



RELATÓRIO FINAL

Comissão Técnica Independente

ULS Universitárias



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

Índice

0. Sumário Executivo	3
I. Introdução	5
II. Enquadramento Nacional	10
III. Enquadramento Internacional	22
IV. Recomendações	58
IV.1. Contexto e Enquadramento dos Centros Clínicos Universitários.....	59
IV.2. Linhas de Orientação Estratégica dos Centros Clínicos Universitários.....	64
IV.3. Governança e Gestão dos Centros Clínicos Universitários.....	67
IV.4. Recursos Humanos nos Centros Clínicos Universitários.....	80
IV.5. Financiamento dos Centros Clínicos Universitários.....	84
V. Considerações Finais	89
VI. Bibliografia e Leituras Recomendadas	94
VII. Anexos	97

0. Sumário Executivo

A transformação das Unidades Locais de Saúde de cariz universitário em **Centros Clínicos Universitários** representa uma iniciativa estratégica fundamental para a modernização e a consolidação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), alinhando-o com padrões internacionais de excelência. A adoção deste modelo integrado visa a convergência das dimensões assistencial e académica, promovendo um ecossistema sinérgico de cuidados de saúde, ensino médico, investigação clínica e inovação tecnológica.

O atual enquadramento estatutário das Unidades Locais de Saúde não contempla, de forma abrangente, a natureza complexa destas diferentes dimensões, o que resulta em limitações que comprometem o seu potencial. A ausência de um enquadramento jurídico específico das Unidades Locais de Saúde, e muito particularmente as de cariz universitário, compromete a captação de financiamento competitivo, a inserção em redes internacionais de investigação, o desenvolvimento de programas pedagógicos de vanguarda ou de projetos com um forte componente de inovação biomédica ou tecnológica. A criação de um regime jurídico autónomo e diferenciado é, portanto, imperativa para garantir uma estrutura de governação robusta e adaptável às necessidades contemporâneas do setor da saúde, sobretudo das suas componentes mais avançadas.

Neste contexto, os novos **Centros Clínicos Universitários** deverão consolidar a sua identidade institucional pelo fortalecimento de uma cultura de investigação translacional e de inovação tecnológica através de abordagens que facilitem a integração entre as diferentes especialidades de prática clínica e as áreas de conhecimento científico e tecnológico que as suportam.

A capacidade de gerar e transferir conhecimento nestes novos **Centros Clínicos Universitários** posicionará Portugal de forma competitiva no panorama global da medicina e das ciências da saúde, fomentando parcerias estratégicas com universidades, unidades de

investigação, indústrias farmacêutica e biotecnológica bem como com agências reguladoras e entidades financiadoras.

A incorporação de metodologias inovadoras, aliada a uma infraestrutura tecnológica avançada, permitirá a produção de conhecimento de elevado impacto e a formação de profissionais de saúde altamente qualificados. Esta articulação sinérgica e estratégica permitirá atrair recursos financeiros e capital humano altamente especializado, reforçando a reputação do País como polo de excelência em cuidados diferenciados de saúde e investigação biomédica.

A integração funcional entre a prestação de cuidados, a formação e a investigação constitui um vetor essencial para a inovação organizacional e clínica, facilitando a adoção de abordagens disruptivas na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças. A sinergia resultante desta abordagem holística proporcionará ganhos de eficiência operacional e promoverá um sistema de saúde mais responsivo e adaptado às necessidades da população, garantindo simultaneamente um acesso equitativo e sustentado aos cuidados de saúde.

O financiamento dos **Centros Clínicos Universitários** deve assentar em modelos sustentáveis e flexíveis, ajustados à complexidade e especificidade dos cuidados prestados. A definição dos critérios de financiamento deve considerar variáveis como a capitação ajustada ao perfil epidemiológico da população, o grau de diferenciação clínica e a incorporação de tecnologias inovadoras, explorando simultaneamente mecanismos de parcerias público-privadas e incentivos à investigação científica.

A avaliação contínua do desempenho dos **Centros Clínicos Universitários** será determinante para assegurar a eficácia na alocação de recursos e a transparência da sua gestão. A implementação de sistemas de monitorização baseados em indicadores de qualidade, eficiência e impacto assistencial permitirá a realização de auditorias regulares e a definição de estratégias de melhoria contínua.

Em síntese, a transição para **Centros Clínicos Universitários** constitui uma oportunidade ímpar para a reconfiguração do SNS, promovendo um modelo de saúde baseado no conhecimento, na inovação e na excelência assistencial. Esta evolução estrutural contribuirá para a qualificação dos recursos humanos, o avanço científico e tecnológico, e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados à população.

I. Introdução

O Decreto-Lei nº 102/2023, de 7 de novembro, estabeleceu uma profunda reestruturação das entidades públicas empresariais que integram o Serviço Nacional de Saúde através da sua transição para um modelo organizacional de Unidades Locais de Saúde tendo em vista promover uma reforma estrutural e sustentável adequada aos desafios atuais do sistema de saúde.¹

As instituições de saúde com componente clínica e académica de alta diferenciação, especialmente os hospitais universitários, desempenham um importante papel na formação de profissionais, na investigação, na produção científica e no desenvolvimento da prática clínica. Essas organizações são igualmente responsáveis pelo avanço científico, tecnológico e educativo, além da prestação de cuidados de saúde.

A reestruturação do SNS, integrando cuidados de saúde hospitalares e cuidados de saúde primários em Unidades Locais de Saúde, visou a integração de cuidados de saúde. No entanto, **a sua rápida implementação e a inexistência de análise prévia de impactos trouxeram desafios significativos**. A falta de consideração pelas especificidades clínicas, académicas e de investigação pode prejudicar a inovação, a formação e a excelência clínica dessas instituições.

Neste contexto, e tendo em conta o alcance da transformação em curso, administrativa e operacional, é necessário **refletir criticamente sobre qual a melhor estratégia para alinhar estas unidades com os objetivos globais do sistema**. Isso é especialmente relevante para as unidades que incluem hospitais universitários e têm relação próxima com as faculdades de

¹ <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>

medicina e os centros de investigação, visando garantir a sua sustentabilidade e excelência assistencial, no ensino, na investigação e na produção de conhecimento científico.

O sucesso desta reforma dependerá de abordagens que promovam a flexibilidade organizacional, a eficiência operacional e o reforço dos elos entre ensino, investigação e prestação de cuidados de saúde, com particular ênfase no modelo de governação. Adicionalmente, será crucial estabelecer mecanismos de monitorização e de avaliação contínua, que permitam ajustar as estratégias implementadas, assegurando que estas respondem às necessidades, em constante evolução da ciência, da prática clínica, do conhecimento e da inovação.

