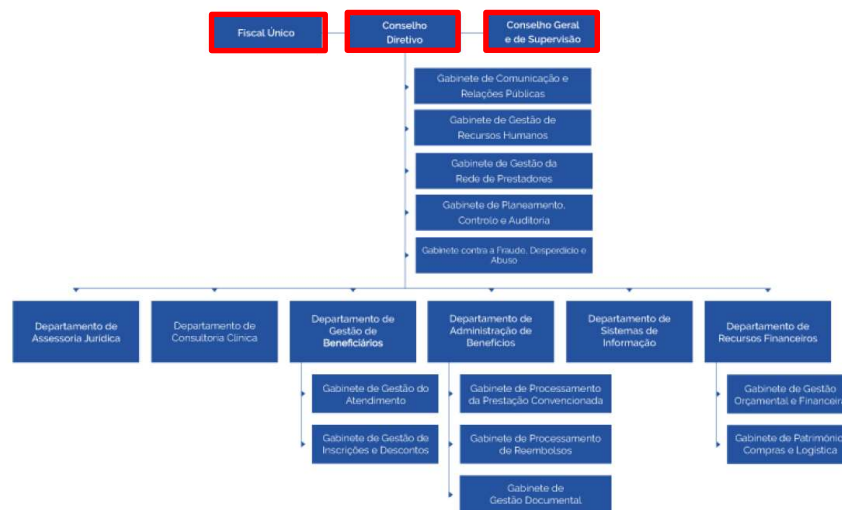


Figura 12 - Organograma da ADSE

Fonte: ADSE (2024f)

A aplicação dos VAG na ADSE, evidencia progressos, mas também limitações estruturais persistentes, justificando uma análise integrada.

A governação da ADSE revela avanços na digitalização, mas a **transparência** continua comprometida pela fraca articulação entre planeamento, execução e avaliação. Apesar da definição de metas operacionais (ADSE, 2024a, pp. 70-71), os relatórios mantêm um registo descritivo, sem análise crítica nem indicadores de desempenho, dificultando a aferição de resultados. O CGS tem advertido para que “os objetivos operacionais sejam devidamente incorporados nos planos anuais e as respetivas metas devidamente monitorizadas, [alertando para que] algumas metas [...] sejam antecipadamente atingidas



[...] como a redução nos prazos de pagamento de reembolsos, plataforma com informação fiel e atualizada dos cuidados de saúde disponíveis” (ADSE, 2024e, p. 6). A falta de ligação entre objetivos estratégicos e resultados efetivos fragilizou o escrutínio público e comprometeu a transparência institucional.

A **responsabilização** na ADSE é fragilizada pela ausência de mecanismos eficazes de prestação de contas. Embora o CD submeta os instrumentos de planeamento e execução à tutela e ao CGS, falta a avaliação crítica e o reporte público consistente. O Parecer n.º 3/2023 destaca lacunas como a inexistência de dados sobre “o número de reembolsos que são efetuados em prazos maiores e as suas justificações [...], a contabilização do número de médicos disponibilizados por cada convenção em cada uma das especialidades e na assinatura/negociação das convenções” (ADSE, 2024e, pp. 2-5). O CGS assinala ainda que várias metas estratégicas “não aparecem calendarizadas com a prioridade necessária, tais como (i) a atualização da Tabela do Regime livre, que como se refere tem vinte anos de vigência” (ADSE, 2024e, p. 2), comprometendo a aferição pública do desempenho.

Embora o quadro legal da ADSE preveja a **participação** dos beneficiários no CGS, conforme realça D. Lopes (entrevista por *e-mail*, 5 de março de 2025) “O modelo é incomum dentro da Administração Pública e pretende refletir o importante papel dos beneficiários na gestão da ADSE” essa representação tem sido pouco considerada. Em 2022, o CGS alertou para “atrasos recorrentes na realização de eleições”, o que comprometeu “a legitimidade da representação dos Beneficiários” e reduziu a sua influência nas decisões estratégicas (ADSE, 2022b, p. 2).

Persistem assimetrias territoriais no acesso aos cuidados de saúde da ADSE, especialmente nas Regiões Autónomas e zonas do interior, comprometendo a **equidade**. Adicionalmente, a ausência de compensação estatal pelos beneficiários isentos — como os aposentados com pensões inferiores a 635 euros — gerou, até ao final de 2023, uma perda de 113 M€. Apesar de prevista na Lei do Orçamento do Estado para 2024, esta compensação “ainda não foi concretizada” (ADSE, 2024c, p. 2), agravando o desequilíbrio financeiro e comprometendo a justiça contributiva e a solidariedade intergeracional.

No domínio da **eficiência**, apesar da implementação de ferramentas como o *Business Intelligence* (BI) e da automatização de processos, a ADSE continua limitada por escassez de Pessoas e excessiva dependência de serviços externos. O CGS sublinhou que “a atividade da ADSE continua carenciada de recursos humanos. Em relação a 2022, houve uma



diminuição de 7 trabalhadores.” (ADSE, 2024c, p. 1), fragilizando a capacidade de resposta e reforçando o recurso ao *outsourcing*.

A **tecnologia** tem sido um dos domínios mais robustos na governação da ADSE, com investimentos em digitalização, BI e automatização de processos. A adoção e a evolução de aplicações informáticas como a ADSE Direta e a MyADSE integraram metas operacionais e reforçaram a eficácia administrativa (ADSE, 2024b, pp. 21-23). O CGS reconheceu estes progressos, destacando a “Prevenção e combate à fraude, abuso e desperdício, com a adoção de tecnologias associadas à Inteligência Artificial” (ADSE, 2024d, p. 2), e valorizou a solução “ADSE SAS” e o reforço do “ADSE BI” como instrumentos para melhorar a análise de dados e a decisão estratégica (ADSE, 2023, p. 4).

A **governação** da ADSE continua aportada em legislação desatualizada, como o Decreto-Lei n.º 118/83, considerado pelo CGS um diploma desatualizado, responsável por “injustiças que põem em causa a solidariedade e a justiça num sistema pago em mais de 90% pelos Beneficiários” (ADSE, 2022a, p. 3). A ausência de uma reforma normativa compromete a coerência entre os VAG e a realidade atual da gestão pública, tornando imperativa uma atualização legal estruturante.

4.1.2 Serviço de Assistência na Doença da Guarda Nacional Republicana

O SAD/GNR é um SPS que assegura cuidados de saúde participados ao pessoal da Guarda Nacional Republicana (GNR) e aos seus familiares, à semelhança da ADSE. Este subsistema tem base legal no Decreto-Lei n.º 158/2005, de 20 de setembro, diploma que aprovou o RJ de AD da GNR, pretendendo-se aproximar o SAD/GNR dos parâmetros de sustentabilidade e equidade da ADSE, restringindo a elegibilidade aos efetivos com a devida especificidade da missão e alinhando os benefícios e regras de participação com as da ADSE.

Posteriormente, o RJ do SAD/GNR sofreu ajustes pontuais, dentre os quais, o Decreto Regulamentar n.º 19/2008, de 27 de novembro, que definiu a estrutura interna da GNR e inseriu o SAD/GNR na sua orgânica.

No âmbito da Lei Orgânica da GNR (Lei n.º 63/2007, de 6 de novembro), o Decreto Regulamentar n.º 19/2008 criou a Direção de Saúde e Assistência na Doença (DSAD) como unidade nuclear da GNR, responsável pela gestão do SAD/GNR, competindo-lhe “organizar, implementar e controlar o sistema de assistência na doença [...] processar faturação e participações, [...] e coordenar a assistência na doença ao pessoal da Guarda” (preâmbulo do Decreto Regulamentar n.º 19/2008). O SAD/GNR está assim



integrado na estrutura da GNR, sendo gerido internamente pela DSAD, sob autoridade do Comandante-Geral, via Comando da Administração dos Recursos Internos (CARI) (Figura 13).

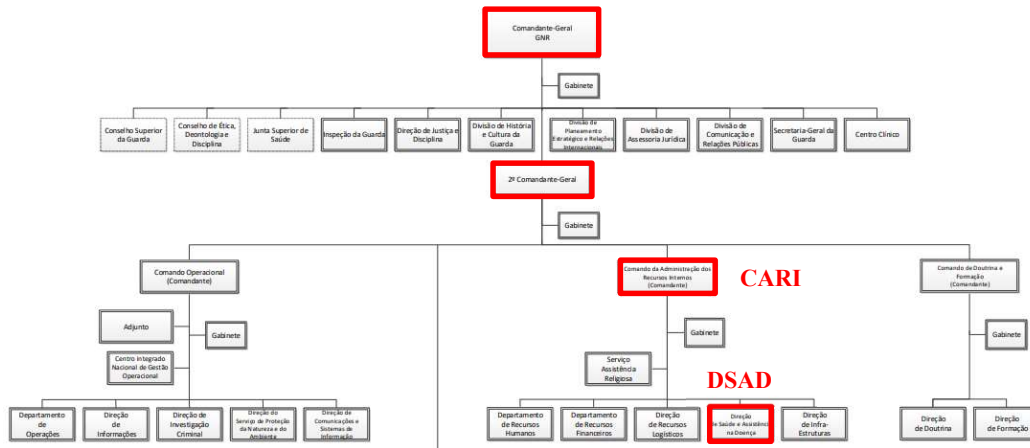


Figura 13 - Adaptado de Organograma da GNR

Fonte: GNR (2025)

Decorridas duas décadas da reforma de 2005, a análise ao MG do SAD/GNR, baseou-se em diplomas legais, instrumentos de gestão e na entrevista, permitindo avaliar a concretização dos VAG e os obstáculos à plena convergência governativa.

A **transparência**, embora assumida como princípio nos RA da GNR onde se afirma o compromisso com a "clareza, lisura e equidade" (Guarda Nacional Republicana [GNR], 2022, p. 55), revelou-se pouco observável no subsistema SAD/GNR. A ausência de análises financeiras específicas e de avaliação crítica nos RA de 2019-2022, fragiliza a transparência e compromete a prestação de contas no SAD/GNR.

A **responsabilização** no SAD/GNR é formal e limitada. Embora o QUAR seja encarado como “[...] instrumento de apoio à gestão concebido para analisar e avaliar o desempenho dos serviços, constitui um quadro de referência sobre a razão de ser e de existência dos serviços, [...] dos seus propósitos de ação, [...] da aferição da sua concretização e da explicitação sumária dos desvios apurados no fim do ciclo de gestão.” (GNR, 2021, p. 1), a ausência de indicadores específicos e de auditorias públicas regulares, comprometeu o escrutínio e a avaliação da eficácia e equidade do SAD/GNR.

A governação do SAD/GNR revela um défice no vetor da **participação**, dada a inexistência de um estrutura representativa formal, que assegure o envolvimento dos beneficiários. A petição n.º 225/XIV/2.0 (Associação dos Profissionais da Guarda [APG],



2021) destacou a falta de liberdade de escolha e apelou a uma maior equidade e diálogo institucional. A falta de participação institucionalizada no SAD/GNR fragiliza a legitimidade das decisões e limita a integração da perspectiva dos beneficiários nas decisões estratégicas.

O SAD/GNR, embora estruturado com base numa taxa contributiva uniforme e benefícios padronizados (Decreto-Lei n.º 158/2005), enfrenta desafios na concretização da **equidade** substantiva. A uniformidade formal no SAD/GNR não garantiu equidade efetiva, penalizando beneficiários em zonas de baixa cobertura sem políticas compensatórias.

No domínio da **eficiência**, apesar do superavit financeiro, o SAD/GNR enfrenta riscos devido à ausência de métricas operacionais. Neste contexto, a informatização é identificada como um caminho prioritário para otimizar a gestão e acelerar os processos (GNR, 2023, pp. 115-117).

A evolução da **tecnologia** na GNR impulsionou a modernização da assistência na doença, nomeadamente através do Sistema de Gestão de Recursos Internos (SIGRI), que abrange áreas críticas como a financeira, logística e saúde (GNR, 2023, p. 231). A introdução de módulos de validação de faturas, gestão de entidades convencionadas e atualização das tabelas da ADSE aumentou a celeridade e fiabilidade administrativa. Apesar dos avanços, a ausência de interoperabilidade e de uma plataforma digital aberta aos beneficiários, limita a produção de indicadores específicos e enfraquece a governação baseada em dados.

A **governação** do SAD/GNR, integrada no Comando-Geral da GNR e sem gestão participada, garante coerência, mas exclui os beneficiários limitando a adaptação da AD. A ausência de planeamento estratégico e de indicadores específicos compromete a eficiência e avaliação independente. Contudo, o CI revela alguma robustez e conformidade com princípios de boa administração pública.

4.1.3 Serviço de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública

A estrutura da Polícia de Segurança Pública (PSP), subordinada ao Ministro da Administração Interna (Lei n.º 53/2007, de 31 de agosto), apresenta uma organização hierárquica liderada pelo Diretor Nacional, com o apoio de Diretores Nacionais Adjuntos. Entre estes, destaca-se o responsável pela Unidade Orgânica de Recursos Humanos, que engloba o Departamento de Saúde e Assistência na Doença (DSAD) cabendo-lhe a gestão operacional, técnica e orçamental do subsistema. Este departamento subdivide-se em duas divisões funcionais: a Divisão de Saúde e a Divisão de Assistência na Doença, conforme estabelecido no Despacho n.º 1168/2024, de 31 de janeiro (Figura 14).



2023, pp. 125-126), mantendo-se essa orientação até 2024 nos documentos de planeamento e reporte subsequentes (PSP, 2024, pp. 121-122).

Entre 2019 e 2024, a **participação** dos beneficiários no SAD/PSP permaneceu inexistente, sem criação observável de uma estrutura formal nem adoção de medidas de envolvimento nos processos estratégicos, evidenciando uma lacuna na concretização deste VAG.

Desde 2019, a **equidade** no SAD/PSP permaneceu limitada, não obstante o PA de 2019 plasmar a intenção de “celebração de novas convenções com entidades de cuidados de saúde de modo a aumentar a oferta aos beneficiários do Subsistema” (PSP, 2019, p. 68). Em 2021, o aumento de encargos com pensionistas agravou o desequilíbrio (PSP, 2022, p. 171), acentuando desigualdades neste VAG.

Entre 2019 e 2024, a **eficiência** no SAD/PSP refletiu-se na racionalização de recursos e resposta assistencial. Destacam-se o controlo orçamental (PSP, 2020b, p. 211), a continuidade de serviços durante a pandemia (PSP, 2021, pp. 132-133), a monitorização e automatização de processos e o reforço da digitalização (PSP, 2024, pp. 121-122).

Entre 2019 e 2024 a evolução da **tecnologia** no SAD/PSP foi progressiva iniciando o seu plano de intenções através da implementação de melhorias no seu SI, bem como “Modernizar os serviços com novos meios tecnológicos” (PSP, 2019, p. 69), seguindo-se em 2020, com a intenção de “[...] racionalizar os processos com recurso aos sistemas de informação e às tecnologias de informação e comunicação.” (PSP, 2020a, p. 79). Em 2021 a implementação de um *software* no SI de suporte ao subsistema melhorou a gestão e a imputação diferenciada de encargos decorrentes dos acidentes de trabalho (PSP, 2022, p. 171) permitindo em 2022 o registo de melhorias nos sistemas internos e na automatização de processos (PSP, 2023, p. 126), consolidando-se o foco na sustentação tecnológica dos sistemas residentes, relevando-se contudo, a ausência de um plano integrado de capacitação digital.

Entre 2019 e 2025, a **governação** do SAD/PSP manteve-se centralizada na DSAD, sem órgão de supervisão independente, embora os instrumentos de gestão revelassem progressiva maturidade governativa. Em 2021, introduziram-se indicadores operacionais e metas (PSP, 2021, pp. 48-49) e, em 2023-2024, reforçou-se a articulação interdepartamental, a supervisão orçamental e a calendarização de auditorias, persistindo a falta de participação e transparência formais.



Entre 2019 e 2024, o CI do SAD/PSP consolidou-se através de mecanismos como o controlo orçamental mensal, a produção de indicadores e o envio regular de dados a entidades externas. Em 2023, a DSAD “[...] deu continuidade à implementação do modelo de gestão organizacional consolidado dos últimos anos, tentando manter a autossustentabilidade financeira do [...]” SAD/PSP (PSP, 2024, p. 121).

4.2 Subsistema estrangeiro - Instituto Social de las Fuerzas Armadas

O Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS), é um organismo autónomo sob a tutela do Ministério da Defesa espanhol, assegurando a proteção na saúde dos militares e seus familiares, operando com autonomia administrativa, financeira e patrimonial (Instituto Social de las Fuerzas Armadas [ISFAS], 2025c). Gere o Regime Especial de Segurança Social das Forças Armadas, um SPS paralelo ao SNS, garantindo o acesso à cuidados de saúde em prestadores públicos ou privados através de convénios (ISFAS, 2025c).

Regimentado na Ley n.º 8/2006, de 24 de abril e na Ley n.º 29/2014, de 28 de novembro, e regulado pelo Real Decreto Legislativo n.º 1/2000, de 9 de junho e no Real Decreto n.º 1726/2007, de 21 de dezembro, o ISFAS está obrigado a garantir prestações equivalentes às do SNS. A sua governação combina direção estratégica pelo Conselho Reitor e gestão executiva pelo Secretário-Geral Gerente, respeitando os princípios de integridade, participação e prestação de contas, nos termos da Ley n.º 39/2015, de 1 de outubro e na Ley n.º 40/2015, de 1 de outubro.