O sistema de saúde necessita de consolidar polos de elevada diferenciação que se constituam como referenciais estratégicos destinados a promover a diferenciação clínica e a inovação através de uma cultura científica robusta e de uma visão global integrada. Considerando que estas Unidades Locais de Saúde de cariz universitário são de elevada complexidade e diferenciação e ocupam um lugar de destaque no contexto do sistema de saúde, impõe-se um exercício de reflexão sobre a sua arquitetura funcional e o seu posicionamento estratégico com o objetivo de aprofundar e clarificar a relação entre as dimensões assistenciais, académicas e científicas, bem como sobre os modelos de governação conjunta e a concretização do respetivo potencial sinérgico de desenvolvimento.

A mudança para o modelo de Unidades Locais de Saúde sem a consideração destes elementos pode resultar numa perda de autonomia nas áreas de diferenciação, o que prejudicará a qualificação dessas instituições para atrair especialistas e liderar em áreas clínicas complexas.

A fragmentação dos vínculos institucionais, entre hospitais e universidades, compromete a formação e a qualificação dos futuros profissionais de saúde. A integração funcional e administrativa poderá, ainda, afetar negativamente o financiamento e o apoio organizacional necessários para suportar a investigação translacional e clínica de excelência.

Os centros de referência e as redes de referenciação são a base da equidade no acesso e da qualidade dos cuidados de saúde especializados. A reestruturação administrativa compromete

a divisão de responsabilidades entre as atuais Unidades Locais de Saúde e os centros de referência nacionais e internacionais. As Unidades Locais de Saúde poderão ver diminuída a sua capacidade estratégica tendo em vista o desenvolvimento das respostas de cuidados complexos que implicam diferenciação, competência clínica, concentração de experiência e de recursos no cenário europeu e global.

A implementação das Unidades Locais de Saúde pode gerar benefícios significativos em termos de eficiência e de integração de cuidados. No entanto, sem considerar as implicações para a diferenciação entre a atividade clínica, académica e de investigação, o sucesso desta transformação pode colocar Portugal em divergência com as melhores práticas internacionais. **A eficácia desta reforma depende, portanto, de um equilíbrio prudente entre a integração administrativa e a preservação da autonomia e da missão estratégica das entidades de referência do SNS.**

As melhores práticas internacionais enfatizam a relevância da cooperação estratégica entre instituições de elevada diferenciação clínica, as universidades e os centros de investigação. Os *Academic Medical Centre (AMC's)* e/ou *Academic Health Science Centers (AHSCs)*, implantados em países como o Reino Unido, Alemanha, Países Baixos e os Estados Unidos, têm obtido êxito na promoção de cuidados de saúde de excelência, enquanto incentivam a inovação, a produção científica, e a formação académica e profissional.

Ao invés de fomentar essas práticas, a concentração nas Unidades Locais de Saúde pode prejudicar a flexibilidade necessária para o estabelecimento de alianças estratégicas. A falta de uma visão integrada e de políticas claras para proteger a ligação entre os hospitais de

referência e as universidades prejudica décadas de progresso na integração de cuidados, de ensino e de investigação.^{2 3 4 5}

A missão destas novas entidades deverá ser realizada através de um modelo de desenvolvimento sustentável, em alinhamento com as melhores práticas nacionais e internacionais, possibilitando a maximização do seu impacto nos resultados em saúde, devendo, igualmente, contribuir para uma maior cooperação com as universidades, as faculdades de medicina e as escolas superiores de saúde. Deverão, ainda, potenciar a cooperação com os centros de investigação científica, contribuindo para o desenvolvimento do conhecimento, da sua translação para a medicina clínica e para a introdução adequada da inovação terapêutica.

A transformação administrativa em curso deverá, por estas razões, ser acompanhada por uma visão estratégica que preserve e aumente a sua cooperação com as instituições de ensino superior e os centros de investigação, assegurando um modelo de governação partilhado e capaz de integrar e envolver estruturas de liderança que contemplem as diferentes dimensões. Será igualmente, fundamental reconhecer a importância da sua dimensão e impacto regional, nacional e internacional e a relevância da sua integração em redes científicas cooperativas internacionais.

Neste enquadramento, determinou o governo nos termos do **Despacho nº 10677/2024** da senhora Ministra da Saúde a constituição de uma **Comissão Técnica Independente para as ULS Universitárias**.

² Dzau, V. J., Balatbat, C. A., & Ellaissi, W. F. (2021). Revisiting academic health sciences systems a decade later: discovery to health to population to society. *The Lancet*, 398(10318), 2300-2304.

³ Pellegrini Jr, V. D., Guzik, D. S., Wilson, D. E., & Evarts, C. M. (2019). Governance of academic health centers and systems: a conceptual framework for analysis. *Academic Medicine*, 94(1), 12-16.

⁴ Anderson, J. L., Mugavero, M. J., Ivankova, N. V., Reamey, R. A., Varley, A. L., Samuel, S. E., & Cherrington, A. L. (2022). Adapting an interdisciplinary learning health system framework for academic health centers: a scoping review. *Academic Medicine*, 97(10), 1564-1572.

⁵ Cossio-Gil, Y., Omara, M., Watson, C., Casey, J., Chakhunashvili, em voz alta A., Gutiérrez-San Miguel, M., ... & Stamm, T. (2022). The roadmap for implementing value-based healthcare in European university hospitals—consensus report and recommendations. *Value in Health*, 25(7), 1148-1156.

Os objetivos da CTI ULS visam caracterizar os desafios e as potencialidades, especialmente na sua interação com os Centros Académicos Clínicos e avaliar a sua desejável integração funcional com as instituições de ensino superior, de investigação e com outros agentes de saúde sempre com foco nos cuidados especializados e de proximidade, formular propostas para uma maior articulação entre as dimensões de ensino, formação e investigação garantindo a sua integração eficaz nas redes de referência do Serviço Nacional de Saúde.

No âmbito do seu trabalho, a CTI ULSU procurou identificar e adaptar as experiências e as metodologias de sucesso internacional ao contexto específico deste tipo de entidades, produzindo, sob a forma de um relatório, um **conjunto de propostas e de recomendações de caráter estratégico e operacional suscetíveis de responder aos desafios do presente e do futuro.**⁶

⁶ <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10677-2024-887428457>

II. Enquadramento Nacional

O reconhecimento do papel fundamental da Educação Médica e a necessidade de uma ligação mais estreita com as estruturas hospitalares de cuidados de saúde é uma condição indispensável para a qualidade e a segurança clínica. A relevância estratégica decorre, em grande medida, do modelo das Clínicas Universitárias germânicas que contribuíram para o desenvolvimento da Medicina, no século XIX, e do Relatório sobre a Educação Médica publicado, em 1910, por *Abraham Flexner*, nos Estados Unidos. Este documento constituiu-se num marco para a modernização do ensino médico e para o desenvolvimento das Instituições de Ensino e de Medicina Clínica com um significativo impacto na Europa e os Estados Unidos.^{7 8}

A década de 50 marcou o estabelecimento, nos Estados Unidos, de um modelo de organização que visou aproximar e unificar as tutelas académica e hospitalar. Estas novas Instituições foram designadas por *Academic Medical Centres (AMC's)*, os quais foram reproduzidos, na década de 80, na Holanda (agora Países Baixos e, posteriormente, já no século XXI, no Reino-Unido). Em termos gerais, trata-se de novas estruturas, sob tutela governamental dupla (Saúde e Educação), embora a administração e gestão fossem unificadas.⁹

A Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra faz parte da história da instituição desde a sua fundação, em 1290 tendo sido, até 1825, a única escola médica de Portugal. O ano de 1870 foi, na história dos Hospitais da Universidade de Coimbra, um marco de particular importância pois representou a data em que foi transferido para o edifício do antigo Colégio de S. Bento e o Hospital ficou finalmente instalado nos 3 edifícios (São Jerónimo, Colégio das Artes e Castelo) que utilizou até 1961, altura em que o Hospital do Castelo foi destruído para

⁷ Barzansky, B. (2010). Abraham Flexner and the era of medical education reform. *Academic Medicine*, 85(9), S19-S25.

⁸ Roberg, N. B. (1967). Medical reform in western Germany. *JAMA*, 200(7), 603-608.

⁹ Levinson, W., & Rubenstein, A. (2000). Integrating clinician-educators into academic medical centers: challenges and potential solutions. *Academic Medicine*, 75(9), 906-912.

construção da cidade universitária, continuando os H.U.C., a viver nos outros 2 edifícios até ao dia 6 de Março de 1987, data em que passou a ocupar um novo edifício feito expressamente para o efeito.

Em Portugal, a Reforma Universitária de 1911 criou as Faculdades de Medicina de Lisboa e Porto às quais foram atribuídos hospitais diferenciados, designados por universitários, sob a orientação da Universidade e com capacitação para estabelecer parcerias com outros hospitais para o ensino médico. As reformas da Assistência e do Ensino, durante o Estado Novo, levaram à integração administrativa dos Hospitais Universitários na órbita primeiro do Ministério do Interior e depois do Ministério das Corporações e Segurança Social. Esta intervenção legislativa retirou da Universidade a capacidade efetiva de intervir no planeamento e administração, o que contribuiu para os conflitos institucionais entre a Academia e a tutela da Saúde.^{10 11}

Em Portugal, ocorreram múltiplas alterações nas estruturas administrativas das instituições hospitalares dedicadas ao Ensino. Em 1979, essas organizações foram incorporadas ao SNS, sem haver uma regulamentação específica para a gestão participativa dos profissionais dedicados ao Ensino e à Medicina Clínica.

O Decreto-Lei n.º 312/84 teve como propósito superar algumas dificuldades e obstáculos, emergindo como uma legislação inovadora para a época. No seu preâmbulo, assinalava que a prestação de cuidados de saúde eficientes às populações impunha que a formação dos médicos fosse de alta qualidade, pelo que seria indispensável, nomeadamente, que as escolas de medicina dispusessem dos recursos adequados e imprescindíveis. Desses recursos destacava-se a existência de um corpo docente competente, com a devida dimensão e diversificação, e com o regime de trabalho exigível para o cabal cumprimento das múltiplas e complexas tarefas que lhe estariam cometidas. Reconheceu, nessa altura, o Governo que a formação dos médicos exigia cooperação entre os Ministérios da Educação e da Saúde, aos quais caberia uma responsabilidade conjunta.¹²

¹⁰ Gomes, J. F. (1990). A reforma universitária de 1911.

¹¹ Martins, E. C. (2009). A política portuguesa de educação e de assistência social no período do Estado Novo (1930-1974). *Série- Estudos-Periódico do Programa de Pós-Graduação em Educação da UCDB*.

¹² <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1984-139052236-139127622>

Decreto-Lei n.º 312/84, de 26 de setembro

O Decreto-Lei n.º 312/84 fixou que o ensino de algumas disciplinas, constantes dos planos de estudos aprovados para as faculdades de medicina e de ciências médicas, deveria ser ministrado em instituições hospitalares ou outros estabelecimentos de saúde, mediante protocolo de colaboração entre as faculdades e essas instituições ou estabelecimentos. Estes protocolos deveriam ser explícitos relativamente ao teor do ensino a ministrar nessas instituições ou estabelecimentos, com indicação dos departamentos ou serviços onde decorreria, clarificava o regime de relações entre a função docente e a assistencial bem como a composição e a competência de uma comissão mista permanente com a missão de assegurar a cooperação entre as instituições e o cumprimento dos protocolos estabelecidos.

Relativamente à repartição e à distribuição dos encargos financeiros, o mesmo decreto definia que as formas de recrutamento e os regimes de provimento dos docentes e do pessoal especialmente contratado das faculdades de medicina e de ciências médicas seriam os constantes do Estatuto da Carreira Docente Universitária e do Decreto-Lei n.º 316/83, de 2 de julho, sem prejuízo do disposto no Decreto-Lei n.º 312/84. Referia, igualmente, que para as disciplinas não previstas nos protocolos referidos no artigo 1.º do diploma, o recrutamento dos assistentes estagiários e dos assistentes que estivessem ao abrigo do disposto na alínea b) do n.º 1 do artigo 12.º do Estatuto da Carreira Docente Universitária dependeria da conclusão, com aproveitamento, do internato geral.¹³

Aos assistentes e assistentes estagiários seria assegurado o direito à frequência do internato complementar desde que, simultaneamente, os interessados tivessem obtido colocação em vaga do internato complementar a realizar em instituição ou estabelecimento hospitalar. O recrutamento de docentes e de pessoal especialmente contratado ficaria condicionado à aprovação nas provas de acesso ao internato complementar, no caso dos assistentes estagiários, à obtenção do grau de assistente hospitalar ou de assistente de saúde pública ou de clínica geral, no caso dos professores auxiliares, à obtenção do grau de chefe de serviço

¹³ <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/316-1983-453184>

hospitalar, de saúde pública ou de consultor de clínica geral, no caso dos professores associados e dos professores catedráticos.