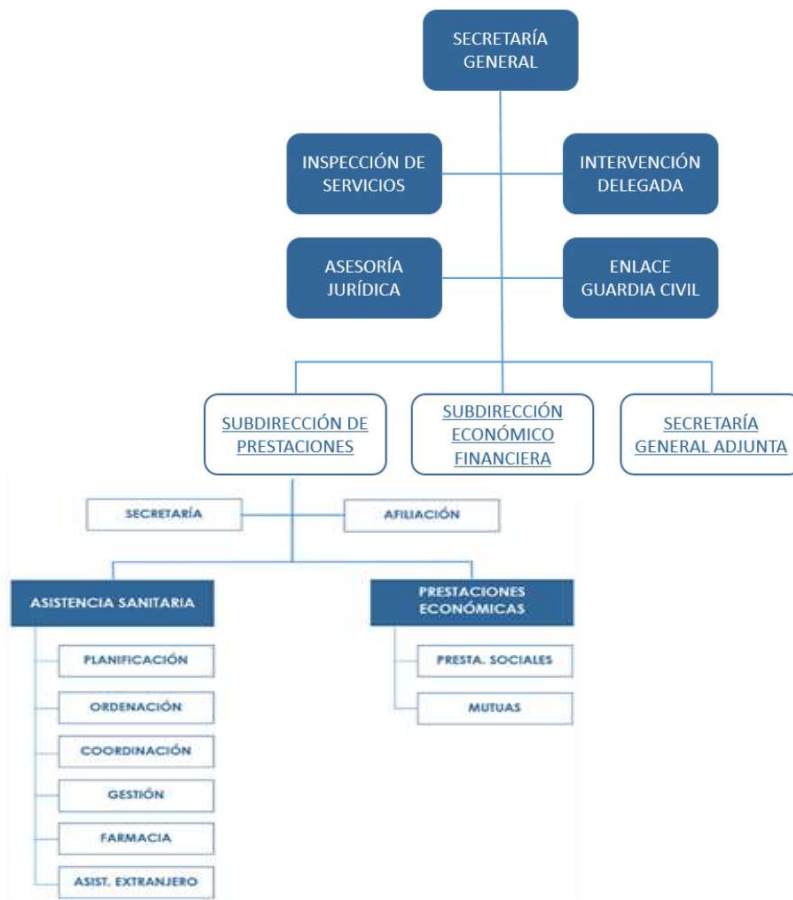


Figura 15 - Adaptado do Organograma do ISFAS

Fonte: Adaptado de ISFAS (2025f)

Analisou-se o MG do ISFAS com base nos documentos legais, memórias de atividade, contas auditadas e instrumentos de controlo interno, aquilatando o foco nos VAG.

O ISFAS promove a **transparência** através da publicação de Memórias anuais, da Carta de Serviços 2024/2027 (ISFAS, 2024a) e do Código Ético (ISFAS, 2025a). Contudo, a falta de desagregação financeira e a linguagem técnica dos relatórios (ISFAS, 2025e, pp. 3-16) dificultam o escrutínio público.

A **responsabilização** no ISFAS assenta na Lei 40/2015 e no Real Decreto 1726/2007, concretizada na prestação anual de contas e monitorizada pelas contas anuais (ISFAS, 2025d). As auditorias da Intervencion General de la Administración del Estado e do Tribunal de Cuentas têm validado a conformidade legal e a prudência financeira da gestão (ISFAS, 2025e). A Carta de Serviços e inquéritos de satisfação (ISFAS, 2022) reforçam a responsabilização, embora se encontre recomendado maior transparência e participação dos beneficiários.



A **participação** no ISFAS é limitada, refletindo-se numa representação indireta no Conselho Reitor (ISFAS, 2025c), influência informal das APM (ISFAS, 2023) e atuação do Observatório da Vida Militar. As delegações territoriais asseguram o contacto direto com os beneficiários.

O ISFAS assegura a **equidade** ao oferecer serviços equivalentes ao SNS, garantindo igualdade interna entre beneficiários e mitigando assimetrias externas (ISFAS, 2025b). Persistem, contudo, perceções de desigualdade entre redes de prestadores, exigindo monitorização contínua (ISFAS, 2025d).

O ISFAS promove a **eficiência** pela racionalização de recursos, estabilidade orçamental e inovação tecnológica, como a plataforma eletrónica e a telemedicina (ISFAS, 2023). Contudo, o envelhecimento e a redução de beneficiários exigem estratégias preventivas (ISFAS, 2025b).

A **tecnologia**, materializada no ISFAS pela transformação digital, melhorou a gestão clínica e administrativa através da interoperabilidade e do uso de BI (ISFAS, 2024b). Persistem oportunidades de inovação, como a telemedicina, a deteção de fraude e a criação de uma aplicação móvel (ISFAS, 2025b).

A **governação** do ISFAS caracteriza-se por uma estrutura estável, conjugando autonomia administrativa e financeira com tutela da Subsecretaria da Defesa. O modelo equilibra a centralização estratégica e a autonomia operacional, viabilizando a execução eficiente das políticas de saúde (ISFAS, 2025c). A conformidade legal, os instrumentos de planeamento e a atuação do Conselho Reitor demonstram boas práticas, enquanto a articulação com o SNS e com outras mutualidades reforça a coesão institucional.

O **CI** no ISFAS é assegurado por auditorias anuais da IGAE e do Tribunal de Cuentas, garantindo a conformidade legal e financeira (ISFAS, 2025e). Mecanismos como o canal de denúncias, a segregação de funções e o duplo controlo reforçam a deteção precoce de inconformidades, alinhando-se com o Código Ético (ISFAS, 2025a). As auditorias não registam reservas materiais, refletindo eficácia no sistema de controlo. Com a sua futura integração com IA e auditoria contínua o ISFAS pretende melhorar a gestão de riscos, revelando assim, uma governação robusta, coerente com os VAG.

4.3 Síntese conclusiva

Em resposta à QD 2 – De que forma outros modelos de governação poderão contribuir para a implementação de um novo modelo de governação no ADM?



A análise dos MG da ADSE, SAD/GNR, SAD/PSP e ISFAS revela um conjunto de práticas que podem ser mobilizadas para reformular o MG do ADM. O caminho para um novo modelo deve incorporar os elementos mais eficazes observados nos SPS analisados, de forma articulada com os VAG.

O modelo da ADSE destaca a importância da autonomia administrativa e financeira, combinada com estruturas de gestão participada e a definição clara de metas operacionais, sendo essencial uma atualização legal que permita a coerência entre o RJ e a prática de governação. Já o ISFAS evidencia as vantagens de uma governação descentralizada, orientada por resultados e assente em auditorias rigorosas, transparência de dados e uso intensivo da tecnologia como ferramenta de eficiência e proximidade.

Por outro lado, os modelos do SAD/GNR e SAD/PSP ilustram os riscos de integração excessiva nas estruturas militares e policiais, com perda de autonomia e escassa representatividade dos beneficiários, comprometendo a participação paritária e a adaptabilidade às necessidades reais dos beneficiários.

A partir destas observações, um novo MG para o SPS-ADM deverá assentar numa estrutura orgânica autónoma, com capacidade plena para planear, executar e avaliar políticas assistenciais, exigindo, em paralelo, um compromisso reforçado com a transparência e a publicação sistemática de dados acessíveis. A criação de um Conselho de Supervisão Permanente (CSP), com representação alargada e auscultação periódica, induzirá participação ativa, corresponsabilização e alinhamento com as necessidades da família militar.

O sistema deve integrar um CI eficaz e contínuo, com auditorias independentes, indicadores rigorosos e prestação de contas pública, assegurando correção de desvios e reforço da confiança. A gestão deve ser orientada por dados, utilizando ferramentas de BI e decisões sustentadas em evidência objetiva.

A digitalização, como vetor de modernização, deverá abranger processos administrativos, financeiros e clínicos, garantindo interoperabilidade com o SNS, com outros SPS e com as entidades prestadoras. Pretende-se com a integração melhorar a gestão, reduzir redundâncias, reforçar a equidade territorial e promover o escrutínio público do desempenho institucional.

Finalmente, o novo modelo deverá ser sustentado por um enquadramento legislativo atualizado, claro e adaptável, capaz de acomodar as especificidades da condição militar, os desafios demográficos emergentes, a evolução dos custos com a saúde e a necessidade de



sustentabilidade intergeracional. Esta base legal renovada deverá garantir um sistema mais justo, financeiramente equilibrado, tecnicamente competente e politicamente responsável, à altura das exigências contemporâneas e do compromisso com a saúde e bem-estar dos militares das FFAA.



5. Linhas de orientação estratégica para a implementação de um novo modelo de governação

A análise de *benchmarking* (Apêndice E) sustentou a reformulação do MG do ADM, permitindo identificar práticas observadas na ADSE, nos SAD das FSS e no ISFAS, nomeadamente em políticas de saúde, digitalização, equidade, governação transparente e participada.

A triangulação entre a caracterização dos SPS congêneres, a análise de conteúdo das entrevistas e a análise de *benchmarking* permitiu fortalecer a análise SWOT (Apêndice F), identificando-se dezanove linhas de orientação para um novo MG no ADM. Na matriz SWOT (Quadro 65) articularam-se forças, fraquezas, oportunidades e ameaças em função das quatro dimensões - Pessoas, Processos, Meios e Dados -, obtendo-se contributos para potenciar forças, reforçá-las perante ameaças, superar fraquezas e mitigar riscos externos.

Consolidada a matriz SWOT, propõem-se as seguintes linhas orientadoras, estruturadas e relacionadas por VAG:

1. Governação e Regime Jurídico:

- a. **Desafio Identificado:** Os diplomas estruturantes do ADM encontram-se desatualizados e impedem respostas céleres às necessidades dos beneficiários e da própria estrutura de gestão.
- b. **Linhas orientadoras:**
 - i. Promover a revisão integral do RJ do ADM através de uma iniciativa legislativa, clarificando competências, fontes de financiamento e mecanismos de contratualização;
 - ii. Ponderar a contratualização de apólices de seguros de saúde para os beneficiários, permitindo um referencial de copagamentos equivalente, a par de uma mensalidade não superior ao desconto mensal obrigatório;
 - iii. Prever uma cláusula de responsabilidade orçamental da tutela, garantindo cobertura dos encargos impostos pela Portaria n.º 1034/2009, de 11 de setembro;
 - iv. Prever na revisão do RJ a introdução de um órgão independente - Conselho de Supervisão Permanente (CSP), com representação paritária alargada, com acesso aos dados de gestão e poderes de recomendação;
 - v. Renegociar a resolução da dívida acumulada ao SSM e redefinir obrigações futuras no âmbito da saúde assistencial.



2. Responsabilização e controlo interno:
 - a. Desafio Identificado: Ausência de uma estrutura interna robusta de CI.
 - b. Linhas orientadoras:
 - i. Promover a criação de uma Unidade de Controlo Interno (UCI) do ADM, com competências e atribuições em auditoria, *compliance* e avaliação do desempenho;
 - ii. Implementar um plano de auditorias semestrais independentes, à capacidade assistencial do ADM.
3. Transparência e comunicação institucional:
 - a. Desafio Identificado: Comunicação reativa, pouco compreensível e centrada em relatórios técnicos que onera a confiança dos beneficiários.
 - b. Linhas orientadoras:
 - i. Introduzir códigos de conduta e cartas de compromisso, definindo direitos e deveres dos beneficiários e prestadores;
 - ii. Produzir *reporting* de governação simplificados, com indicadores de desempenho, em linguagem clara e acessível para os beneficiários.
4. Participação dos *stakeholders*:
 - a. Desafio Identificado: Ausência de canais formais de participação dos beneficiários no MG.
 - b. Linhas orientadoras:
 - i. Criar mecanismos de auscultação regular, junto dos beneficiários e dos prestadores;
 - ii. Promover a integração de representantes dos beneficiários (por categoria) como membros do CSP.
5. Equidade no acesso e cobertura:
 - a. Desafio Identificado: Assimetrias geográficas e funcionais na rede de prestadores.
 - b. Linhas orientadoras:
 - i. Potenciar sinergias com as redes de prestadores dos SPS congéneres e da(s) seguradora(s);
 - ii. Reforçar a análise geoestratégica de lacunas na rede com base em dados sociodemográficos, de consumo, deslocações e custos.



6. Eficiência e modernização organizacional:

- a. Desafio Identificado: Número de Pessoas insuficientes, procedimentos manuais, ausência de interoperabilidade.
- b. Linhas orientadoras:
 - i. Implementar um plano de capacitação e rejuvenescimento da DSADM, com contratação de perfis críticos (tecnologias de informação, auditoria, planeamento);
 - ii. Implementar um programa de formação contínua com foco em sistemas de saúde e governação pública;
 - iii. Adotar um plano de gestão de talento com incentivos à fixação das Pessoas;
 - iv. Edificar um modelo de organização orientado por processos;
 - v. Avaliar anualmente a eficiência administrativa por indicadores de desempenho, comparando com *benchmarks* a SPS congéneres.

7. Tecnologia e inovação:

- a. Desafio Identificado: Sistema SIGADM obsoleto e fechado, sem interface única de contacto junto dos utilizadores e sem interoperabilidade com o SNS, com a ADSE, com o SSM e com os prestadores.
- b. Linhas orientadoras:
 - i. Implementar um novo SI interoperável compaginando a implementação dos seguintes módulos e aplicações funcionais:
 - a) Módulo de fraude e auditoria com tecnologia SAS para a ADM, permitindo a deteção automática de padrões suspeitos em faturas e reembolsos, reforçando a fiscalização interna pela DSADM, sem acesso externo;
 - b) Módulo de BI no ADM para consolidar dados operacionais, disponibilizar *dashboards* e relatórios dinâmicos, apoiar decisões estratégicas e identificar padrões, tendências e ineficiências, sendo de uso interno pelas equipas de planeamento, controlo e direção;
 - c) Portal de auto-atendimento do ADM, disponível 24h, garantindo proteção de dados e funcionalidades específicas para beneficiários (atualização de dados, pedidos de reembolso, apoios sociais, consultas de histórico), prestadores (faturação *online*, verificação de elegibilidade) e ramos das



FFAA (gestão de registos e descontos), promovendo a gestão autónoma e o atendimento digital seguro;

- d) Aplicação oficial do ADM, permitindo acesso ao cartão digital, submissão e consulta de reembolsos, atualização de dados, pesquisa georreferenciada de prestadores, simulações financeiras e envio de notificações, reforçando a proximidade e a eficiência no atendimento aos beneficiários.



6. Conclusões

O presente TII desenvolveu-se sob o tema “Contributos para um Novo Modelo de Governação do Subsistema Público de Saúde – Assistência na Doença aos Militares”, partindo da perceção de que o MG vigente do ADM se encontrava desajustado face aos desafios contemporâneos, quer no plano da eficácia assistencial, quer no da sustentabilidade financeira. Neste enquadramento, desenvolveu-se a presente investigação com o objetivo primordial de propor contributos concretos para a implementação de um novo MG no ADM, capaz de assegurar a revitalização da sua capacidade assistencial à família militar, através de soluções inovadoras, sustentáveis e alinhadas com os melhores padrões de gestão pública.

Para o efeito, adotou-se um modelo de raciocínio indutivo, assente numa estratégia de investigação qualitativa e num desenho de pesquisa de estudo de caso, conferindo profundidade à análise das dinâmicas internas e externas que moldam o desempenho do subsistema. Em termos metodológicos, recorreu-se à revisão sistemática da bibliografia especializada e à análise de instrumentos de gestão disponíveis, complementada com entrevistas semiestruturadas a entidades com reconhecido conhecimento do objeto de estudo. Esta abordagem foi reforçada pela realização de uma análise de *benchmarking* com subsistemas congéneres – ADSE, SAD/GNR, SAD/PSP e ISFAS – e pela aplicação estruturada da metodologia SWOT, possibilitando a identificação robusta de forças, fraquezas, oportunidades e ameaças, tanto no plano interno como externo.

No âmbito do OE 1, que consistiu em *analisar o atual modelo de governação do ADM*, concluiu-se que este permanece ancorado em lógicas de gestão tradicionais, marcadas pela centralização, pela insuficiência dos mecanismos de prestação de contas e pela ausência de canais eficazes de participação dos beneficiários. O sistema revela uma incapacidade intrínseca de adaptação às novas exigências de transparência, de eficácia na prestação de cuidados de saúde e de otimização de recursos. A ausência de um SI modular, integrado e interoperável, a fragmentação dos dados e a prevalência de práticas administrativas desatualizadas agravam a inércia estrutural do subsistema, comprometendo a sua missão essencial de garantir a proteção na doença aos militares.

Em termos de equidade, destaca-se a manutenção de profundas assimetrias regionais no acesso aos cuidados de saúde, denunciando a ineficácia dos mecanismos compensatórios e a ausência de políticas corretivas focalizadas na promoção do equilíbrio territorial. A análise ao atual modelo revelou ainda uma cultura organizacional pouco focalizada para a



melhoria contínua, para a inovação tecnológica e para a *accountability* pública, afastando o ADM dos VAG enquanto pilares fundamentais na ação governativa.

Relativamente ao OE 2, de *analisar os modelos de governação de outros subsistemas públicos de saúde congéneres*, concluiu-se que a governação da ADSE, do SAD/GNR, do SAD/PSP e do ISFAS disponibilizam exemplos valiosos de boas práticas, que podem ser adaptadas e incorporadas no novo modelo do ADM. Entre essas práticas, salientam-se: a existência de órgãos de supervisão independentes, a institucionalização de mecanismos participativos de auscultação regular dos beneficiários, a modernização tecnológica através da implementação de SI integrados e a separação clara de funções entre a gestão operacional e a supervisão estratégica. A análise comparada permitiu evidenciar que a sustentabilidade financeira e a qualidade assistencial são significativamente potenciadas em modelos que promovem a transparência, a responsabilização e a flexibilidade adaptativa.

Assim, em resposta à QC da investigação — *que linhas de orientação estratégicas deverão ser implementadas no novo modelo de governação do ADM?* — propõem-se os seguintes contributos estratégicos:

- a) **Implementar um modelo de governação híbrido**, ancorado num CD com um pelouro especializado em gestão da saúde, e por um CSP com funções consultivas e deliberativas, assegurando a representação paritária dos beneficiários, do MDN, do EMGFA, dos Ramos e das APM, visando fortalecer a separação entre quem gere e quem supervisiona, garantindo maior transparência, eficácia e rigor técnico;
- b) **Rever o RJ do ADM**, clarificando de forma inequívoca as competências do CD, as fontes de financiamento e os mecanismos de contratualização, em alinhamento com as boas práticas identificadas nos SPS analisados, promovendo maior segurança jurídica e flexibilidade operacional;
- c) **Introduzir clausulado de responsabilidade orçamental da tutela**, que assegure a cobertura dos encargos resultantes de atos legislativos supervenientes, prevenindo a transferência de encargos para o ADM e reforçando a estabilidade e previsibilidade do seu modelo de financiamento;
- d) **Renegociar a dívida acumulada ao SSM** e redefinir obrigações futuras no âmbito da saúde assistencial, promovendo um modelo de cooperação sustentável e transparente;
- e) **Ponderar a contratualização de apólices de seguros de saúde** em regime de livre opção dos beneficiários, garantindo condições de copagamento equivalentes



às da rede convencionada e impondo limites às mensalidades para assegurar a acessibilidade económica, ampliando a cobertura geográfica e aumentando a liberdade assistencial dos beneficiários;

- f) **Incrementar mecanismos estruturados de auscultação regular dos beneficiários**, nomeadamente através de inquéritos anuais, consultas públicas, fomentando uma cultura de participação ativa e responsabilização paritária;
- g) **Implementar um plano de capacitação e rejuvenescimento da DSADM**, através da contratação imediata de perfis críticos, implementação de programas de formação contínua e adoção de um plano de gestão de talento que inclua incentivos à fixação de quadros técnicos;
- h) **Edificar um modelo organizacional orientado por processos**, com revisão dos fluxos de reembolso, gestão de convenções e tratamento de reclamações, sustentado por indicadores de desempenho comparados com os subsistemas congéneres;
- i) **Implementar um SI interoperável** (com a ADSE, SNS, SSM e seguradoras) integrando módulos de auditoria e combate à fraude baseados em tecnologia SAS, BI para suporte à decisão estratégica, portal de auto atendimento 24h e aplicação móvel oficial, proporcionando maior eficiência administrativa, melhor qualidade de serviço e reforço da transparência;
- j) **Promover políticas corretivas das assimetrias regionais** baseadas em análises sociodemográficas atualizadas, garantindo a equidade no acesso e reforçando o equilíbrio territorial no âmbito da AD aos beneficiários. Para tal, é fundamental implementar mecanismos de planeamento territorial que identifiquem zonas carenciadas, reforcem a articulação com o SNS e explorem sinergias com as redes convencionadas dos restantes subsistemas, ampliando a cobertura no acesso aos cuidados de saúde. Esta abordagem deverá ser acompanhada por um sistema de monitorização contínua da acessibilidade, permitindo mitigar de forma sustentada as desigualdades existentes.

Como contributo para o conhecimento, esta investigação permitiu caracterizar de forma holística o atual MG do ADM, identificar os principais constrangimentos que comprometem a sua eficácia e eficiência, e propor soluções estruturantes, adaptáveis e sustentáveis. A análise desenvolvida disponibiliza uma base diferenciada para futuras



reformas, pretendendo constituir um referencial estratégico para a reformulação de políticas públicas de AD em contexto militar.

Neste enquadramento, as linhas de orientação estratégica propostas não se limitam a corrigir deficiências operacionais, mas visam transformar profundamente a arquitetura de governação do ADM, potenciando a transparência, a eficiência, a sustentabilidade e a qualidade assistencial, alicerçadas em práticas já consolidadas em subsistemas congéneres e adaptadas às especificidades da condição militar.

No que respeita às limitações da investigação, destaca-se a impossibilidade de realização de entrevistas a entidades com responsabilidades políticas de orientação estratégica, o que condicionou a recolha de informações sobre a visão governamental do ADM. Esta limitação, embora relevante, não compromete a validade dos resultados, antes reforça a necessidade de investigações complementares que integrem a perspetiva dos decisores políticos.

No que concerne às sugestões para estudos futuros, recomenda-se a formulação de uma estratégia que compagine a implementação faseada de um novo MG para o ADM, alinhada com objetivos concertados entre os subsistemas nacionais analisados, tendo por base:

- a) A avaliação do impacto da redução do pagamento de 14 para 12 mensalidades na sustentabilidade do ADM;
- b) A avaliação da possibilidade de redução percentual das contribuições mensais dos beneficiários;
- c) A avaliação da elasticidade da procura em função do valor da contribuição e dos cuidados de saúde disponibilizados;
- d) A otimização de recursos por fusão de capacidades operacionais e redes de convenções entre subsistemas;
- e) A viabilidade e o impacto da contratualização, em regime de livre opção, de apólices de seguros de saúde pelos beneficiários através do ADM, permitindo de acordo com o limite do desconto obrigatório, sustentar uma partição flexível no financiamento da casuística clínica do beneficiário em prol da sua AD.

Em síntese, torna-se imperativa uma reforma profunda e determinada no MG do ADM, que garanta a sustentabilidade financeira, a qualidade assistencial, a confiança dos beneficiários e a reafirmação do compromisso do Estado com a família militar. A implementação de um novo modelo, baseado em boas práticas e ajustado à especificidade



da condição militar, constitui a via necessária para assegurar a perenidade, a equidade e a excelência da assistência na doença.

Urge, pois, agir com determinação e visão estratégica, resgatando o ADM como instrumento central da coesão e solidariedade militar, projetando-o para o futuro com a dignidade que os militares exigem.



Referências bibliográficas

- Asensio, M. (2008, junho). *The debate on health in Portugal: Governance of Health Care and the welfare modernization Agenda*. Paper apresentado na conferência: Second Biennial Conference of the standing Group on Regulation and Governance. Conferência organizada pela Universidade de Utrecht, Utrecht.
- Assistência na Doença aos Servidores do Estado I.P.. (2022a). *CGS- Parecer n.º 1/2022. Plano Estratégico da ADSE, I.P. (Revisão para 2021-2023)*. Retirado de https://www2.adse.pt/wp-content/uploads/2023/10/CGS-Parecer-n.o-1_2022-18_01_2022.pdf
- Assistência na Doença aos Servidores do Estado I.P.. (2022b). *CGS- Parecer n.º 2/2022 sobre o Plano de Atividades para 2022 da ADSE, I.P.*. Retirado de https://www2.adse.pt/wp-content/uploads/2023/10/CGS-Parecer-no-2_2022-27_04_2022.pdf
- Assistência na Doença aos Servidores do Estado I.P.. (2023). *CGS- Parecer n.º 3/2023. Relatório de Atividades e Contas de 2022 da ADSE, I.P.*. Retirado de https://www2.adse.pt/wp-content/uploads/2023/12/CGS-Parecer-n.o-3_2023_07_06_2023.pdf
- Assistência na Doença aos Servidores do Estado I.P.. (2024a). *Relatório de Atividades 2023*. Retirado de https://www2.adse.pt/wp-content/uploads/2025/03/Relatorio-de-Atividades-2023_V_final_18_04_2024.pdf
- Assistência na Doença aos Servidores do Estado I.P.. (2024b). *Plano de Atividades 2024*. Retirado de https://www2.adse.pt/wp-content/uploads/2025/03/Plano-de-Atividades-2024_V_final_07_05_2024.pdf
- Assistência na Doença aos Servidores do Estado I.P.. (2024c). *CGS- Parecer n.º 1/2024. Relatório de Atividades de 2023*. Retirado de <https://www2.adse.pt/wp-content/uploads/2024/07/CGS-Parecer -n.o-1-2024-01072024.pdf>
- Assistência na Doença aos Servidores do Estado I.P.. (2024d). *CGS- Parecer n.º 2/2024. Plano de Atividades para 2024*. Retirado de https://www2.adse.pt/wp-content/uploads/2024/07/CGS-Parecer-no-2_2024-01072024.pdf
- Assistência na Doença aos Servidores do Estado I.P.. (2024e). *CGS- Parecer n.º 3/2024. Plano Estratégico 2024-2026*. Retirado de https://www2.adse.pt/wp-content/uploads/2024/07/CGS-Parecer-no-3_2024-01072024.pdf



- Assistência na Doença aos Servidores do Estado I.P.. (2024f). *Plano de Atividades 2025*. Retirado de https://www2.adse.pt/wp-content/uploads/2025/03/PA-2025_ADSE-assinado-CD_Inclui-Despacho.pdf
- Associação dos Profissionais da Guarda. (2021). *Petição apresentada à Assembleia da República sobre o regime do SAD/GNR. Petição n.º 225/XIV/2.0*. Lisboa: Assembleia da República - Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias.
- Camp, R. C. (1989). *Benchmarking: The Search for Industry Best Practices that Lead to Superior Performance*. Wisconsin: ASQC Quality Press.
- 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.
- Commission of the European Communities. (1992). *Observatory on National Policies to Combat Social Exclusion: Portugal*. Retirado de https://on.eapn.pt/wp-content/uploads/Relat%C3%B3rio-PT-_-Observatory-on-national-policies-to-combat-social-exclusion.pdf
- Decreto de Aprovação da Constituição, de 10 de abril (1976). *Aprova a Constituição da República Portuguesa*. Diário da República, 1.ª Série, 86, 738 – 775 Lisboa: Presidência da República.
- Decreto-Lei n.º 45002, de 27 de abril (1963). *Cria a Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado (A. D. S. E.), destinada a promover gradualmente a prestação de assistência em todas as formas de doença aos serventuários dos serviços civis do Estado, incluindo os dotados de autonomia administrativa e financeira*. Diário do Governo, 1.ª Série, 100, 429 – 431. Lisboa: Ministério das Finanças – Gabinete do Ministro.
- Decreto-Lei n.º 118/83, 25 de Fevereiro (1983). *Estabelece o funcionamento e o esquema de benefícios da Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública (ADSE)*. Diário da República, 1.ª Série, 46, 631 – 642. Lisboa: Ministérios das Finanças e do Plano e da Reforma Administrativa.
- Decreto-Lei n.º 155/92, de 28 de julho (1992). *Estabelece o regime da administração financeira do Estado*. Diário da República, 1.ª Série, 172, 3502 – 3509. Lisboa: Ministério das Finanças.



- Decreto-Lei n.º 47/93, de 26 de fevereiro (1993). *Aprova a Lei Orgânica do Ministério da Defesa Nacional*. Diário da República, 1.ª Série-A, 48, 801-807. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.
- Decreto-Lei n.º 284/95, de 30 de outubro (1995). *Estatuto do Instituto de Ação Social das Forças Armadas*. Diário da República, 1.ª Série-A, 284, 6746-6752. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.
- Decreto-Lei n.º 158/2005, de 20 de setembro (2005). *Aprova o regime jurídico de assistência na doença da GNR e PSP*. Diário da República, 1.ª Série-A, 181, 5613 – 5618. Lisboa: Ministério da Administração Interna.
- Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de setembro (2005). *Estabelece o regime jurídico da assistência na doença aos militares das Forças Armadas com as alterações introduzidas por: Lei n.º 53-D/2006; Decreto-Lei n.º 105/2013; Lei n.º 30/2014; Decreto-Lei n.º 81/2015*. Diário da República 1.ª Série, 184, 5694 – 5697. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.
- Decreto-Lei n.º 215/2009, de 4 de setembro (2009). *Aprova a orgânica do Instituto de Acção Social das Forças Armadas, I. P.*. Diário da República, 1.ª Série, 172, 5959 – 5962. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.
- Decreto-Lei n.º 193/2012, de 23 de agosto (2012). *Aprova a orgânica do Instituto de Acção Social das Forças Armadas, I. P.*. Diário da República, 1.ª Série, 163, 4639 – 4641. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.
- Decreto-Lei n.º 152/2015, de 7 de agosto (2015). *Transfere a dependência da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (ADSE) do Ministério das Finanças para o Ministério da Saúde*. Diário da República, 1.ª Série, 153, 5505 – 5507. Lisboa: Ministérios das Finanças.
- Decreto-Lei n.º 154/2015, de 7 de agosto (2015). *Cria o órgão de coordenação dos subsistemas públicos de saúde, estabelece os mecanismos de cooperação reforçada em áreas comuns destes subsistemas e define o respetivo modelo de governação*. Diário da República, 1.ª Série, 153, 5513 – 5516. Lisboa: Ministérios da Saúde.
- Decreto-Lei n.º 35/2016, de 29 de junho (2016). *Altera as missões e atribuições do Instituto de Ação Social das Forças Armadas, I. P., eliminando a possibilidade de este Instituto conceder empréstimos aos seus beneficiários, bem como a composição do conselho diretivo, procedendo à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 193/2012, de 23 de*



agosto, e à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 183/2014, de 29 de dezembro. Diário da República, 1.ª Série, 123, 2017 – 2019. Lisboa: Defesa Nacional.

Decreto-Lei n.º 7/2017, de 9 janeiro (2017). *Cria o Instituto de Proteção e Assistência na Doença, I. P.*. Diário da República, 1.ª Série, 6, 328 – 332. Lisboa: Ministério da Saúde.

Decreto Regulamentar n.º 19/2008, de 27 de novembro (2008). *Define o número, as competências, a estrutura interna e o posto correspondente à chefia dos serviços de apoio directamente dependentes do comandante-geral e dos serviços dos órgãos superiores de comando e direcção da Guarda Nacional Republicana*. Diário da República, 1.ª Série, 231, 8540 – 8546. Lisboa: Ministério da Administração Interna.

Deliberação (extrato) n.º 286/2024, de 6 de março (2024). *Distribuição de pelouros e delegação de competências nos membros do conselho diretivo*. Diário da República, 2.ª Série, 47. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional - Instituto de Ação Social das Forças Armadas I.P..

Despacho n.º 1702/2019, de 24 de janeiro (2019). *Reorganização do Sistema de Saúde Militar (SSM) - Assunção de Encargos*. Diário da República, 2.ª Série, 33, 5610-5611. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.

Despacho n.º 1168/2024, de 31 de janeiro (2024). *Define as unidades orgânicas flexíveis da unidade Direcção Nacional da PSP*. Diário da República, 2.ª Série, 22, 45-83. Lisboa: Administração Interna - Polícia de Segurança Pública - Direcção Nacional.

Direção Geral de Saúde. (2017). *Semântica da informação em saúde*. [Página online]. Retirado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22501/1/Sem%20c3%a2ntica%20da%20Infor%20ma%20em%20Sa%20bade%202017.pdf>

Entidade Reguladora da Saúde (2009). *Avaliação do modelo de contratação de prestadores de cuidados de saúde pelos subsistemas e seguros de saúde*. Porto: ERS.

Entidade Reguladora da Saúde (2011). *Análise da sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde*. Porto: ERS.

Graça, L. M. G. (2021). *Reestruturação da Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas: garantir a sustentabilidade*. (Trabalho de Investigação Individual do Curso de Promoção a Oficial General). Instituto Universitário Militar [IUM], Lisboa.