A avaliação da capacidade científica prevista na alínea a) do n.º 1 do artigo 12.º do Estatuto da Carreira Docente Universitária, para efeitos de passagem a assistentes dos assistentes estagiários a que se refere a alínea a) do número anterior, seria substituída por avaliação, feita pelo professor responsável da disciplina, sobre a atividade do candidato no internato complementar, com base nas informações dadas pelos diretores dos serviços onde o internato tivesse decorrido.

O recrutamento dos assistentes ao abrigo do disposto na alínea b) do n.º 1 do artigo 12.º do Estatuto da Carreira Docente Universitária ficaria, igualmente, condicionada à aprovação nas provas de acesso ao internato complementar. Aos assistentes e assistentes estagiários referidos nos números anteriores seria garantido o direito à frequência do internato complementar, na área profissional correspondente ou afim, ainda que mediante a criação de vagas suplementares na instituição hospitalar ou no estabelecimento de saúde em que fosse ministrado o ensino da respetiva disciplina.

A rescisão do contrato como assistente ou assistente estagiário, nos termos da lei geral, implicaria a cessação automática do direito à frequência do internato complementar sempre que esse direito tenha sido assegurado através de vaga suplementar. O contrato caducaria obrigatoriamente no termo da sua duração ou de qualquer das suas prorrogações se, até lá, o interessado não fizesse prova de ter obtido o grau de assistente hospitalar, de saúde pública ou de clínica geral. Obtido o grau, o contrato passaria ao regime de prorrogação previsto nos números 2, 3 e 4 do artigo 26.º do Estatuto da Carreira Docente Universitária, sendo o interessado provido, nos termos da legislação vigente, como assistente da instituição ou estabelecimento em que fosse ministrado o ensino da respetiva disciplina, ainda que supranumerário, e, neste caso, em lugar a extinguir com a cessação do contrato de docente. Seria assegurado aos professores auxiliares, bem como aos professores associados e catedráticos das disciplinas previstas nos protocolos já referidos (Art.1.º, Decreto-Lei n.º 312/84), o direito ao provimento, como supranumerários, nas categorias e em lugares de

assistente hospitalar, de saúde pública ou de clínica geral e de chefe de serviço hospitalar, de saúde pública ou consultor de clínica geral, respetivamente, sempre que se verificasse a inexistência de vagas nos quadros das instituições hospitalares ou dos estabelecimentos de saúde em que os interessados desenvolvessem atividades de ensino.

Os docentes providos em lugares das instituições hospitalares ou dos estabelecimentos de saúde, ainda que na qualidade de supranumerários, ficariam obrigados à prestação das funções assistenciais próprias do respetivo cargo na instituição ou estabelecimento correspondente e ao exercício das funções previstas no Estatuto da Carreira Docente Universitária. Este diploma estabelecia a duração das horas de serviço, subsídios e participações respetivas da parte da Saúde como da Educação.

O pessoal das carreiras médicas contratado para o exercício de funções docentes ao abrigo do disposto nos números anteriores teria direito, para além das remunerações e acréscimos sobre o vencimento base que lhe coubessem na respetiva instituição hospitalar ou estabelecimento de saúde, a um suplemento de 30% do vencimento correspondente da categoria para que fosse contratado, a abonar pela faculdade, mesmo que se encontrasse em regime de dedicação exclusiva. Independentemente do disposto nos artigos anteriores, poderiam também ser contratados como assistentes convidados, em regime de tempo integral, os médicos que satisfizessem as condições previstas nos números 1 e 2 do artigo 16.º do Estatuto da Carreira Docente Universitária.

A direção dos serviços hospitalares referidos nos protocolos previstos no artigo 1.º caberia ao médico que, exercendo funções no respetivo serviço, possuísse o grau mais elevado da carreira hospitalar. Em caso de existir mais de um médico com o grau mais elevado da carreira hospitalar, preferiria aquele que cumulativamente detivesse a categoria mais elevada da carreira docente universitária.

Portaria n.º 1371/2009, de 27 de outubro

Em 2009, foi publicada uma Portaria conjunta dos Ministérios da Saúde e MCTES (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior) que aprovava o estabelecimento de um consórcio entre a Faculdade de Medicina de Lisboa, o Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Lisboa Norte e o Instituto de Medicina Molecular, tendo como objetivo a articulação destas instituições para iniciativas e políticas conjuntas, visando a qualificação do ensino, da investigação científica biomédica e sua translação para a prática clínica e promoção de cuidados de saúde de elevada diferenciação, eficácia e qualidade, e definindo quer a sua estrutura dirigente como a sua articulação com as instituições signatárias do Consórcio. Em 2015, foi criado o Centro Académico Clínico de Coimbra, um consórcio entre a Universidade de Coimbra e o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro

Em 2017, o Decreto-Lei n.º 18/2017 estabeleceu os princípios e as regras aplicáveis às unidades de saúde que integram o SNS com a natureza de entidade pública empresarial ou integradas no setor público administrativo, com as suas especificidades, aprovando os seus Estatutos.

Este Decreto-Lei aplicou-se às entidades integrantes do SNS afetas à rede de prestação de cuidados de saúde, considerando que a rede de prestação de cuidados de saúde abrangia os estabelecimentos do SNS, constituídos como hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde, bem como os estabelecimentos que prestavam cuidados aos utentes do SNS e outros serviços de saúde, nos termos de contratos celebrados em regime de parcerias público-privadas.¹⁴

No seu artigo 13.º, o Decreto-Lei n.º 18/2017 estabeleceu que as entidades nele referidas poderiam participar na criação de estruturas integradas de atividade assistencial, ensino e investigação médica, com instituições de ensino superior e de investigação, públicas ou

¹⁴ <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/18-2017-106434234>

privadas, sob a forma de consórcios ou de associações, tendo como principal objetivo o avanço e a aplicação do conhecimento e da evidência científica para a melhoria da saúde. Neste documento legal ficou estabelecido que estas estruturas adotariam a denominação de Centros Académicos Clínicos ou outra apropriada.

A criação sob a forma de consórcio seria objeto de aprovação por portaria conjunta dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e da ciência, tecnologia e ensino superior, ouvido o Conselho Nacional dos Centros Académicos Clínicos que foi criado por Resolução do Conselho de Ministros n.º 22/2016, de 11 de abril, com o objetivo de estimular e apoiar o desenvolvimento coordenado da atividade dos Centros Académicos Clínicos, potenciando a cooperação interinstitucional e criando uma rede onde a investigação, o conhecimento e a integração entre a componente assistencial e o ensino.

No Decreto-Lei n.º 18/2017, ficou igualmente consagrado o reconhecimento da figura dos Centros de Referência. As entidades referidas poderiam candidatar-se ao reconhecimento de um ou mais Centros de Referência, nos termos legalmente previstos. O reconhecimento como Centro de Referência seria formalizado por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, sob proposta da Comissão Nacional para os Centros de Referência.

Decreto-Lei n.º 61/2018, de 3 de agosto

A melhoria da qualidade dos cuidados de saúde através do apoio à investigação científica, nas suas vertentes clínica, de saúde pública e de administração de serviços de saúde, bem como o aperfeiçoamento da gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde, através da melhoria da articulação entre as funções assistenciais, de ensino, de formação pré e pós-graduada e de investigação em universidades, politécnicos e laboratórios do Estado foram apresentadas como prioridades pelo XXI Governo Constitucional.

Na sequência da avaliação conduzida pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) aos sistemas de formação superior, ciência, tecnologia e inovação em Portugal durante 2016 e 2017, foram reconhecidos os esforços em curso com a recomendação

para que Portugal continuasse a alargar e a melhorar a capacidade científica e tecnológica do país e a reforçar a capacidade de exploração do potencial social e económico que resulta da produção, difusão e transferência do conhecimento.¹⁵

Os Centros Académicos Clínicos constituíram-se como estruturas integradas de assistência, ensino e investigação clínica e de translação, tendo como principal objetivo o avanço e a aplicação do conhecimento e da evidência científica para a melhoria dos cuidados prestados à população. Foram criados oito Centros Académicos Clínicos, no período de 2009 a 2017, associando unidades orgânicas de instituições de ensino superior a unidades prestadoras de cuidados de saúde e a unidades de investigação.

O Decreto-Lei n.º 61/2018 definiu o quadro legal aprofundando a cooperação interinstitucional decorrente do regime jurídico das instituições de ensino superior, de modo a promover e a garantir a concretização progressiva do desenvolvimento, de forma integrada, das atividades assistencial, de ensino e de investigação clínica e de translação, aplicáveis a todos os Centros Académicos Clínicos. De modo a atingir estes objetivos, consagrou a possibilidade de os profissionais de saúde de unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas nestas instituições poderem dedicar até 30 % do período normal de trabalho semanal a atividades de investigação clínica, de translação e de ensino no âmbito do respetivo centro académico clínico. Essas atividades seriam ainda valorizadas para efeitos de procedimentos de recrutamento para postos de trabalho da correspondente carreira, categoria e grau. Seria, igualmente, valorizada a atividade assistencial dos profissionais de saúde no contexto das unidades de investigação que integrassem os Centros Académicos Clínicos e na progressão na carreira médica.

Com vista a garantir que estes centros implementariam as melhores práticas internacionais, foi criado um regime de avaliação plurianual dos Centros Académicos Clínicos, a ser efetuada por um grupo de peritos nacionais e internacionais. A avaliação deveria procurar garantir que as atividades dos Centros Académicos Clínicos se regiam pelos princípios gerais da atividade administrativa, em especial pelos princípios de desenvolvimento e valorização de capacidades,

¹⁵ <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/61-2018-115886131>

mérito e qualidade, imparcialidade, transparência e independência, tendo por objeto o resultado da atividade conjunta dos membros do centro académico clínico e não apenas a soma das suas partes.

Foi igualmente consagrada uma nova fase para o desenvolvimento do conceito de hospital universitário, inicialmente introduzido pelo Decreto-Lei n.º 206/2004, de 19 de agosto, mas que a prática e o tempo revelaram de difícil aplicação e sucesso, com o intuito de repensar os hospitais universitários e os hospitais com ensino universitário em Portugal, através da implementação de projetos-piloto de referência internacional que garantissem formas integradas e inovadoras das atividades assistencial, de ensino, e de investigação clínica e de translação.¹⁶

Por fim, foi determinada a criação da AICIB – Agência de Investigação Clínica e Inovação Biomédica, através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 27/2018, de 9 de março. Enquanto entidade que se pretendia transversal e eficaz no seu objetivo de apoio, financiamento e promoção da investigação clínica e de translação na área da saúde, bem como no âmbito da inovação biomédica.

O Decreto-Lei n.º 61/2018 consagrou o regime jurídico aplicável aos Centros Académicos Clínicos, criando condições para o desenvolvimento, de forma integrada, das atividades assistencial, de ensino e de investigação clínica e de translação, definindo, igualmente, o regime dos projetos-piloto de hospitais universitários tendo em vista a sua aplicação às unidades prestadoras de cuidados de saúde, às unidades orgânicas das instituições de ensino superior e às instituições de investigação e desenvolvimento.¹⁷

Os Centros Académicos Clínicos são estruturas integradas de atividade assistencial, ensino e investigação clínica e de translação, que associam unidades prestadoras de cuidados de saúde, instituições de ensino superior e/ou instituições de investigação públicas ou privadas, tendo como principais objetivos:

¹⁶ <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/206-2004-480522>

¹⁷ <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/61-2018-115886131>

- ▶ Avanço e aplicação do conhecimento e da evidência científica para a melhoria da saúde, com aproveitamento efetivo de sinergias nas várias áreas de atuação e potenciação da partilha de recursos humanos altamente qualificados e especializados, estimulando a racionalização e maximização da utilização dos recursos humanos, financeiros e tecnológicos postos à disposição dos seus membros;
- ▶ Introdução de programas inovadores e parcerias estratégicas que possibilitem avanços qualitativos nas atividades assistencial, de ensino e de investigação clínica e de translação e contribuam para a diversificação e alargamento das fontes de financiamentos dessas atividades;
- ▶ Promoção de uma cultura comum focada na excelência científica e clínica num contexto internacional, tanto ao nível dos recursos humanos quanto ao nível dos recursos materiais, assegurando a combinação da investigação básica, translacional e de serviços clínicos e a educação em saúde que são necessários para alcançar melhorias significativas dos cuidados de saúde;
- ▶ Estabelecimento do foco da atividade na promoção da qualidade dos cuidados de saúde prestados às populações com base numa resposta adequada às suas diferentes necessidades.