Guarda Nacional Republicana. (2021). *Relatório de Atividades 2020*. Retirado de https://www.gnr.pt/InstrumentosGestao/2020/ra_gnr_2020_vf.pdf



- Guarda Nacional Republicana. (2022). *Relatório de Atividades 2021*. Retirado de https://www.gnr.pt/InstrumentosGestao/2021/ra_gnr_2021.pdf
- Guarda Nacional Republicana. (2023). *Relatório de Atividades 2022*. Retirado de <https://www.gnr.pt/InstrumentosGestao/quar/RA2022.pdf>
- Guarda Nacional Republicana (2025, 12 de maio). Organograma da GNR. [Página online]. Retirado de <https://www.gnr.pt/organizacao.aspx>
- Inspecção-Geral das Atividades em Saúde. (2023). *Sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades dos estabelecimentos de saúde do Serviço Nacional de Saúde: Memorando do plano de auditoria*. Lisboa: IGAS.
- Instituto de Ação Social das Forças Armadas I.P.. (2020). *Relatório de atividades 2019*. Retirado de <https://acrobat.adobe.com/link/review?uri=urn%3Aaaid%3Ascds%3AUS%3A07d23574-ee92-4cd5-9031-cdd2bbda499e&viewer%21megaVerb=group-discover>
- Instituto de Ação Social das Forças Armadas I.P.. (2021). *Relatório de atividades 2020*. Retirado de https://iasfa.pt/Site_iasfa_conteudo/PDF/RA2020.pdf
- Instituto de Ação Social das Forças Armadas I.P.. (2022). *Relatório de atividades 2021*. Retirado de https://www.iasfa.pt/wp-content/uploads/2023/07/RA2021_IASFA.pdf
- Instituto de Ação Social das Forças Armadas I.P.. (2023). *Relatório de Atividades 2022*. Retirado de https://www.iasfa.pt/wp-content/uploads/2023/09/20230717_RA2022_versao20230907.pdf
- Instituto de Ação Social das Forças Armadas I.P.. (2024). *Relatório de atividades 2023*. Retirado de <https://acrobat.adobe.com/id/urn:aaid:sc:EU:025d305d-d041-45f0-bc58-3a683e2182fb?viewer%21megaVerb=group-discover>
- Instituto Social de las Fuerzas Armadas. (2022). *Memoria 2021*. Retirado de https://www.defensa.gob.es/isfas/Galerias/ficheros/Memoria/Memoria_ISFAS_2021.pdf
- Instituto Social de las Fuerzas Armadas. (2023). *Memoria 2022*. Retirado de https://www.defensa.gob.es/isfas/Galerias/ficheros/Memoria/Memoria_ISFAS_2022.pdf
- Instituto Social de las Fuerzas Armadas. (2024a). *Carta de Servicios*. Retirado de https://www.defensa.gob.es/isfas/Galerias/ficheros/Isfas/CS_convencional_2024_2027_acc.pdf
- Instituto Social de las Fuerzas Armadas. (2024b). *Carta de Servicios Electrónicos*. Retirado de



https://www.defensa.gob.es/isfas/Galerias/ficheros/Isfas/CS_electronicos_ISFAS_2024_2027_acc.pdf

Instituto Social de las Fuerzas Armadas. (2025a). *Código Ético del Organismo Autónomo Instituto Social de las Fuerzas Armadas*. Retirado de https://www.defensa.gob.es/isfas/Galerias/ficheros/Normativa/Otras/codigo_etico_isfas.pdf

Instituto Social de las Fuerzas Armadas. (2025b, 12 de abril). Líneas de Actuación [Página *online*]. Retirado de https://www.defensa.gob.es/isfas/isfas/transparencia/lineas_act/index.html

Instituto Social de las Fuerzas Armadas. (2025c, 12 de abril). Quiénes somos [Página *online*]. Retirado de <https://www.defensa.gob.es/isfas/isfas/quienessomos/>

Instituto Social de las Fuerzas Armadas. (2025d, 15 de abril). Cuentas Anuales 2022 [Página *online*]. Retirado de <https://www.pap.hacienda.gob.es/Recuenta/Views/Buscador.aspx?modulo=6&refer=E|14113|R|2022>

Instituto Social de las Fuerzas Armadas. (2025e, 15 de abril). Cuentas Anuales 2023 [Página *online*]. Retirado de <https://www.pap.hacienda.gob.es/Recuenta/Views/Buscador.aspx?modulo=6&refer=E|14113|R|2023>

Instituto Social de las Fuerzas Armadas. (2025f, 12 de abril). Organigrama [Página *online*]. Retirado de <https://www.defensa.gob.es/isfas/isfas/quienessomos/ORGANIGRAMA/index.html>

Instituto Universitário Militar. (2024). *Procedimentos relativos à elaboração de trabalhos de investigação realizados no âmbito de cursos que não conferentes de grau académico, do Departamento de Estudos Pós-graduados. NEP/INV - 001 (A2)*. Lisboa: IUM.

Lameiras, A. M. (2023). *O modelo de governação do Hospital das Forças Armadas no contexto da reforma do Sistema de Saúde Militar*. (Trabalho de Investigação Individual do Curso de Promoção a Oficial General). Instituto Universitário Militar [IUM], Lisboa.

Lei n.º 56/79, de 15 de setembro (1979). *Serviço Nacional de Saúde*. Diário da República, 1.ª Série, 214, 2357 – 2363. Lisboa: Assembleia da República.



- Lei n. 8/90, de 20 de fevereiro (1990). *Bases da contabilidade pública*. Diário da República, 1.ª Série, 43, 685 – 687. Lisboa: Assembleia da República.
- Lei n.º 3/2004, de 15 de janeiro (2004). *Aprova a lei-quadro dos institutos públicos*. Diário da República, 1.ª Série-A, 12, 301-311. Lisboa: Assembleia da República.
- Lei n.º 53/2007, de 31 de agosto (2007). *Aprova a orgânica da Polícia de Segurança Pública*. Diário da República, 1.ª Série, 6065 – 6074. Lisboa: Assembleia da República.
- Lei n.º 63/2007, de 6 de novembro (2007). *Aprova a orgânica da Guarda Nacional Republicana*. Diário da República, 1.ª Série, 213, 8043 – 8051. Lisboa: Assembleia da República.
- Ley n.º 8/2006, de 24 de abril (2006). *De Tropa y Marinéria*. Bolétin Oficial del Estado, 98, 15752 – 15758. Madrid: Jefatura del Estado.
- Ley n.º 29/2014, de 28 de novembro (2014). *Régimen del Personal de la Guardia Civil*. Bolétin Oficial del Estado, 289, 97791 - 97847. Madrid: Jefatura del Estado.
- Ley n.º 39/2015, de 1 de outubro (2015). *Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas*. Bolétin Oficial del Estado, 236, 89343 - 89410. Madrid: Jefatura del Estado.
- Ley n.º 40/2015, de 1 de outubro (2015). *Régimen Jurídico del Sector Público*. Bolétin Oficial del Estado, 236, 89411 a 89530. Madrid: Jefatura del Estado.
- Management Sciences for Health. (2010). *Health Systems in Action: An eHandbook for Leaders and Managers* [versão PDF]. Retirado de: <https://msh.org/pt/resources/health-systems-in-action-an-e handbook-for-leaders-and-managers/>
- NeuralMed (2024, 9 de dezembro). O que são stakeholders da saúde e como pode fazer a diferença?. [Página online]. Retirado de <https://www.neuralmed.ai/blog/stakeholders-da-saude>
- Pereira, J. (2004). *Economia da Saúde. Glossário de termos e conceitos* (4ª Ed.). Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde.
- Polícia de Segurança Pública. (2019). *Plano de atividades 2019*. Retirado de <https://www.psp.pt/Documents/Instrumentos%20de%20Gest%C3%A3o/Plano%20de%20Atividades/2019%20-%20Plano%20de%20Atividades%20da%20PSP.pdf>



- Polícia de Segurança Pública. (2020a). *Plano de atividades 2020*. Retirado de <https://www.psp.pt/Documents/Instrumentos%20de%20Gest%C3%A3o/Plano%20de%20Atividades/2020%20-%20Plano%20de%20Atividades%20da%20PSP.pdf>
- Polícia de Segurança Pública. (2020b). *Relatório de atividades 2019*. Retirado de <https://www.psp.pt/Documents/Instrumentos%20de%20Gest%C3%A3o/Relat%C3%B3rio%20de%20Atividades/2019%20-%20Relat%C3%B3rio%20de%20Atividades%20da%20PSP.pdf>
- Polícia de Segurança Pública. (2021). *Relatório de atividades 2020*. Retirado de <https://www.psp.pt/Documents/Instrumentos%20de%20Gest%C3%A3o/Relat%C3%B3rio%20de%20Atividades/2020%20-%20Relat%C3%B3rio%20de%20Atividades%20da%20PSP.pdf>
- Polícia de Segurança Pública. (2022). *Relatório de atividades 2021*. Retirado de <https://www.psp.pt/Documents/Instrumentos%20de%20Gest%C3%A3o/Relat%C3%B3rio%20de%20Atividades/2021%20-%20Relat%C3%B3rio%20de%20Atividades%20da%20PSP.pdf>
- Polícia de Segurança Pública. (2023). *Relatório de atividades 2022*. Retirado de <https://www.psp.pt/Documents/Instrumentos%20de%20Gest%C3%A3o/Relat%C3%B3rio%20de%20Atividades/2022%20-%20Relat%C3%B3rio%20de%20Atividades%20da%20PSP.pdf>
- Polícia de Segurança Pública. (2024). *Relatório de atividades 2023*. Retirado de <https://www.psp.pt/Documents/Instrumentos%20de%20Gest%C3%A3o/Relat%C3%B3rio%20de%20Atividades/2023%20-%20Relat%C3%B3rio%20de%20Atividades%20da%20PSP.pdf>
- Polícia de Segurança Pública. (2025). *Organograma da PSP*. Retirado de https://www.psp.pt/Documents/OquePSP/Organograma_PSP.pdf
- Portaria n.º 1034/2009, de 11 de setembro (2009). *Adopta novas regras de assistência em caso de acidentes de serviço e doenças profissionais dos militares das Forças Armadas e revoga a Portaria n.º 1394/2007, de 25 de Outubro*. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 177, 6222 - 6223. Lisboa: Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Defesa Nacional.
- Portaria n.º 189/2013, de 22 de maio (2013). *Aprova os estatutos do Instituto de Ação Social das Forças Armadas, I.P. e revoga a Portaria n.º 1271/2009, de 19 de outubro*. *Diário*



da República, 1.^a série, n.º 98, 3016-3019. Lisboa: Ministérios das Finanças e da Defesa Nacional.

Raposo, V. (2008). *Governação hospitalar: uma proposta conceptual e metodológica para o caso português*. (Tese de Dissertação de Doutoramento em Organização e Gestão de Empresas). Universidade de Coimbra, Coimbra.

Real Decreto Legislativo n.º 1/2000, de 9 de junho (2000). *Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas*. Bolétin Oficial del Estado, 142, 20983 - 20991. Madrid: Ministerio de Defensa.

Real Decreto n.º 1726/2007, de 21 de dezembro (2007). *Reglamento General de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas*. Bolétin Oficial del Estado, 310, 53439 - 53462. Madrid: Ministerio de la Presidencia.

Reis, F. L. (2010). *Como Elaborar uma Dissertação de Mestrado - Segundo Bolonha*. Lisboa: PACTOR.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 5/2015, de 22 de janeiro (2015). *Determina a criação de uma equipa técnica visando o estudo de um modelo de governação transversal ao subsistema da Direção-Geral de Proteção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública, ao subsistema de saúde dos militares das Forças Armadas, ao subsistema de assistência na doença da Guarda Nacional Republicana, e ao subsistema de assistência na doença da Polícia de Segurança Pública*. Diário da República, 1.^a Série, 15, 520 - 520. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.

Ribeiro, D. P. (2024, 7 de abril). Governança clínica: accountability e transparência nos processos de auditoria em saúde. [Página online]. Retirado de <https://www.linkedin.com/pulse/governan%C3%A7a-cl%C3%ADnica-accountabilty-e-transpar%C3%A2ncia-nos-de-ribeiro-7knbf/>

Sakellarides, C. T. (2003). El valor de la salud y su “gobierno ”en un mundo globalizado posmoderno: el encuentro de la bella y la bestia. *Humanitas: Humanidades Médicas*, 1(3), pp. 91-100. Retirado de https://fundacionletamendi.com/revista-pdf/Revista_Humanitas_3.pdf

Santos, L. A. B., & Lima, J. M. M. V. (Coords.) (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 científica para elaboração, escrita e apresentação de teses*. Lisboa: Universidade Lusíada.



- Serviço Nacional de Saúde. (2017). *Governação clínica e governação de saúde nos cuidados de saúde primários: perguntas e respostas essenciais*. Lisboa: SNS.
- Tribunal de Contas. (2019). *Auditoria de Seguimento à ADSE, relatório n.º 22/2019*. Retirado de <https://www.tcontas.pt/pt-pt/ProdutosTC/Relatorios/RelatoriosAuditoria/Documents/2019/rel022-2019-2s.pdf>
- Tribunal de Contas. (2019). *Auditoria de resultados ao Instituto de Ação Social das Forças Armadas, I.P., relatório n.º 4/2019*. Retirado de <https://www.tcontas.pt/pt-pt/ProdutosTC/Relatorios/RelatoriosAuditoria/Documents/2019/rel004-2019-2s.pdf>
- Vasudha, C., Stoker G. (2009). *Governance Theory and Practice. A Cross-Disciplinary Approach*. [versão PDF]. doi: 10.1057/9780230583344
- Vilelas, J. (2022). *Investigação. O Processo de Construção do Conhecimento* (3.ª Edição). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Wheelen, T., & Hunger, D. (2012). *Strategic Management and Business Policy* (13.ª Ed.). EUA: Pearson.
- World Health Organization, (1998, fevereiro). *Good Governance for Health. Paper* apresentado pelo *Department of Health Systems*, Geneva.



Apêndice A — Lista de conceitos conexos ao tema investigado

Neste apêndice evidenciam-se conceitos complementares, que permitem compreender melhor este trabalho de investigação:

1. **Assistência na Doença** - configura o acesso à proteção e cuidados de saúde mais céleres e abrangentes e que têm em conta as necessidades dos beneficiários e seus familiares.
2. **Autonomia administrativa e financeira** - regime financeiro excecional aplicável aos serviços e organismos da Administração Central e aos institutos públicos que revistam a forma de serviços personalizados do Estado e de fundos públicos (n.º 1 do art.º 43.º do Decreto-Lei n.º 155/92, de 28 de junho), em que o controlo orçamental e a contabilização das receitas e despesas obedecem aos princípios e normas constantes na lei (n.º 1 do art.º 1.º da Lei n.º 8/90, de 20 de fevereiro), e ainda que as suas receitas próprias atinjam um mínimo de dois terços das despesas totais, com exclusão das despesas cofinanciadas pelo orçamento das Comunidades Europeias (n.º 1 do art.º 6.º da Lei n.º 8/90).
3. **Benchmarking** - é uma metodologia de gestão que visa a melhoria contínua através da comparação sistemática de práticas, processos ou resultados de uma organização com os de outras consideradas como referência. Esta abordagem permite identificar lacunas de desempenho, adaptar práticas bem-sucedidas e promover a inovação organizacional (Camp, 1989).
4. **Regime convencionado** – garante o acesso a cuidados de saúde através de entidades convencionadas, abrangendo promoção, tratamento e reabilitação. Define regras sobre serviços, preços e copagamentos. O beneficiário paga apenas uma parte no momento da prestação, sendo o restante participado de forma imediata pelo subsistema (ERS, 2009, pp. 21–29).
5. **Regime Livre** - permite o acesso a cuidados fora da rede convencionada, com pagamento integral pelo beneficiário, seguido de possível reembolso parcial ou total, conforme regras e limites definidos, mediante entrega de fatura e prescrição médica (ERS, 2009, pp. 21–29).
6. **Saúde assistencial** - abrange cuidados clínicos essenciais à preservação da saúde dos militares no seu contexto socioprofissional, incluindo os prestados individualmente por motivo de doença, incapacidade por serviço, ou a deficientes militares e seus familiares. Estes cuidados são preferencialmente assegurados pelas estruturas do SSM, podendo, quando necessário, ser prestados por entidades externas, nacionais ou estrangeiras. Os encargos financeiros são da responsabilidade da Entidade Gestora da ADM. (Despacho n.º 1702/2019, de 24 de janeiro).
7. **Saúde operacional** - abrange cuidados clínicos associados a finalidades operacionais, como a seleção e o recrutamento, inspeções periódicas, preparação sanitária antes da projeção de forças, avaliação após a retração e apoio a atividades operacionais. Estes cuidados são assegurados pelas estruturas de saúde do SSM ou, quando necessário, por prestadores nacionais ou estrangeiros. Os respetivos encargos devem ser financiados pelos orçamentos das FFAA, não sendo da responsabilidade da Entidade Gestora da ADM (Despacho n.º 1702/2019, de 24 de janeiro).
8. **Sistema de Saúde** - conjunto de todas as instituições e recursos cujo objetivo principal é promover, restabelecer ou manter a saúde de uma população (Direção Geral de Saúde [DGS], 2017, p. 50).
9. **Stakeholders** - são agentes, individuais ou coletivos, com interesse direto ou indireto na gestão dos serviços de saúde. Têm um papel determinante na formulação de políticas, no processo decisório e na influência sobre a qualidade dos cuidados prestados (NeuralMed, 2024).
10. **Subsistema Público de Saúde** – são entidades públicas criadas por lei com a função de participar os encargos com cuidados de saúde dos seus beneficiários. Asseguram essa prestação principalmente através de convenções com prestadores privados ou, em alternativa, por meio do SNS (ERS, 2011, p. 70).



Apêndice B — Modelo de Análise

Quadro 6 - Modelo de Análise

Tema		Contributos para um novo modelo de governação do Subsistema Público de Saúde – Assistência na Doença aos Militares						
Objeto de Estudo		O modelo de governação do ADM						
Delimitação nos domínios		<p><u>Tempo</u> - de 2019 (ano da publicação do Relatório de Auditoria de Resultados do TC ao IASFA), até à data de entrega deste trabalho de investigação, ou seja, até 5 de maio de 2025;</p> <p><u>Espaço</u> - recolher e analisar informação do ADM, bem como de outros SPS congéneres, que atribuem benefícios sociais aos militares e respetivos familiares, enquanto beneficiários vinculados.</p> <p><u>Conteúdo</u> - na análise do atual modelo de governação do ADM, procurando identificar as causas que condicionam a sua eficiência, e na análise dos modelos de governação de outros SPS, para identificar medidas que possam ser incorporadas no ADM.</p>						
Objetivo Geral		Propor contributos para a implementação de um novo modelo de governação no ADM						
Problema da Investigação		O desajustado modelo de governação do ADM						
Questão Central		Que linhas de orientação estratégicas deverão ser implementadas no novo modelo de governação do ADM?						
Objetivos Específicos (OE)		Questões Derivadas (QD)		Conceito Estruturante	Conceitos Adjacentes	Dimensões	Indicadores	Técnicas utilizadas
OE 1	Analisar o atual modelo de governação do ADM.	QD 1	De que modo o atual modelo de governação no ADM está implementado?	- Modelo de Governação	- Assistência na Doença; - Subsistema Público de Saúde; - Controlo Interno.	- Pessoas; - Processos; - Meios; - Dados;	- Transparência; - Responsabilização (Accountability); - Participação; - Equidade; - Eficiência; - Governação; - Tecnologia.	Para a <u>recolha</u> de dados: - Análise documental; - Entrevistas semiestruturadas. Para o <u>tratamento</u> de dados: - Análise de conteúdo; - Análise de <i>benchmarking</i> ; - Análise SWOT.
OE 2	Analisar os modelos de governação de outros SPS congéneres [ADSE, SAD/GNR, SAD/PSP, ISFAS].	QD 2	De que forma outros modelos de governação poderão contribuir para a implementação de um novo modelo de governação no ADM?					

**Apêndice C — Lista de entidades entrevistadas****Quadro 7 - Lista de entidades entrevistadas**

#	Organização	Entidades	Cargo/ Função	Data
Entidades entrevistadas no âmbito da QD 1				
E1	DGRDN	Dr. Nuno Francisco Ribeiro das Neves Verde Caeiro	Diretor de Serviços de Saúde Militar e Assuntos Sociais	25-mar-25
E2	IASFA	TGEN Fernando Celso Vicente de Campos Serafino	Presidente do Conselho Diretivo do IASFA (FEV2019-SET2024)	7-fev-25
E3		TGEN Luís António Morgado Baptista	Presidente do Conselho Diretivo do IASFA	21-mar-25
E4	EMGFA	Invocou o anonimato		8-abr-25
E5	MARINHA	VALM Anibal Júlio Maurício Soares Ribeiro	Vice-Chefe do Estado-Maior da Armada	5-mar-25
E6		VALM Luís Pedro Pinto Proença Mendes	Superintendente do Pessoal da Marinha	10-fev-25
E7		Invocou o anonimato		7-fev-25
E8		CFR José Francisco Cordeiro Salgado	Beneficiário do ADM	5-fev-25
E9		CFR Diocleciano Manuel Branco Baptista	Beneficiário do ADM	21-jan-25
E10	EXÉRCITO	TGEN João Pedro Rato Boga de Oliveira Ribeiro	Comandante do Pessoal do Exército	20-jan-25
E11		TCOR Paulo Fernando Coelho da Cruz	Beneficiário do ADM	4-mar-25
E12	FORÇA AÉREA	MGEN Luís Miguel Gomes Graça	Diretor do Pessoal da Força Aérea	16-fev-25
E13	ASMIR	MGEN Norberto Crisante de Sousa Bernardes	Presidente da Direção da Associação dos Militares na Reserva e Reforma	2-fev-25
E14	AOFA	CMG Carlos Jorge Serra Rodrigues Marques	Presidente do Conselho Nacional da Associação de Oficiais das Forças Armadas	6-fev-25
E15	AP	CMOR Paulo Sopinha de Amaral	Presidente da Direção da Associação de Praças	3-mar-25
E16	ADFA	COR António Manuel Pereira Neves	Presidente da Direção Nacional	1-abr-25
Entidades entrevistadas no âmbito da QD 2				
E17	SAD/GNR	COR Maria Cristina Afonso Pereira	Diretora de Saúde e Assistência na Doença	20-jan-25
E18	SAD/PSP	Superintendente Francisco José Pereira Fernandes	Chefe do Departamento de Saúde e Assistência na Doença	14-jan-25
E19	ADSE, I.P.	Dr. Diogo Serra Lopes	Vogal do Conselho Diretivo da ADSE, I.P.	5-mar-25
E20	ISFAS, O.A.	Coronel José Javier Rodrigo de Azpiazu	Secretário Diretor-Geral do ISFAS, O.A.	30-jan-25

Legenda: **DGRDN**-Direção-Geral de Recursos da Defesa Nacional; **EMGFA**-Estado-Maior-General das Forças Armadas; **ASMIR**-Associação dos Militares na Reserva e Reforma; **AOFA**-Associação dos Oficiais das Forças Armadas; **AP**-Associação de Praças; **ADFA**-Associação dos Deficientes das Forças Armadas



Apêndice D — Análise de conteúdo de entrevistas

No presente apêndice procede-se à análise de conteúdo categorial das entrevistas realizadas às vinte entidades identificadas no Apêndice D (Quadro 3) no âmbito das respostas à QD 1 e QD 2. O guião da entrevista foi estruturado no sentido de se obter informação que permitisse validar e/ou complementar as fontes documentais analisadas, no tocante à caracterização do MG dos SPS-ADM, SAD/GNR, SAD/PSP, ADSE, e do ISFAS.

Os resultados da análise encontram-se sistematizados nos quadros seguintes, em matrizes de unidades de contexto (resumidas em insights qualitativos¹), de registo e matrizes de análise de conteúdo, elaboradas por questão do guião da entrevista, permitindo inferir as conclusões (Sarmiento, 2013, pp. 53-66).

No âmbito da QD1:

Quadro 8 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 1

Q1: Qual a sua perceção geral sobre o desempenho do ADM nos últimos anos?		
#	Unidade de Contexto (<i>Insights qualitativos</i>)	Unidade de Registo
E1, E2, E3, E4, E10, E12	Desempenho do SPS é positivo, mas requer modernização do modelo de governação existente.	1.1, 1.2
E5, E6, E7, E11, E16	Reconhece desempenho positivo do SPS, mas apontam falhas na governação e perda de eficácia.	1.1, 1.2, 1.3
E8, E9, E13, E14, E15	Aponta necessidade de modernizar o modelo de governação e lamenta a reduzida capacidade do SPS.	1.2, 1.3

Quadro 9 - 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	14	15	16		
Desempenho do ADM	Gestão e governação são eixos centrais	1.1	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X				X	11	69%	
	Necessidade de evolução e modernização	1.2	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	16	100%	
	Quebra de confiança dos beneficiários	1.3					X	X	X	X	X		X		X	X	X	X	10	63%	

Conclusão: A maioria dos entrevistados avalia positivamente o ADM, mas destaca limitações na governação. Todos apontam a necessidade de modernização do modelo e 63% referem quebra de confiança dos beneficiários, refletindo a urgência de uma reforma estrutural eficaz.

Quadro 10 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 2

Q2: Como avalia o modelo de governação atualmente implementado no ADM?		
#	Unidade de Contexto (<i>Insights qualitativos</i>)	Unidade de Registo
E1, E5, E8, E9, E12, E13, E15	Estrutura do ADM exige revisão, dado o modelo de governação ser rígido e desadequado.	2.1, 2.2
E2	Participação dos beneficiários é limitada ou inexistente.	2.3
E3, E4	Estrutura atual do ADM precisa ser revista para melhor adaptação à realidade.	2.1
E6, E7, E10, E11, E14, E16	O ADM carece de revisão estrutural; governação é rígida e exclui os beneficiários das decisões.	2.1, 2.2, 2.3

¹ São análises e interpretações feitas a partir de dados qualitativos, como respostas a entrevistas, identificando temas, padrões e relações entre as respostas, permitindo compreender o significado das unidades de registo.



Quadro 11 - 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	14			15
MG atual	Governação e modelo institucional são centrais.	2.1	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	14	88%
	Inércia administrativa bloqueia a inovação	2.2	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		12	75%
	Ausência de participação dos beneficiários é uma preocupação constante.	2.3		X				X	X			X	X			X		X	7

Conclusão: O modelo de governação do ADM é considerado desajustado por 88% dos entrevistados; 75% apontam inércia administrativa como obstáculo à inovação e 44% referem a fraca participação dos beneficiários, evidenciando a urgência de reformulação estrutural e participativa.

Quadro 12 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 3

Q3: Quais considera ser os principais pontos fortes do modelo atual?		
#	Unidade de Contexto (<i>Insights</i> qualitativos)	Unidade de Registo
E1, E2, E3	Legitimidade e estabilidade decorrem da continuidade; estrutura centralizada com potencial para gestão integrada e eficácia.	3.1, 3.2, 3.3, 3.4
E4, E7	Histórico e centralização reforçam legitimidade, estabilidade, gestão integrada e reconhecida capacidade de resposta.	3.1, 3.3, 3.4
E5, E12, E15	Estrutura organizada como base operacional sólida; centralização num único organismo favorece gestão integrada.	3.2, 3.3
E6	Estrutura sólida e centralizada garante gestão integrada, com funcionalidade e resposta institucional reconhecidas.	3.2, 3.3, 3.4
E8, E10	Centralização num único organismo favorece gestão integrada; capacidade de resposta e funcionalidade reconhecidas.	3.3, 3.4
E 9	Estrutura organizada como base operacional sólida	3.2
E11, E16	Histórico e centralização asseguram legitimidade, estabilidade e uma gestão integrada do modelo.	3.1, 3.3
E13	Centralização num único organismo favorece gestão integrada.	3.3
E14	Histórico, continuidade e estrutura sólida garantem legitimidade, estabilidade e gestão integrada do modelo.	3.1, 3.2, 3.3

Quadro 13 - 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	14			15	16
Pontos fortes do MG	Continuidade e estabilidade prestam confiança	3.1	X	X	X	X			X				X			X		X	8	50%
	Estrutura clara facilita a gestão do sistema	3.2	X	X	X		X	X			X		X		X	X		9	56%	
	Centralização promove uniformidade	3.3	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	15	94%	
	Mecanismos de adaptação e melhoria contínua	3.4	X	X	X	X		X	X	X		X						8	50%	



Conclusão: A centralização é destacada por 94% dos entrevistados como ponto forte, promovendo gestão integrada; 56% valorizam a estrutura organizada, e 50% reconhecem estabilidade histórica e capacidade adaptativa, refletindo uma base funcional sólida e coerente para o modelo atual.

Quadro 14 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 4

Q4: Quais são as principais fragilidades ou desafios que identifica no modelo de atual governação?		
#	Unidade de Contexto (<i>Insights</i> qualitativos)	Unidade de Registo
E1	Modelo considerado ineficiente e desajustado, com limitações operacionais devido à escassez de recursos.	4.1, 4.2
E2	Escassez de recursos, fragilidade financeira e RJ desajustado comprometem o futuro do ADM;	4.2, 4.4
E3	Falta de transparência, risco financeiro e enquadramento jurídico desajustado fragilizam o ADM;	4.3, 4.4, 4.5
E4	Falta de Pessoas e técnicos é uma limitação operacional expressiva.	4.2
E5, E6, E7, E8, E9, E13, E14, E15, E16	Modelo considerado ineficiente, com carências de recursos, pouca transparência, risco financeiro e enquadramento jurídico obsoleto.	4.1, 4.2, 4.3, 4.4
E10	Escassez de recursos compromete a operação e ameaça a sustentabilidade financeira do ADM.	4.2, 4.4
E11	Modelo ineficiente e desatualizado, com escassez de recursos, pouca transparência e RJ inadequado.	4.1, 4.2, 4.3
E12	Modelo desajustado e ineficiente, com sustentabilidade financeira do ADM em risco a médio e longo prazo.	4.1, 4.4

Quadro 15 - 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	14	15	16			
Fragilidades do MG	Persistem ineficiência e demora processual	4.1	X				X	X	X	X	X		X		X	X	X	X	11	69%
	Escassez de recursos como obstáculo	4.2	X	X		X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	14	88%	
	Défice de comunicação e de transparência	4.3			X		X	X	X	X	X		X		X	X	X	X	11	69%
	Centralização excessiva dificulta flexibilidade	4.4		X	X		X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	12	75%

Conclusão: O modelo revela fragilidades críticas: 88% apontam falta de recursos, 75% criticam a centralização e ausência de planeamento, e 69% denunciam ineficiência e falta de transparência, evidenciando um sistema desajustado, com limitações operacionais, estratégicas e comunicacionais significativas.

Quadro 16 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 5

Q5: No seu entender, o atual modelo de governação do ADM, assente na atual estrutura organizacional, proporciona a flexibilidade governativa e a autonomia de gestão que o ADM necessita para garantir a indispensável capacidade de resposta, no desenvolvimento da sua atividade assistencial no acesso à proteção e prestação de cuidados de saúde pelos seus beneficiários?		
#	Unidade de Contexto (<i>Insights</i> qualitativos)	Unidade de Registo



E1, E6, E7, E8, E9, E11, E13, E14, E15	Falta de flexibilidade e autonomia de gestão compromete decisões rápidas e limita a resposta assistencial.	5.1, 5.2, 5.3
E2, E3, E16	Falta de flexibilidade e autonomia limita a resposta assistencial.	5.1, 5.2
E4, E10, E12	Há um excesso de centralização que compromete a adaptabilidade; a capacidade de resposta está comprometida por entraves internos	5.3

Quadro 17 - 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	14	15	16		
Flexibilidade e do MG	Falta de flexibilidade governativa	5.1	X	X	X		X	X	X	X	X		X		X	X	X	X	13	81%
	Falta de autonomia de gestão	5.2	X	X	X		X	X	X	X	X		X		X	X	X	X	13	81%
	Capacidade de resposta afetada	5.3	X			X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		12	75%

Conclusão: Com 81% dos entrevistados a apontarem falta de flexibilidade e autonomia de gestão, e 75% a destacarem limitações na capacidade de resposta, o modelo revela-se excessivamente centralizado e desajustado, comprometendo a eficácia assistencial do ADM.

Quadro 18 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 6

Q6: Na sua opinião, de que forma os seguintes vetores de ação governativa estão a ser exercidos no atual modelo de governação? e) Transparência; b) Responsabilização (<i>Accountability</i>); c) Participação; d) Equidade; e) Eficiência; f) Tecnologia; g) Governação.		
#	Unidade de Contexto (<i>Insights</i> qualitativos)	Unidade de Registo
E1	O modelo de governação atual exige evolução contínua; a componente tecnológica do ADM é considerada obsoleta.	6.2, 6.6
E2	Modelo de governação exige evolução contínua para corrigir desigualdades no acesso à saúde.	6.2, 6.7
E3	O modelo de governação atual exige evolução contínua.	6.2
E4	Modelo requer evolução contínua; eficiência limitada por processos complexos e tecnologia obsoleta no ADM.	6.2, 6.5, 6.6
E5	Falta de transparência, participação e tecnologia comprometem a equidade e exigem evolução governativa.	6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.6, 6.7
E6, E7, E13, E14, E15, E16	Limitações em transparência, participação, eficiência e tecnologia, com desigualdades no acesso, exigem evolução do modelo do ADM.	6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6, 6.7
E8	Falta de transparência, participação, eficiência e equidade exige atualização do modelo de governação do ADM.	6.1, 6.2, 6.3, 6.5, 6.6, 6.7
E 9	Modelo desatualizado, com participação limitada, fraca responsabilização e desigualdades que afetam a equidade.	6.2, 6.3, 6.4, 6.6, 6.7
E 10	Fraca responsabilização, ineficiência processual, tecnologia obsoleta e desigualdades no acesso comprometem a equidade e o desempenho do ADM.	6.4, 6.5, 6.6, 6.7
E 11	Transparência frágil, baixa participação, morosidade e tecnologia obsoleta exigem evolução do modelo do ADM.	6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6
E 12	Ineficiência processual e desigualdades no acesso comprometem a equidade e o desempenho do sistema.	6.5, 6.7



Quadro 19 - 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	14			15	16
VAG	Transparência e clareza institucional frágeis	6.1					X	X	X	X			X		X	X	X	X	9	56%
	Governança centralizada e rígida	6.2	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X		X	X	X	X	14	88%
	Participação dos beneficiários deficitária	6.3					X	X	X	X	X		X		X	X	X	X	10	63%
	Falta de responsabilização dos decisores	6.4					X	X	X		X	X	X		X	X	X	X	10	63%
	Ineficiência e morosidade dos processos	6.5				X		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	11	69%
	Sistema tecnológico obsoleto e não integrado	6.6	X			X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	13	81%
	Desigualdade no acesso a cuidados de saúde	6.7		X			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	12	75%

Conclusão: Com 88% a apontarem rigidez na governação, 81% a criticarem a obsolescência tecnológica e 75% a denunciarem desigualdade no acesso, os entrevistados evidenciam falhas estruturais graves, refletindo um modelo que carece de modernização, responsabilização efetiva (63%) e maior envolvimento institucional (63%).