Para a prossecução dos objetivos referidos no número anterior, estas instituições atuam no sentido de promover:

- ▶ Modernização da educação em saúde, formação pré e pós-graduada, e da educação continuada;
- ▶ Educação e treino de futuros profissionais das instituições de saúde que integram os Centros Académicos Clínicos;
- ▶ Desenvolvimento de ações integradas que promovam cuidados de saúde de qualidade com base nas contribuições das ciências da saúde fundamentais e clínicas;
- ▶ Iniciativas para o desenvolvimento de cuidados integrados inovadores com base numa crescente articulação entre cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e paliativos, bem como o desenvolvimento de projetos colaborativos de investigação;

- ▶ Reforço da cooperação nacional e internacional, desenvolvendo ao máximo as oportunidades oferecidas pela participação dos seus membros em redes de investigação nacionais e internacionais.
- ▶ Os Centros Académicos Clínicos podem assumir a forma de consórcio ou de associação. A legislação em vigor para esse efeito está consignada no Decreto-Lei n.º 61/2018. Sobre o “acompanhamento”, o Decreto-Lei n.º 61/2018 estabelece ainda no artigo n.º 24 que o Conselho Nacional dos Centros Académicos Clínicos deverá promover e acompanhar as ações dos referidos Centros e apresentar aos membros do Governo responsáveis pelas áreas da ciência, tecnologia e ensino superior e da saúde um relatório anual com medidas que visem desenvolver, promover e valorizar os Centros Académicos Clínicos, assim como a sua distribuição no país e a sua valorização internacional.

Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro

O Decreto-Lei n.º 102/2023 estabeleceu uma ampla reestruturação do SNS em Portugal, com o objetivo de modernizar o sistema, reforçando a integração entre unidades de saúde e priorizando a prestação de cuidados de proximidade. O Decreto-Lei n.º 102/2023 procedeu à criação de Unidades Locais de Saúde, reforçando a integração de cuidados.¹⁸

As Unidades de Saúde do SNS, de acordo com o artigo 10.º do Estatuto do SNS incluem os agrupamentos de centros de saúde (ACES) e os hospitais, os centros hospitalares, os institutos portugueses de oncologia e as Unidades Locais de Saúde (ULS), integrados no setor empresarial do Estado ou no setor público administrativo, revestindo a natureza de entidades públicas empresariais ou a de institutos públicos de regime especial, respetivamente.

O Decreto-Lei n.º 102/2023 procedeu à criação de novas ULS, através da integração dos hospitais e centros hospitalares existentes com os ACES, adotando para isso o modelo de

¹⁸ <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>

organização e funcionamento em ULS, nos termos previstos no Estatuto do SNS. Esta alteração visou a prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares, o reforço dos cuidados primários na resposta de proximidade e continuidade na assistência em saúde e a aposta na promoção da saúde. Por exemplo, o Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães, E.P.E., integra o ACES do Alto Ave e o Centro de Saúde de Celorico de Basto, formando a ULS do Alto Ave, E.P.E. Esta integração visou simplificar processos e melhorar a coordenação entre cuidados primários e hospitalares. Os trabalhadores das entidades incorporadas transitaram para as novas ULS, mantendo integralmente o seu estatuto jurídico.

A criação das ULS representou um passo significativo na integração dos cuidados de saúde em Portugal. No entanto, a eficácia desta reestruturação dependerá da implementação prática e da capacidade das novas ULS em coordenar eficazmente os diferentes níveis de cuidados. A transição de pessoal, embora assegure a manutenção dos direitos dos trabalhadores, pode enfrentar desafios logísticos e de adaptação às novas estruturas organizacionais. Além disso, a centralização de serviços em ULS pode suscitar preocupações sobre a equidade no acesso aos cuidados de saúde, especialmente em regiões mais periféricas, sendo crucial que a implementação deste modelo seja acompanhada de mecanismos de monitorização e avaliação contínua, garantindo que os objetivos de melhoria na prestação de cuidados de saúde são efetivamente alcançados.

Os Centros Académicos Clínicos foram incorporados nas ULS sem que para o efeito tivessem sido ouvidos as estruturas académicas e as Universidades, como é claramente evidenciado no Preâmbulo do Decreto fundacional, que menciona apenas terem sido ouvidas a Associação Nacional de Municípios e a Associação Nacional das Juntas de Freguesias.

III. Enquadramento Internacional

Caracterização e Identificação de Práticas Internacionais

A partir de meados do século XX, particularmente na década de 1980, assistiu-se a um avanço significativo na criação de Centros Académicos de Medicina (*Academic Medical Centres*), primeiro nos Estados Unidos e, posteriormente, na Europa, com destaque para os Países Baixos. O *rationale* subjacente à introdução destes modelos institucionais foi o reconhecimento da necessidade de maior integração entre as Escolas Médicas e os Hospitais Universitários, com o objetivo de melhorar os sistemas de saúde, promover o conhecimento científico e fortalecer tanto a educação médica como a formação profissional. Além disso, os *Academic Medical Centres* foram projetados para assegurar a prestação de cuidados médicos de elevada qualidade e diferenciação, enquanto fomentam a investigação e a inovação terapêutica.^{19 20 21}

Os *Academic Medical Centres* atuam como ecossistemas colaborativos que congregam especialistas em saúde, cientistas e académicos, proporcionando uma plataforma para resolver os desafios contemporâneos em saúde. Por meio da integração de esforços no ensino, na prática clínica e na investigação, estas instituições têm impulsionado avanços significativos, incluindo o desenvolvimento de novas abordagens terapêuticas, a implementação de tecnologia médica de ponta e a formação de profissionais capazes de liderar mudanças nos sistemas de saúde a nível global.

¹⁹ Tess, A., Vidyarthi, A., Yang, J., & Myers, J. S. (2015). Bridging the gap: a framework and strategies for integrating the quality and safety mission of teaching hospitals and graduate medical education. *Academic Medicine*, 90(9), 1251-1257.

²⁰ Cooke, M., Irby, D. M., & O'Brien, B. C. (2010). *Educating physicians: a call for reform of medical school and residency* (Vol. 16). John Wiley & Sons.

²¹ Cooke, M., Irby, D. M., & O'Brien, B. C. (2010). *Educating physicians: a call for reform of medical school and residency* (Vol. 16). John Wiley & Sons.