Quadro 20 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 7

Q7: Quais considera serem as medidas prioritárias para melhorar a eficácia e eficiência do ADM?		
#	Unidade de Contexto (<i>Insights</i> qualitativos)	Unidade de Registo
E1, E2, E3, E5, E6, E7, E8, E9, E11, E13, E14, E15, E16	Reforço do controlo, transparência na governação, modernização tecnológica e atualização jurídica são essenciais.	7.1, 7.2, 7.3
E4	A modernização tecnológica é essencial para melhorar a eficiência; o RJ desajustado do contexto atual.	7.2, 7.3
E10, E12	Modernização tecnológica e atualização do regime jurídico são cruciais para a eficiência e adequação do ADM.	7.2

Quadro 21 - 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	14			15	16
Medidas de incremento da eficiência e eficácia	Reforço da transparência e controlo no MG	7.1	X	X	X		X	X	X	X	X		X		X	X	X	X	13	81%
	Modernização tecnológica	7.2	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	16	100%
	A revisão do RJ da ADM	7.3	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X		X	X	X	X	14	88%

Conclusão: A totalidade dos entrevistados (100%) defende a modernização tecnológica como medida essencial; 88% referem a urgência da revisão do regime jurídico do ADM e 81% destacam a necessidade de reforçar a transparência e o controlo, visando melhorar a eficiência e a eficácia do ADM.



Quadro 22 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 8

Q8: Que papel considera que as tecnologias (e.g. SI, IA) podem desempenhar na modernização e melhoria do atual modelo de governação do ADM?		
#	Unidade de Contexto (<i>Insights</i> qualitativos)	Unidade de Registo
E1, E2, E3, E5, E6, E7, E8, E11, E12, E13, E14, E15, E16	A IA constitui um vetor promissor para apoiar decisões e analisar dados assistenciais; a aplicação de tecnologias poderá aumentar a eficiência dos processos no ADM.	8.1, 8.2
E4, E9	A aplicação de tecnologias poderá aumentar a eficiência dos processos no ADM	8.2
E10	A IA e outras tecnologias representam oportunidades para otimizar processos e apoiar decisões no ADM.	8.1

Quadro 23 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 8

Categoria	Unidade de registo		Entrevistados																Unidade de enumeração	Resultados (%)
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
Papel das TIC	Importância da IA na gestão e decisão	8.1	X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	14	88%
	Tecnologias em prol da eficiência	8.2	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	15	94%

Conclusão: Para 94% dos entrevistados, as tecnologias são determinantes para aumentar a eficiência operacional do ADM, enquanto 88% reconhecem o potencial da inteligência artificial no apoio à decisão e análise de dados, reforçando o seu papel estratégico na modernização do modelo de governação.

Quadro 24 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 9

Q9: Como promover maior participação e envolvimento dos beneficiários no processo de tomada de decisão e na supervisão dos atos de governação praticados no ADM?		
#	Unidade de Contexto (<i>Insights</i> qualitativos)	Unidade de Registo
E1	Propõe-se representação dos beneficiários, consultas frequentes, supervisão inclusiva e transparência no acesso à informação.	9.1, 9.3, 9.4, 9.5
E2	Propõem-se consultas públicas regulares e reforço da transparência e do acesso à informação no ADM.	9.3, 9.5
E3, E6, E7, E8, E9, E11, E13, E14, E15, E16	Defende-se representação formal e envolvimento ativo dos beneficiários, com consultas regulares, supervisão participativa, transparência reforçada e uso de tecnologias para apoiar a participação e o acesso à informação.	9.1, 9.2, 9.3, 9.4, 9.5, 9.6
E4	Ferramentas tecnológicas devem apoiar a participação e consulta.	9.6
E5	Defende-se representação formal e participação ativa dos beneficiários na governação, com supervisão inclusiva, transparência reforçada e apoio tecnológico à consulta e informação.	9.1, 9.2, 9.4, 9.5, 9.6
E10	É proposta a realização regular de consultas públicas e inquéritos de satisfação	9.3



Quadro 25 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 9

Categoria	Unidade de registo		Entrevistados														Unidade de enumeração	Resultados (%)		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14			15	16
Participação dos beneficiários	Inclusão formal dos beneficiários no MG	9.1	X		X		X	X	X	X	X		X		X	X	X	X	12	75%
	Inclusão dos beneficiários nas decisões	9.2			X		X	X	X	X	X		X		X	X	X	X	11	69%
	Consultas públicas e inquéritos	9.3	X	X	X			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	13	81%
	Fiscalização e supervisão dos atos	9.4	X		X		X	X	X	X	X		X		X	X	X	X	12	75%
	Exigência de maior transparência	9.5	X	X	X		X	X	X	X	X		X		X	X	X	X	13	81%
	Uso de ferramentas digitais	9.6			X	X	X	X	X	X	X		X		X	X	X	X	12	75%

Conclusão: Com 81% a defenderem consultas públicas e mais transparência, e 75% a sugerirem representação formal, fiscalização participada e uso de tecnologias, a maioria dos entrevistados propõe mecanismos concretos para incrementar a participação dos beneficiários na governação do ADM, promovendo legitimidade e corresponsabilização.

Quadro 26 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 10

Q10: De que forma a equidade no acesso aos benefícios sociais do ADM pode ser reforçada?		
#	Unidade de Contexto (<i>Insights</i> qualitativos)	Unidade de Registo
E1, E5, E10	Reforçar a equidade no ADM exige monitorização de desigualdades, ampliação da rede, uso de tecnologias e regras claras de acesso.	10.1, 10.2, 10.3, 10.5
E2, E6, E7, E11, E12, E13, E14, E15, E16	Promover a equidade no ADM requer monitorização de desigualdades, rede ampliada, apoio a vulneráveis, tecnologias facilitadoras e regras de acesso claras e transparentes.	10.1, 10.2, 10.3, 10.4, 10.5, 10.6
E3, E4, E5, E8	Reforçar a equidade no ADM exige monitorização contínua, expansão da rede de prestadores e uso de tecnologias para reduzir disparidades.	10.1, 10.2, 10.3
E9	Reforçar a equidade no ADM implica monitorizar desigualdades, expandir a rede de prestadores e apoiar vulneráveis.	10.1, 10.2, 10.4

Quadro 27 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 10

Categoria	Unidade de registo		Entrevistados														Unidade de enumeração	Resultados (%)		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14			15	16
Equidade no acesso aos benefícios sociais	Monitorização contínua	10.1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	16	100%
	Expansão da rede de prestadores	10.2	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	16	100%
	Adoção TIC no incremento de acesso	10.3	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	15	94%
	Apoio à vulnerabilidade socioeconómica	10.4		X				X	X		X		X	X	X	X	X	X	10	63%
	Adoção de critérios de acesso uniformes	10.5	X	X			X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	12	75%



Conclusão: Todos os entrevistados (100%) defendem monitorização contínua e alargamento da rede de prestadores para reforçar a equidade no ADM; 94% valorizam tecnologias digitais como facilitadoras do acesso, enquanto 75% destacam a importância de critérios claros e 63% sugerem apoio diferenciado a grupos vulneráveis.

Quadro 28 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 11

Q11: No atual contexto de carência de Pessoas, que estratégias devem ser implementadas no sentido de promover o recrutamento, retenção e motivação de profissionais, como força de trabalho qualificada em prol de um melhor desempenho do ADM junto dos beneficiários?		
#	Unidade de Contexto (<i>Insights</i> qualitativos)	Unidade de Registo
E1	Formação contínua, progressão e boas condições de trabalho são chave para motivar e reter profissionais.	11.1, 11.3
E2, E3	Formação, progressão, benefícios atrativos e boas condições de trabalho são essenciais para motivar e reter profissionais.	11.1, 11.2, 11.3
E4	Formação contínua, progressão e benefícios atrativos são fundamentais para a motivação e retenção de profissionais.	11.1, 11.2
E5, E6, E7	A motivação e retenção dos profissionais dependem de formação contínua, oportunidades de progressão, benefícios atrativos e um ambiente de trabalho adequado e estimulante.	11.1, 11.2, 11.3
E8, E9, E13, E14, E15, E16	A motivação e retenção no ADM fortalecem-se com formação, progressão, benefícios, boas condições laborais, avaliação justa, parcerias educativas e recrutamento modernizado.	11.1, 11.2, 11.3, 11.4, 11.5, 11.6
E10	Formação, progressão, benefícios, boas condições laborais e recrutamento modernizado são essenciais para motivar, reter e atrair no ADM.	11.1, 11.2, 11.3
E11	Formação, progressão, benefícios, condições motivadoras, avaliação justa e parcerias educativas reforçam a motivação, retenção e compromisso no ADM.	11.1, 11.2, 11.3, 11.4; 11.5
E12	Formação, progressão, benefícios, boas condições de trabalho e avaliação justa reforçam a motivação, retenção e compromisso organizacional.	11.1, 11.2, 11.3, 11.4

Quadro 29 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 11

Categoria	Unidade de registo	Entrevistados																Unidade de enumeração	Resultados (%)	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16			
Gestão de Pessoas	Formação e progressão como estratégias de valorização e motivação	11.1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	16	100%
	Pacotes de benefícios para retenção	11.2		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	15	94%
	Ambiente de trabalho motivador	11.3	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	15	94%
	Mais reconhecimento do desempenho	11.4								X	X		X	X	X	X	X	X	8	50%
	Parcerias com instituições de ensino	11.5					X	X	X	X	X		X		X	X	X	X	10	63%
	Modernização do recrutamento	11.6					X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	10	63%

Conclusão: Todos os entrevistados (100%) destacam a formação contínua e progressão na carreira como essenciais; 94% valorizam benefícios atrativos e ambiente motivador; 63% defendem parcerias com instituições de ensino e modernização do recrutamento, revelando uma estratégia abrangente para fortalecer a retenção e atratividade no ADM.



Quadro 30 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 12

Q12: Considera que deveriam ser criados planos de investimento dedicados, exclusivamente, à progressiva ampliação, reequipamento e modernização da capacidade operativa do ADM?		
#	Unidade de Contexto (<i>Insights</i> qualitativos)	Unidade de Registo
E1	Os planos de investimento devem garantir sustentabilidade e resiliência a longo prazo.	12.4
E2, E5, E6, E7, E8, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16	A modernização tecnológica, o reequipamento e o reforço da capacidade operativa são essenciais para a qualidade e resposta do ADM, exigindo investimentos sustentáveis e financiamento supletivo contínuo e planeado.	12.1, 12.2, 12.3, 12.4, 12.5
E3	A modernização tecnológica, o reequipamento e a ampliação da capacidade operativa são cruciais para a qualidade do ADM, exigindo investimentos sustentáveis que assegurem resiliência a longo prazo.	12.1, 12.2, 12.3, 12.4
E4	Reequipamento e renovação da infraestrutura são essenciais para a qualidade, exigindo investimentos sustentáveis e resilientes.	12.2, 12.4
E9	Reequipamento, renovação e ampliação da capacidade operativa são essenciais, exigindo investimentos sustentáveis e financiamento supletivo contínuo e planeado.	12.2, 12.3, 12.4, 12.5

Quadro 31 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 12

Categoria	Unidade de registo		Entrevistados																Unidade de enumeração	Resultados (%)
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
Investimento na capacitação	Modernização tecnológica é essencial	12.1		X	X		X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	13	81%	
	Reequipamento e melhoria das infraestruturas	12.2		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	15	94%	
	Ampliação da capacidade operativa	12.3		X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	14	88%	
	Subsistema requer investimento	12.4	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	16	100%	
	Financiamento exclusivo e dedicado	12.5		X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13	81%	

Conclusão: Todos os entrevistados (100%) consideram essencial um investimento estruturado para garantir a sustentabilidade do ADM; 94% destacam o reequipamento, 88% defendem a ampliação da capacidade operativa e 81% valorizam a modernização tecnológica e financiamento dedicado, assegurando qualidade, resiliência e resposta eficaz às exigências atuais.

Quadro 32 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 13

Q13: No seu entender, como poderia ser estimulado o desempenho operacional na Assistência na Doença do ADM, designadamente no processamento de documentos de despesa e na validação clínica da documentação mandatória (e.g. relatórios médicos, prescrições médicas)?		
#	Unidade de Contexto (<i>Insights</i> qualitativos)	Unidade de Registo
E1	Simplificar a validação clínica e reduzir burocracia e prazos é crucial para a eficiência do sistema.	13.1, 13.4
E2	Simplificar validações, qualificar técnicos, automatizar processos e implementar um SI interoperável, são medidas-chave para eficiência e resposta do ADM.	13.1, 13.2, 13.3, 13.5



E3	Capacitar técnicos e reduzir burocracia são medidas essenciais para melhorar o desempenho operacional do ADM.	13.2, 13.4
E4	Simplificar validações clínicas e capacitar técnicos são fatores cruciais para a eficiência e desempenho do ADM.	13.1, 13.2
E5, E6, E7, E9, E11, E12, E13, E15, E16	Simplificar validações, capacitar técnicos, automatizar processos e reduzir burocracia são essenciais para eficiência; propõe-se uma plataforma digital centralizada como solução estruturante.	13.1, 13.2, 13.3, 13.4, 13.5

Quadro 33 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 13

Categoria	Unidade de registo		Entrevistados																Unidade de enumeração	Resultados (%)
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
Desempenho operacional	Simplificar a validação clínica	13.1	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	15	94%	
	Reforçar a formação	13.2		X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	14	88%	
	Automatização e digitalização	13.3		X			X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	12	75%	
	Reduzir a burocracia e prazos de análise	13.4	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	13	81%
	Implementação plataforma única	13.5		X			X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	12	75%	

Conclusão: Para 94% dos entrevistados, simplificar a validação clínica é crucial; 88% destacam a formação dos técnicos; 81% defendem redução da burocracia e 75% propõem digitalização e plataforma única, evidenciando um consenso sobre a modernização como alavanca para o desempenho operacional do ADM.

Quadro 34 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 14

Q14: Considera que a atual capacidade assistencial do ADM permite reforçar a complementaridade ao Serviço Nacional de Saúde?		
#	Unidade de Contexto (<i>Insights</i> qualitativos)	Unidade de Registo
E1, E2, E9, E11, E13	A capacidade de resposta do ADM é crucial para complementar o SNS, mas enfrenta limitações que a comprometem.	14.1, 14.2
E3, E4	A atual capacidade de resposta do ADM é central para a discussão da sua função complementar ao SNS	14.1
E5, E6, E7, E8, E10, E12, E14, E15, E16	A resposta do ADM é essencial na complementaridade com o SNS, mas limitações exigem reforço institucional e organizacional para garantir sustentabilidade.	14.1, 14.2, 14.3

Quadro 35 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 14

Categoria	Unidade de registo		Entrevistados																Unidade de enumeração	Resultados (%)
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
Complementaridade ao SNS	Avaliação da capacidade atual	14.1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	16	100%	
	Identificação de limitações e	14.2	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	14	88%	



Reforço institucional	14.3					X	X	X	X		X		X	X	X	9	56%
-----------------------	------	--	--	--	--	---	---	---	---	--	---	--	---	---	---	---	-----

Conclusão: Embora 100% dos entrevistados reconheçam a relevância do ADM na complementaridade ao SNS, 88% identificam limitações que comprometem essa função e 56% defendem o reforço institucional e organizacional, evidenciando a necessidade de medidas estruturantes para garantir eficácia e sustentabilidade dessa complementaridade.

No âmbito da QD2:

Quadro 36 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 1

Q1: Qual a sua perceção geral sobre o desempenho do SPS nos últimos anos?		
#	Unidade de Contexto (<i>Insights</i> qualitativos)	Unidade de Registo
E17, E18, E19, E20	Desempenho positivo dos subsistemas deve-se a estruturas claras, cumprimento eficaz de funções e confiança institucional, com sustentabilidade financeira assegurada por pagamentos e participações atempadas.	1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5

Quadro 37 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 1

Categoria	Unidade de registo	Entrevistados				Unidade de enumeração	Resultados (%)	
		17	18	19	20			
Desempenho do SPS	Desempenho ajustado	1.1	X	X	X	X	4	100%
	RJ interiorizado	1.2	X	X	X	X	4	100%
	Cumprimento das atribuições	1.3	X	X	X	X	4	100%
	Estrutura orgânica formal	1.4	X	X	X	X	4	100%
	Sustentabilidade financeira	1.5	X	X	X	X	4	100%

Conclusão: Todos os entrevistados (100%) avaliam positivamente o desempenho do SPS, destacando o cumprimento das funções essenciais, a clareza jurídico-organizacional e a sustentabilidade financeira. Esta perceção reforça a confiança institucional e valida a eficácia estrutural e funcional nos últimos anos dos subsistemas analisados.