Diferentes estudos mostram que a sinergia entre as atividades de ensino e de investigação beneficia não apenas a qualidade dos cuidados médicos prestados, mas também a capacidade de inovação das instituições.²² A criação dos *Academic Medical Centres* favoreceu uma transformação estrutural essencial para enfrentar os desafios do século XXI em saúde. Ao equilibrar o ensino de excelência, a investigação de ponta e os cuidados clínicos de qualidade, estas instituições contribuíram para moldar o futuro da medicina, promovendo tanto a saúde individual quanto coletiva. Nos Países Baixos, por exemplo, os *Academic Medical Centres* desempenharam um papel central na introdução de terapias inovadoras e na formação de especialistas em áreas de alta complexidade médica, servindo como modelo para outros países.^{23 24}

O relatório da OCDE publicado em 2023 reforça esta perspetiva identificando como desafio a definição sinérgica de diversos aspetos basilares, nomeadamente: benefícios dos *Academic Medical Centres*, métricas de controlo da qualidade, medição do impacto na interação com a comunidade, definição de modelos de liderança e de estratégias para a investigação e inovação em medicina clínica.²⁵

O novo conceito de saúde global e a necessidade de fomentar maiores sinergias no âmbito das profissões de saúde conduziram a associar a *Academic Medicine* ao conceito integrado de *Health Sciences Centres* (Centros Académicos de Medicina e de Ciências da Saúde), cuja missão central, em todos os contextos, abrangeria: a promoção da investigação e da inovação, a formação de profissionais de saúde e os cuidados assistenciais, de elevada qualidade e diferenciação, bem como a promoção da interação com os Cuidados de Saúde Primários para melhor corresponder às necessidades da comunidade.²⁶

²² Akl, E. A., Meerpohl, J. J., Raad, D., Piaggio, G., Mattioni, M., Paggi, M. G., ... & Schünemann, H. J. (2012). Effects of assessing the productivity of faculty in academic medical centres: a systematic review. *Cmaj*, 184(11), E602-E612.

²³ Berwick, D. M., & Finkelstein, J. A. (2010). Preparing medical students for the continual improvement of health and health care: Abraham Flexner and the new "public interest." *Academic Medicine*, 85(9), S56-S65.

²⁴ Dzau, V. J., Ackerly, D. C., Sutton-Wallace, P., Merson, M. H., Williams, R. S., Krishnan, K. R., ... & Califf, R. M. (2010). The role of academic health science systems in the transformation of medicine. *The Lancet*, 375(9718), 949-953.

²⁵ Indicators, O. E. C. D. (2023). Health at a Glance 2023.

²⁶ French, C. E., Ferlie, E., & Fulop, N. J. (2014). The international spread of Academic Health Science Centres: a scoping review and the case of policy transfer to England. *Health policy*, 117(3), 382-391.

Dada a sua complexidade e o impacto que podem e devem ter nos diferentes sistemas de saúde, a organização destes *Academic Medical Centres* tem sido alvo de análise e reflexão por parte de diferentes entidades, de que é exemplo a *European University Hospital Alliance* que reúne diversos hospitais universitários europeus de reconhecida qualidade e diferenciação:^{27 28}

- ▶ *Vall d'Hebron Barcelona Hospital Campus*, Barcelona.
- ▶ *Charité-Universitätsmedizin Berlin*, Berlim.
- ▶ *Assistance Publique - Hôpitaux de Paris*, Paris.
- ▶ *Erasmus Medical Center*, Roterdão.
- ▶ *Karolinska University Hospital*, Estocolmo.
- ▶ *Kings Health Partners*, Londres.
- ▶ *Ospedale San Raffaele*, Milão.
- ▶ *Universitätsklinikum AKH Wien*, Viena.
- ▶ *University Hospitals Leuven*, Lovaina.
- ▶ *Aarhus University Hospital*, Aarhus.

Referenciais e Modelos Internacionais

Em Portugal, os Centros Académicos de Medicina com a designação de Centros Académicos Clínicos (Decreto-Lei n.º 61/2018) procuram integrar na sua missão um equilíbrio entre as componentes assistencial, de inovação, e de educação médica e as profissões de saúde com apreciável variabilidade, nomeadamente, na estrutura organizativa dos seus serviços de saúde. Em Portugal, existem 12 Centros Académicos Clínicos (10 públicos e 2 privados), o que perfaz um *ratio* por 10 milhões de habitantes de 11,4, acima da média europeia estudada, embora inferior à média da Letónia e da Espanha (15,9 e 21,8, respetivamente).

Diferentes países europeus (Chipre, Dinamarca, Alemanha, Letónia, Holanda, Polónia e Espanha) incorporam uma forte componente de participação dos Centros Académicos Clínicos em políticas de saúde ligadas aos cuidados de saúde primários, à promoção da saúde e à

²⁷ Council, N. R. (2004). Academic health centers: leading change in the 21st century. *Washington, DC*.

²⁸ <https://www.euhalliance.eu/>

prevenção da doença. Na Holanda, Alemanha e Polónia, os *Academic Medical Centers* têm-se destacado pelo envolvimento e pela coordenação de diversos programas de Promoção da Saúde e de Saúde Pública.²⁹

Os *Academic Medical Centers* (Centros Académicos de Medicina) têm vindo a consolidar um novo paradigma de organização fundamental para fomentar o progresso e o desenvolvimento dos sistemas de saúde, promover o conhecimento pela investigação, a educação médica e o ensino e formação profissional, pós-graduada e avançada, das profissões de saúde. Na experiência europeia mais próxima, têm sido identificados os seguintes desafios:

- ▶ Incremento do conhecimento biomédico e da Medicina Clínica.
- ▶ Limitação dos recursos humanos (médicos e enfermeiros e outros técnicos de saúde).
- ▶ Custos elevados das novas tecnologias aplicadas à Medicina.
- ▶ Transição demográfica com novas e maiores necessidades de saúde das populações.

Numa análise em 8 países europeus com apreciável diversidade organizacional, cultural e de desenvolvimento, foi feito um estudo baseado em 3 dimensões fundamentais (Tabela 1): organização clínica (*clinical enterprise*), integração das organizações académica e clínica, posição liderante do *Dean*, Presidente, *Chief Medical Officer* (participação nos conselhos diretivos da instituição académica e clínica) e nos seguintes modelos de organização: governação autónoma e entidades legais separadas para os setores hospitalar e académico, integração funcional vs. integração institucional e Parcerias (*Partnerships*).³⁰

²⁹ Cardinaal, E., Dubas-Jakóbczyk, K., Behmane, D., Bryndová, L., Cascini, F., Duighuisen, H., ... & Jeurissen, P. (2022). Governance of academic medical centres in changing healthcare systems: An international comparison. *Health policy*, 126(7), 613-618.