Quadro 38 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 2

Q2: Como avalia o modelo de governação atualmente implementado no SPS?		
#	Unidade de Contexto (<i>Insights</i> qualitativos)	Unidade de Registo
E17, E18	Apesar da diversidade, os subsistemas evidenciam evolução adaptativa, com governação funcional dentro dos limites legais e valorização de modelos autónomos ajustados à sua missão.	2.1, 2.2, 2.3, 2.4
E19, E20	Embora não uniforme, o modelo de governação revela adaptação contínua e valorização de soluções autónomas ajustadas à missão de cada subsistema.	2.1, 2.2, 2.4

**Quadro 39 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 2**

Categoria	Unidade de registo		Entrevistados				Unidade de enumeração	Resultados (%)
			17	18	19	20		
MG atual	Estrutura diferenciada, de acordo com o enquadramento legal	2.1	X	X	X	X	4	100%
	Adaptado às especificidades institucionais	2.2	X	X	X	X	4	100%
	Processo de reestruturação necessário	2.3	X	X			2	50%
	Atuais competências e atribuições assimiladas	2.4	X	X	X	X	4	100%

Conclusão: Todos os entrevistados (100%) reconhecem um modelo de governação adaptado, estruturado conforme os regimes legais e ajustado às especificidades institucionais; 50% assinalam necessidade de reestruturação, evidenciando uma perceção positiva da funcionalidade atual, mas com margem para evolução contínua e melhorias organizacionais.

Quadro 40 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 3

Q3: Quais considera ser os principais pontos fortes do modelo atual?		
#	Unidade de Contexto (<i>Insights qualitativos</i>)	Unidade de Registo
E17, E18	Modelos com estrutura clara e bem organizada, valorizando autonomia, adaptação à missão e separação funcional que reforça responsabilização e eficiência.	3.1, 3.3, 3.4
E 19	Modelos organizados, com estrutura clara, autonomia e adaptação à missão como pontos fortes, e separação funcional que promove eficiência e responsabilização.	3.1, 3.2, 3.3, 3.4
E 20	Modelos percebidos como organizados, com estrutura clara e valorização da autonomia e adaptação à missão.	3.1, 3.2, 3.3

Quadro 41 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 3

Categoria	Unidade de registo		Entrevistados				Unidade de enumeração	Resultados (%)
			17	18	19	20		
Pontos fortes do MG	Estrutura orgânica hierarquizada clara	3.1	X	X	X	X	4	100%
	Participação e proximidade dos beneficiários	3.2			X	X	2	50%
	Missão	3.3	X	X	X	X	4	100%
	Segregação de responsabilidades, eficiência, gestão diferenciada	3.4	X	X	X		3	75%

Conclusão: Todos os entrevistados (100%) destacam a clareza estrutural e a adaptação à missão como pontos fortes; 75% valorizam a segregação de responsabilidades e 50% referem a proximidade com os beneficiários, evidenciando um modelo organizacional eficiente, funcional e ajustado às especificidades dos subsistemas.



Quadro 42 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 4

Q4: No seu entender, o atual modelo de governação do SPS, assente na atual estrutura organizacional, proporciona a flexibilidade governativa e a autonomia de gestão que o SPS necessita para garantir a indispensável capacidade de resposta, no desenvolvimento da sua atividade assistencial no acesso à proteção e prestação de cuidados de saúde pelos seus beneficiários?		
#	Unidade de Contexto (<i>Insights</i> qualitativos)	Unidade de Registo
E17, E18, E19	Autonomia parcial, estrutura rígida e enquadramentos legais condicionam a adaptabilidade e a resposta às necessidades dos beneficiários.	5.1, 5.2, 5.3, 5.4
E20	Autonomia de gestão e estrutura hierárquica sustentam a capacidade de resposta às necessidades dos beneficiários.	5.2, 5.4

Quadro 43 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 4

Categoria	Unidade de registo		Entrevistados				Unidade de enumeração	Resultados (%)
			17	18	19	20		
Flexibilidade do MG	Autonomia de gestão e estrutura hierárquica	5.1	X	X	X	X	4	100%
	Especificidade institucional	5.2	X	X	X		3	75%
	Flexibilidade governativa e limitações operacionais	5.3	X	X	X		3	75%
	Capacidade de resposta às necessidades dos beneficiários	5.4	X	X	X	X	4	100%

Conclusão: Todos os entrevistados (100%) reconhecem autonomia e capacidade de resposta como elementos presentes, embora limitados por rigidez estrutural; 75% destacam a necessidade de maior flexibilidade governativa e adaptação institucional, refletindo um modelo com eficácia relativa, mas condicionado por enquadramentos legais e desigualdade entre subsistemas.

Quadro 44 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 5

Q5: Na sua opinião, de que forma os seguintes vetores de ação governativa estão a ser exercidos no atual modelo de governação? a) Transparência; b) Responsabilização (<i>Accountability</i>); c) Participação; d) Equidade; e) Eficiência; f) Tecnologia; g) Governação.		
#	Unidade de Contexto (<i>Insights</i> qualitativos)	Unidade de Registo
E17, E19, E20	Vetores de governação presentes com maturidade variável; transparência e participação destacam-se, mas accountability, eficiência e tecnologia enfrentam limitações estruturais e aplicação desigual.	6.1, 6.2, 6.4
E18	Vetores de governação presentes com maturidade variável, destacando-se a transparência e a participação.	6.1, 6.2



Quadro 45 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 5

Categoria	Unidade de registo		Entrevistados				Unidade de enumeração	Resultados (%)
			17	18	19	20		
Vetores de ação governativa	Equidade, governação	6.1	X	X	X	X	4	100%
	Transparência, participação	6.2	X	X	X	X	4	100%
	Tecnologia	6.4	X		X	X	3	75%

Conclusão: Todos os entrevistados (100%) reconhecem a presença formal dos vetores de transparência, participação, equidade e governação; 75% destacam a tecnologia como dimensão em desenvolvimento, enquanto apenas 25% identificam accountability e eficiência como efetivamente consolidadas, revelando assimetrias na maturidade dos vetores de ação governativa.

Quadro 46 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 6

Q6: Quais considera serem as medidas prioritárias para melhorar a eficácia e eficiência do SPS?		
#	Unidade de Contexto (<i>Insights</i> qualitativos)	Unidade de Registo
E17, E18, E20	Transparência é prioridade no SPS; participação e comunicação com beneficiários são estruturantes; gestão eficaz exige instrumentos robustos e aposta na transformação digital.	7.1, 7.2, 7.3, 7.4
E 19	A transparência é central no SPS, exigindo comunicação eficaz, participação ativa e gestão com instrumentos mais robustos.	7.1, 7.2, 7.3

Quadro 47 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 6

Categoria	Unidade de registo		Entrevistados				Unidade de enumeração	Resultados (%)
			17	18	19	20		
Medidas de incremento da eficiência e eficácia	Incremento e sustentação da transparência no SPS	7.1	X	X	X	X	4	100%
	Participação dos beneficiários	7.2	X	X	X	X	4	100%
	Processos e instrumentos de CI	7.3	X	X	X	X	4	100%
	Transformação digital com SI interoperáveis	7.4	X	X		X	3	75%

Conclusão: Todos os entrevistados (100%) identificam como prioritárias a transparência, a participação dos beneficiários e o reforço dos mecanismos de controlo e avaliação; 75% destacam a modernização tecnológica e a interoperabilidade digital, evidenciando um consenso quanto à necessidade de fortalecer a eficácia e eficiência do SPS.

Quadro 48 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 7

Q7: Que papel considera que as tecnologias (e.g. SI, IA) podem desempenhar na modernização e melhoria do atual modelo de governação do SPS?		
#	Unidade de Contexto (<i>Insights</i> qualitativos)	Unidade de Registo



E17, E18	Tecnologia reforça transparência e responsabilização; automatização e gestão digital promovem eficiência; modernização é crucial para a sustentabilidade do SPS.	8.1, 8.2, 8.4
E 19	Tecnologia reforça transparência e responsabilização; automatização, controlo em tempo real e processos padronizados aumentam a eficiência; modernização é vital para a sustentabilidade do SPS.	8.1, 8.2, 8.3, 8.4
E 20	A tecnologia promove transparência e responsabilização no SPS, sendo essencial padronizar processos e implementar controlo em tempo real para assegurar a sustentabilidade futura do modelo.	8.1, 8.3, 8.4

Quadro 49 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 7

Categoria	Unidade de registo		Entrevistados				Unidade de enumeração	Resultados (%)
			17	18	19	20		
Papel das TIC	Sistemas de informação, auditorias eletrónicas, fiscalização, gestão digital	8.1	X	X	X	X	4	100%
	Inteligência artificial como garante da automatização	8.2	X	X	X		3	75%
	Mapeamento e informatização dos processos	8.3			X	X	2	50%
	Centralização de dados num único repositório de dados (base-de-dados)	8.4	X	X	X	X	4	100%

Conclusão: Todos os entrevistados (100%) reconhecem que a tecnologia fortalece a transparência, a gestão digital e a centralização de dados; 75% destacam o papel da inteligência artificial na automatização e 50% sublinham a padronização processual, revelando um consenso sobre o impacto estruturante da modernização tecnológica no SPS.

Quadro 50 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 8

Q8: Como promover maior participação e envolvimento dos beneficiários no processo de tomada de decisão e na supervisão dos atos de governação praticados no SPS?		
#	Unidade de Contexto (<i>Insights</i> qualitativos)	Unidade de Registo
E17, E18	A participação no SPS é limitada e requer reforço com consultas regulares e canais de escuta eficazes; a supervisão depende de transparência ativa e acesso à informação.	9.1, 9.2, 9.3, 9.4
E 19	Consultas regulares e canais de escuta eficazes fortalecem o envolvimento dos beneficiários; supervisão exige transparência ativa e acesso à informação.	9.2, 9.3, 9.4
E 20	A participação institucionalizada é limitada e deve ser reforçada com consultas regulares e canais eficazes de escuta e feedback.	9.1, 9.2, 9.3

Quadro 51 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 8

Categoria	Unidade de registo		Entrevistados				Unidade de enumeração	Resultados (%)
			17	18	19	20		
	Participação dos beneficiários através de instrumentos formais	9.1	X	X		X	3	75%



Participação dos beneficiários	Reclamações e sugestões, consulta públicas, envolvimento ativo, <i>feedback</i> estruturado	9.2	X	X	X	X	4	100%
	Conselho Geral, representação e gestão participada	9.3	X	X	X	X	4	100%
	Supervisão da condução e operacionalização dos processos	9.4	X	X	X		3	75%

Conclusão: Todos os entrevistados (100%) defendem a consulta pública e a representação ativa como mecanismos essenciais de participação dos beneficiários; 75% apontam a necessidade de reforçar a supervisão e os instrumentos formais de envolvimento, revelando a importância de estruturas participativas e transparentes na governação do SPS.

Quadro 52 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 9

Q9: De que forma a equidade no acesso aos benefícios sociais do SPS pode ser reforçada?		
#	Unidade de Contexto (<i>Insights</i> qualitativos)	Unidade de Registo
E17, E18, E19, E20	A equidade no acesso requer melhor monitorização, critérios claros, procedimentos uniformes e apoio tecnológico contínuo para evitar distorções.	10.1, 10.2, 10.3, 10.4

Quadro 53 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 9

Categoria	Unidade de registo	Entrevistados				Unidade de enumeração	Resultados (%)	
		17	18	19	20			
Equidade no acesso aos benefícios sociais	Equidade geográfica no acesso aos cuidados de saúde	10.1	X	X	X	X	4	100%
	Tratamento com uniformidade e critérios	10.2	X	X	X	X	4	100%
	Critérios de elegibilidade e verificação documental na afiliação	10.3	X	X	X	X	4	100%
	Controlo e supervisão da gestão	10.4	X	X	X	X	4	100%

Conclusão: Todos os entrevistados (100%) defendem o reforço da equidade no SPS através da uniformização de critérios, verificação rigorosa na afiliação, supervisão contínua da gestão e uso de tecnologia, assegurando justiça territorial no acesso e evitando distorções nos benefícios sociais atribuídos.

Quadro 54 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 10

Q10: No atual contexto de carência de Pessoas, que estratégias devem ser implementadas no sentido de promover o recrutamento, retenção e motivação de profissionais, como força de trabalho qualificada em prol de um melhor desempenho do SPS junto dos beneficiários?		
#	Unidade de Contexto (<i>Insights</i> qualitativos)	Unidade de Registo
E17, E18, E19, E20	A eficácia do SPS depende da qualidade e estabilidade dos profissionais, sendo a motivação e retenção reforçadas pelo reconhecimento e valorização, num ambiente organizacional saudável e participativo.	11.1, 11.2, 11.3, 11.4



Quadro 55 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 11

Categoria	Unidade de registo		Entrevistados				Unidade de enumeração	Resultados (%)
			17	18	19	20		
Gestão das Pessoas	Desafios do recrutamento e retenção	11.1	X	X	X	X	4	100%
	Motivação preponderante na gestão das Pessoas	11.2		X	X	X	3	75%
	Valorização profissional, formação contínua e melhoria das condições de trabalho	11.3	X	X	X	X	4	100%
	Clima organizacional e reconhecimento profissional	11.4	X	X		X	3	75%

Conclusão: Todos os entrevistados (100%) consideram prioritárias a valorização profissional, formação contínua e boas condições de trabalho; 75% destacam a motivação e o clima organizacional como essenciais. Estas estratégias são vistas como fundamentais para atrair, reter e mobilizar profissionais qualificados no SPS.

Quadro 56 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 11

Q11: Considera que deveriam ser criados planos de investimento dedicados, exclusivamente, à progressiva ampliação, reequipamento e modernização da capacidade operativa do SPS?		
#	Unidade de Contexto (<i>Insights</i> qualitativos)	Unidade de Registo
E17, E18, E19, E20	A evolução tecnológica é crucial para a eficácia do SPS; automatização, digitalização e investimento na capacidade operativa são fundamentais, exigindo planos de investimento dedicados e progressivos para garantir sustentabilidade e eficiência.	12.1, 12.2, 12.3, 12.4

Quadro 57 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 11

Categoria	Unidade de registo		Entrevistados				Unidade de enumeração	Resultados (%)
			17	18	19	20		
Investimento na capacitação	Tecnologia, sistema de informação integrado e interoperável	12.1	X	X	X	X	4	100%
	Automatização com reequipamento nas infraestrutura tecnológica	12.2	X	X	X	X	4	100%
	Modernizar a capacidade operativa com inovação	12.3	X	X	X	X	4	100%
	Plano de investimento na beneficiação das infraestruturas	12.4	X	X	X	X	4	100%

Conclusão: Todos os entrevistados (100%) defendem a criação de planos de investimento dedicados à modernização do SPS, incluindo automatização, reequipamento tecnológico, interoperabilidade dos sistemas e inovação operativa, considerando essas medidas fundamentais para garantir eficiência, sustentabilidade e resposta eficaz às exigências contemporâneas do setor de atividade.



Quadro 58 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 12

Q12: No seu entender, como poderia ser estimulado o desempenho operacional na Assistência na Doença do SPS, designadamente no processamento de documentos de despesa e na validação clínica da documentação mandatória (e.g. relatórios médicos, prescrições médicas)?		
#	Unidade de Contexto (<i>Insights</i> qualitativos)	Unidade de Registo
E17	Centralizar e padronizar processos aumenta a consistência e reduz erros, com partilha de dados, auditorias automáticas e IA como ferramentas chave.	13.2, 13.4
E18, E20	A tecnologia otimiza processos clínicos e documentais; centralização, padronização e clarificação de regras reduzem erros e carga administrativa; partilha de dados, auditorias automáticas e IA são ferramentas promissoras.	13.1, 13.2, 13.3, 13.4
E19	A tecnologia impulsiona a otimização documental e clínica; centralização e padronização garantem consistência, sendo prioritária a redução da carga administrativa e a clarificação de regras.	13.1, 13.2, 13.3

Quadro 59 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 12

Categoria	Unidade de registo	Entrevistados				Unidade de enumeração	Resultados (%)	
		17	18	19	20			
Desempenho operacional	Validação clínica da documentação médica suportada numa plataforma tecnológica	13.1		X	X	X	3	75%
	Processamento de despesa determina a eficiência do desempenho operacional	13.2	X	X	X	X	4	100%
	Sistema digital determinante para o controle e fiscalização	13.3		X	X	X	3	75%
	Automatização e normalização	13.4	X	X		X	3	75%

Conclusão: Todos os entrevistados (100%) consideram o processamento de despesa essencial para o desempenho do SPS; 75% defendem a validação clínica digital, a automatização e o controlo através de sistemas digitais, apontando a padronização e a partilha de dados como caminhos para maior eficiência e rigor processual.

Quadro 60 - Matriz de unidades de contexto e registo da Questão 13

Q13: Considera que a atual capacidade assistencial do SPS permite reforçar a complementaridade ao Serviço Nacional de Saúde?		
#	Unidade de Contexto (<i>Insights</i> qualitativos)	Unidade de Registo
E17, E18	A resposta do SPS pode ser ampliada com tecnologia e modernização; complementaridade com o SNS exige superar fragilidades, garantir recursos, interoperabilidade e uma transformação digital estratégica.	14.1, 14.2, 14.3, 14.4
E19, E20	O SPS pode complementar o SNS ao superar fragilidades internas, exigindo recursos, interoperabilidade e transformação digital como base para uma integração estratégica.	14.2, 14.3, 14.4



Quadro 61 - Matriz de análise de conteúdo da Questão 13

Categoria	Unidade de registo		Entrevistados				Unidade de enumeração	Resultados (%)
			17	18	19	20		
Complementaridade ao SNS	Capacidade assistencial capaz na complementaridade	14.1	X	X	X		2	75%
	Complementaridade exige resolução de problemas e limitações	14.2	X	X	X	X	4	100%
	Melhoria da resposta com mais recursos e interoperabilidade	14.3	X	X	X	X	4	100%
	Transformação digital com SI interoperáveis	14.4	X	X	X	X	4	100%

Conclusão: Embora 75% dos entrevistados considerem a capacidade assistencial atual parcialmente adequada, 100% defendem que a complementaridade ao SNS exige resolução de fragilidades internas, reforço de recursos, interoperabilidade e transformação digital, sendo estas condições essenciais para garantir integração, eficácia e sustentabilidade no modelo assistencial do SPS.



Apêndice E — Análise de Benchmarking

A seguinte matriz integra toda a análise de *benchmarking* efetuada aos MG dos SPS congéneres (ADSE, SAD/GNR, SAD/PSP, ISFAS), com base nos VAG, nos respetivos regimes jurídicos e nos sistemas de CI, cujos elementos de informação foram recolhidos nas entrevistas, na análise dos instrumentos de gestão, publicamente disponibilizados:

Quadro 62 - Análise de *Benchmarking* aos VAG

VAG	Situação Atual no ADM	Boas práticas de outros SPS	Práticas a adotar no ADM
Transparência	<ul style="list-style-type: none"> -Falta de transparência compromete a governação; -Ausência de comunicação clara fragiliza a confiança; -Perceções de arbitrariedade dificultam a responsabilização; -Necessárias práticas abertas e sistematizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> -O ISFAS promove a transparência ativa; -Informação estruturada reforça previsibilidade institucional; -Acesso e comparabilidade fortalecem clareza estratégica; -Divulgação de planos e convenções garante confiança dos beneficiários. 	<ul style="list-style-type: none"> -Portal digital ADM deve garantir acesso intuitivo e estruturado; -Transparência documental requer atualização regular e dados visualizáveis; -Repositório estratégico reforça governação e acessibilidade; -Regulamentação interna deve assegurar publicação obrigatória de informação.
Responsabilização (Accountability)	<ul style="list-style-type: none"> -Falta de responsabilização fragiliza a governação do ADM; -Inexistência de sanções compromete a credibilidade institucional; -Monitorização insuficiente enfraquece a prestação de contas; -Confiança dos <i>stakeholders</i> afetada pela ausência de reatividade institucional. 	<ul style="list-style-type: none"> -O SAD/PSP e o ISFAS integram auditorias no controlo da gestão; -Ligação entre orçamento e objetivos reforça a responsabilização; -CI funcional sustenta ciclos de planeamento, avaliação e correção; -Órgãos de supervisão promovem supervisão ativa. 	<ul style="list-style-type: none"> -Proposta de criação de um CSP com representação paritária; -Auditorias externas anuais obrigatórias reforçam a prestação de contas; -Execução alinhada com objetivos estratégicos promove responsabilização efetiva; -Cultura de <i>accountability</i> sustentada por formação e avaliação contínuas.
Participação	<ul style="list-style-type: none"> -Participação dos beneficiários no ADM é insuficiente e simbólica; -Falta de escuta ativa e representação sistemática enfraquece a governação; -Decisões pouco ajustadas às necessidades reais dos beneficiários; -Ausência de legitimidade participativa compromete a eficácia das políticas. 	<ul style="list-style-type: none"> -A ADSE garante participação efetiva dos stakeholders por via do CSG; -O CSG promove legitimidade paritária e corresponsabilização; -<i>Stakeholders</i> influenciam orientações estratégicas e operacionais; -Modelo da ADSE reforça a governança partilhada e inclusiva. 	<ul style="list-style-type: none"> -Propõe-se um modelo de participação permanente e multicanal no ADM; -O CSP e fóruns temáticos asseguram escuta regular e estruturada; -Representantes dos beneficiários devem integrar órgão estratégico (CSP); -Divulgação de atas e pareceres reforça transparência e corresponsabilização.
Equidade	<ul style="list-style-type: none"> -A rede convencionada do ADM está excessivamente concentrada em zonas urbanas; -Regiões periféricas e insulares enfrentam défices de acesso a cuidados; 	<ul style="list-style-type: none"> -A ADSE assegura acesso a cobertura nacional através de plataforma digital georreferenciada; 	<ul style="list-style-type: none"> -É necessária uma estratégia nacional para o ADM focada na reavaliação técnica da rede; -Deve-se expandir seletivamente a oferta em regiões deficitárias e integrar seguradoras com rede própria;



	<p>-A oferta insuficiente (e.g. saúde mental e reabilitação) compromete a equidade; -É necessária uma reestruturação da cobertura territorial.</p>	<p>-O ISFAS alarga o acesso ao integrar seguradoras em regime de assistência concertada; -Ambas as abordagens aumentam a disponibilidade e proximidade de prestadores.</p>	<p>-A equidade territorial deve ser monitorizada digitalmente, assegurando acesso justo e adequado às necessidades dos beneficiários.</p>
Eficiência	<p>-O MG do ADM revela fraca articulação entre objetivos, recursos e resultados; -A ausência de indicadores e metas funcionais prejudica a gestão orientada por resultados; -Falta de monitorização contínua compromete a criação de valor assistencial.</p>	<p>-A ADSE, o SAD/PSP e o ISFAS aplicam gestão baseada em dados e indicadores mensuráveis; -Utilizam métricas e ferramentas que ligam planeamento, orçamento e resultados; -Permitem monitorização funcional e decisões fundamentadas.</p>	<p>-Propõe-se um sistema de indicadores funcional com metas anuais alinhadas ao plano de atividades e orçamento; -Devem-se incluir <i>dashboards</i> internos, relatórios trimestrais públicos e ajustes orçamentais dinâmicos; -Fomentar uma cultura de gestão baseada em resultados e evidência.</p>
Tecnologia	<p>-O ADM opera sem plataforma tecnológica integrada, refletindo baixa maturidade digital; -A dependência do papel e a falta de interoperabilidade com o SNS geram ineficiências; -Esta limitação compromete a transparência, a monitorização e a integração da informação em saúde.</p>	<p>-A ADSE oferece uma plataforma digital completa e integrada que simplifica a gestão de despesas e pedidos de reembolso; -O SAD/PSP e a ISFAS utilizam sistemas internos para agilizar contratos, controlo orçamental e comunicação; -Estes recursos reforçam a eficiência e a celeridade administrativa.</p>	<p>-Recomenda-se criar uma plataforma digital unificada do ADM com interfaces para beneficiários, prestadores e gestão; -Deve integrar funcionalidades como KPI², BI e <i>dashboards</i> em tempo real; -A interoperabilidade com o SNS e um plano de transição tecnológica faseado são cruciais; - Formação técnica é essencial para reforçar a eficiência, o controlo e a decisão estratégica.</p>
Governação	<p>-O modelo de governação do ADM é reativo, centralizado e desarticulado; -Há sobreposição de competências e ausência de supervisão independente; -Falta planeamento estratégico plurianual e articulação com outros subsistemas; -A inexistência de monitorização contínua compromete coerência, accountability e sustentabilidade.</p>	<p>-A ADSE implementa planeamento estratégico plurianual com supervisão externa; -A ISFAS adota modelo híbrido e descentralizado, articulando cobertura pública e assistência concertada; -Ambos os modelos evidenciam adaptação à missão, recursos e contextos regionais.</p>	<p>-Proposta de criação de um plano estratégico plurianual com metas e indicadores funcionais; -Recomenda-se a instituição de um CSP independente; -Defende-se a clarificação de competências entre o CD do IASFA e a DSADM, garantindo autonomia técnica; -Sugere-se um modelo híbrido com liberdade de escolha assistencial para o beneficiários;</p>

² Sigla para *Key Performance Indicator*, que traduzido para português significa - Indicador-Chave de Desempenho. São métricas utilizadas para medir o desempenho de uma organização, equipa, projeto ou atividade em relação aos objetivos estratégicos definidos.



			-Enfatiza-se a integração do ADM numa lógica de governação por resultados com transparência e articulação sistémica.
--	--	--	--

Quadro 63 - Análise de *Benchmarking* aos Regimes Jurídicos

	Situação atual no ADM	Boas práticas de outros SPS	Práticas a adotar no ADM
Regime Jurídico	<ul style="list-style-type: none"> -O Decreto-Lei n.º 167/2005 está desajustado às exigências atuais do ADM; -O IASFA reconhece falhas jurídicas críticas e necessidade de revisão legislativa urgente; -Destacam-se omissões como encargos sociais, cobertura familiar e missões no estrangeiro; -A relação desigual com o SSM, sem compensações, compromete a sustentabilidade; -Urge uma reforma legal que assegure clareza, equidade e viabilidade institucional. 	<ul style="list-style-type: none"> -A ADSE, como instituto público, beneficia de flexibilidade na gestão, supervisionada por órgão independente; contudo o seu RJ denota desgaste e como tal a necessitar também de revisão urgente; -O ISFAS adota um modelo híbrido com liberdade de escolha entre SNS e seguradoras operando com um RJ atualizado e articulação institucional eficaz. 	<ul style="list-style-type: none"> -Defende-se a revisão do Decreto-Lei n.º 167/2005 para clarificar responsabilidades e ressarcimentos; -Propõe-se equiparar o SSM ao SNS e incluir assistência concertada com seguradoras; -A reformulação deve ser técnica, participativa e inspirada em boas práticas.





Quadro 64 - Análise de *Benchmarking* ao CI

	Situação atual no ADM	Boas práticas de outros SPS	Práticas a adotar no ADM
Controlo Interno	<ul style="list-style-type: none"> -O CI do ADM é reativo, fragmentado e depende de controlo externo; -Falta uma unidade técnica interna para auditoria, compliance e gestão de risco (UCI); -A inexistência de articulação entre o controlo financeiro e o de gestão compromete a governação; -A ausência de plano sistemático fragiliza a deteção de riscos e falhas. 	<ul style="list-style-type: none"> -A ADSE possui auditoria interna com plano anual e atuação preventiva baseada no risco; -A ISFAS integra auditoria, gestão de risco e informação num modelo matricial ágil e contínuo; -Ambas adotam independência funcional, monitorização permanente e <i>accountability</i> institucional. 	<ul style="list-style-type: none"> -Criar uma UCI no ADM (DSADM) com independência técnica e funcional, ligada à supervisão estratégica do CD e do CSP; -Dotar a UCI com equipas especializadas, plano de auditoria baseado em risco e SI com <i>dashboards</i> e alertas; -Implementar canal de denúncias seguro, conforme diretivas da União Europeia, e garantir integração funcional transversal; -Regulamentar a UCI para assegurar transparência e promover uma cultura de integridade e responsabilização.



Apêndice F — Análise SWOT do modelo de governação do ADM

Quadro 65 - Matriz SWOT do modelo de governação do ADM

						Ambiente interno	
		Forças		Fraquezas			
		 S STRENGTHS FORÇAS	 W WEAKNESSES FRAQUEZAS	 O OPPORTUNITIES OPORTUNIDADES	 T THREATS AMEAÇAS	1. Consistência no cumprimento esforçado das metas de equilíbrio financeiro; 2. Elevada capacidade de resposta a beneficiários vulneráveis; 3. Estabilidade técnica nos cargos da DSADM. 4. Capacidade de promoção de medidas de conciliação vida pessoal/profissional e bem-estar organizacional; 5. Direção da DSADM motivada com <i>skills</i> em liderança e gestão; 6. Continuidade e estabilidade institucional; 7. Centralização num único organismo favorece gestão integrada; 8. Estrutura orgânica clara potencia a governação.	1. Desfasamento estrutural entre postos previstos e ocupados (>30% de vagas críticas); 2. Quadro orgânico de Pessoas envelhecido e desmotivado; 3. Ausência de especialistas em tecnologias de informação no IASFA, agravando a obsolescência do SIGADM; 4. Carência de perfis multidisciplinares, afetando planeamento e controlo interno; 5. Fragilidades na implementação de projetos de transformação tecnológica e de modernização administrativa; 6. Constrangimentos orçamentais; 7. Capacidades de auditoria e CI.
Ambiente Externo Oportunidades		1. Captação de financiamento supletivo para investimento; 2. Adoção de um novo modelo de governação; 3. Reforço da articulação com SPS congéneres; 4. Reforço da complementaridade com o SNS; 5. Transformação digital e modernização administrativa; 6. Adoção de práticas de governação de SPS congéneres; 7. Contratualização de apólices de seguros em opção; 8. Mobilização dos <i>stakeholders</i> externos com influência.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estabelecer convénios com seguradoras; ✓ Prever (na revisão do RJ) a introdução de um CSP com representação paritária; ✓ Integrar representantes dos beneficiários no CSP; ✓ Implementar novo SI interoperável e modular; ✓ Implementar um programa de formação contínua; ✓ Introduzir códigos de conduta e cartas de compromisso. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prever cláusula de responsabilidade orçamental da tutela; ✓ Redefinir relação com o SSM liquidando dívida acumulada; ✓ Promover a criação de uma UCI do ADM; ✓ Implementar um plano de auditorias semestrais à capacidade assistencial do ADM; ✓ Implementar um plano de capacitação e rejuvenescimento da DSADM. 			

Fonte: <https://fgvjr.com/blog/o-que-e-analise-swot-e-qual-a-sua-importancia>



Contributos para um novo modelo de governação do Subsistema Público de Saúde – Assistência na Doença aos Militares

Ameaças	<ol style="list-style-type: none">1. Regime jurídico desajustado ao contexto atual;2. Conjuntura económica e social adversa;3. Incremento da procura diversificada de cuidados de saúde;4. Assimetrias geográficas no acesso a cuidados de saúde;5. Crescente insatisfação nas expectativas dos beneficiários;6. Decréscimo do n.º de beneficiários afiliados;7. Ausência de participação dos beneficiários nas decisões.	<ul style="list-style-type: none">✓ Promover a revisão integral do RJ do ADM;✓ Potenciar sinergias com as redes dos SPS congéneres e com as redes das seguradoras;✓ Criar mecanismos de auscultação regular;✓ Produzir relatórios de governação acessíveis para os beneficiários.	<ul style="list-style-type: none">✓ Adotar um plano de gestão de talento;✓ Edificar um modelo de organização orientado por processos;✓ Avaliar eficiência administrativa por indicadores de desempenho;✓ Reforçar a análise geoestratégica de lacunas na rede de prestadores.
----------------	---	--	--



Apêndice G — Caracterização dos vetores de ação governativa

Os VAG constituem os pilares fundamentais na ação governativa de um SPS refletindo os princípios fundamentais e as prioridades de gestão e desenvolvimento do subsistema. Esses pilares no contexto em investigação, incluem:

- ◆ A **Transparência**: mediante a comunicação/divulgação das regras, planos, processos e ações. Entidades públicas, servidores públicos, gestores, dirigentes encontram-se numa relação fiduciária ou relação de confiança com as partes interessadas (*stakeholders*), e têm o dever de atuar de forma visível, previsível e de fácil entendimento/compreensão, isto é, de forma transparente, perante esses *stakeholders*.
- ◆ A **Responsabilização (*Accountability*)**, garantindo que os servidores do estado sejam responsáveis pelas suas ações e que haja regularização quando os deveres e os compromissos não são cumpridos. Os dirigentes são responsabilizados pela execução correta dos seus poderes através de mecanismos de responsabilização. A responsabilização é uma relação institucionalizada entre diferentes atores, desagregável em quatro fases: estabelecimento de normas, investigação, responsabilização e sanção (Ribeiro, 2024).
- ◆ A **Participação** das partes interessadas (*stakeholders*) enquanto entidades representantes dos beneficiários, na medida em que a governação envolve a tomada de decisões pelas diversas entidades envolvidas propondo e definindo a direção estratégica para o ADM, criando contextos, espaços e oportunidades para que todos (decisores, trabalhadores e beneficiários) vejam claramente e atuem conseqüentemente em função das finalidades, sentido e rumos comuns.
- ◆ A **Equidade**, significando que as necessidades dos beneficiários orientam a distribuição e a cobertura diferenciada de serviços de saúde e as oportunidades de ter saúde e bem-estar numa abrangência geográfica alargada [DGS], 2017, p. 22).
- ◆ A **Eficiência**, significando no contexto da governação que os processos e entidades/operadores produzem resultados que atendem às necessidades dos beneficiários, ao fazer o melhor uso dos recursos à sua disposição (Pereira, 2004, p. 25).
- ◆ A **Tecnologia**, habilitando o processo de tomada de decisão, apoiando os processos de governação, viabilizando a disseminação de informações para públicos diferenciados, aperfeiçoando a prestação de contas do desempenho, utilizando para troca de conhecimentos e o desenvolvimento da capacidade e não menos importante para administrar os recursos corretamente.
- ◆ A **Governação**, processo coletivo na tomada de decisões no sentido (Raposo, 2008):
 - De se estabelecerem uma direção e objetivos estratégicos;
 - De se definirem políticas, legislação, regras, regulamentos ou decisões, e captar e mobilizar recursos para se atingirem metas e objetivos estratégicos;
 - De se supervisionar e garantir que as metas e objetivos estratégicos sejam atingidos.