³⁰ Cardinaal, E. M., Duighuisen, H. N., Jeurissen, P. P., & Berden, H. (2023). Inventory and analysis of literature on the organisation of eight European academic medical centres - A scoping review. *Plos one*, 18(3), e0282856.

Modelos de Governação dos Academic Medical Centers ³¹

Table 1. Overview of the governance and organisation of AMCs per country.

	Czechia	Germany	Latvia	Netherlands	Poland	Spain	Sweden	United Kingdom
Relation medical school—AMC:								
Hospital is related to one medical school	X	X		X	X	N/A	X	N/A
Hospital is related to more than one medical school	X		X			N/A		N/A
Medical school owns hospital					X			
Governing body:								
One governing body for academic and clinical part		X (integration model)		X	N/A			X (joint leadership + management model) ^a
Separate governing bodies for medical school and AMC	X	X (cooperation model)	X		N/A	X	X	X (joint partnership model)
Medical dean part of clinical governing body		X		X			X	X (joint leadership and management model)
Legal structure:								
One legal entity for academic and clinical part		X (integration model)		X ^b				
Separate legal entities for academic and clinical part	X	X (cooperation model)	X	X	X	X	X	X
Public ownership ^c	X (central)	X ^d (regional)	X (central)	X ^e (central)	X ^f (central)	X ^d (regional)	X (regional)	X (central)
Private ownership ^c		X		X ^e		X		

N/A: not available

^aNot used anymore

^b'Special' UMCs

^cNo remark meaning equal ownership for hospital and medical faculty (university)

^dMost common form of ownership

^eHospital and medical school have different legal entities (hospitals private, university 6/8 public 2/8 private)

^fUniversity hospitals of medical universities^f

Tabela 1 - Modelos de Governação dos Academic Medical Centers. Adaptado de *Inventory and analysis of literature on the organisation of eight European academic medical centres - A scoping review*.

Governança

INTEGRAÇÃO FUNCIONAL E COOPERATIVA:

A estrutura de governação é caracterizada pela convergência em torno de programas e objetivos comuns, persistindo, no entanto, a autonomia da estrutura organizacional própria das instituições com separação legal do setor da saúde (Hospital Universitário) e da Escola Médica (investigação e educação). O modelo alemão predominante é baseado na convergência para programas e objetivos comuns, mantendo a estrutura organizacional própria de cada uma das instituições. ³²

³¹ Cardinaal, E. M., Duighuisen, H. N., Jeurissen, P. P., & Berden, H. (2023)

³² Burns, L. R., & Muller, R. W. (2008). Hospital-physician collaboration: landscape of economic integration and impact on clinical integration. *The Milbank Quarterly*, 86(3), 375-434.

INTEGRAÇÃO INSTITUCIONAL:

A estrutura de governação é caracterizada pela existência de uma entidade legal única e comum com governação integrada, suportada por um conselho diretivo comum, um financiamento participado pelo Ministério da Saúde e/ou por seguradoras para os Cuidados de Saúde e pela Universidade para a Educação e Investigação, bem como por uma missão comum de formação e treino pré e pós-graduado. São disso exemplos o modelo neerlandês e, parcialmente, o *Imperial College Academic Health Sciences Centre*.³³

Em ambos os modelos existem características similares: um conselho diretivo comum e um modelo de financiamento público, participado pela área setorial da saúde e privado com base em seguradoras para os Cuidados de Saúde e pela Universidade para a Educação e a Investigação, com os hospitais organizados em *NHS Foundation Trusts*, mantendo autonomia (*sovereign institutions*), embora convergindo para programas comuns.

O modelo de parceria prevê a manutenção da independência e da autonomia das instituições hospitalares em colaboração com as escolas médicas. É disto exemplo *Cambridge*: situação especial de parceria centrada no *Aldenbrook University Hospital* e os casos da República Checa, Letónia e Polónia, em que os hospitais são propriedade das escolas médicas, e a Suécia com sete hospitais universitários, altamente diferenciados, em parceria com universidades públicas para a investigação e a educação pré-graduada.

Embora não se identifique um modelo uniforme e único para os *Academic Medical Centers*, podem ser referidas como características comuns a missão tripartida: educar, cuidar e investigar (Relatório *Flexner*), a ligação a Hospital Universitário (elevada diferenciação e centro de referência), a existência de redes de cooperação com as instituições de Cuidados de Saúde Primários. bem como o relevante papel do *Dean*, do Presidente e do *Chief Medical Officer* num contexto de dupla participação nos Conselhos Diretivos dos Hospitais e das Faculdades.

³³ Ovseiko, P. V., Davies, S. M., & Buchan, A. M. (2010). Organizational models of emerging academic health science centers in England. *Academic Medicine*, 85(8), 1282-1289.

³⁴ Na Tabela 2, encontraremos referência às características dos diferentes modelos de parceria, por país.

Características dos Academic Medical Centers ³⁵

Table 2. AMC characteristics per country.

Country	Number of AMCs	AMC per 10 million inhabitants	Local name for AMC	English/literature name for AMC	Tripartite mission		Additional missions
					Simple ^a	Highly complex ^b	
Czechia	10	9.3	Fakultní Nemocnice	University hospital, teaching hospital	X [31]	X [31, 32]	
Germany	34	4.1	Universitätsklinikum	University hospital		X [33, 34]	Innovation [33]
Latvia	3	15.9	Universitātes slimnīca	University hospital		X [35]	Public health [35], innovation [36, 37]
Netherlands	7	4.1	Universitair Medisch Centrum	University Medical Centre		X [38]	Public health, innovation [38]
Poland	N/A	N/A	Szpital Kliniczny	University hospital	X [39, 40]		
Spain	102	21.8	Hospital universitarioc	University hospital	X [41]	X [42]	
Sweden	7	6.9	Universitetssjukhuset	University hospital		X [43–45]	Innovation [46]
United Kingdom	8	1.2	Academic Health Science Centre	Academic Health Science Centre		X [47]	Innovation [48], wealth creation [47]

^aSimple refers to simple patientcare, research and undergraduate medical education
^bHighly complex refers to highly complex patientcare, translational research and under- and postgraduate medical education
^cUniversity- associated hospitals not included

Tabela 2 - Características dos Academic Medical Centers. Adaptado de *Inventory and analysis of literature on the organisation of eight European academic medical centres - A scoping review*.

ACADEMIC MEDICAL CENTRES NA EUROPA: MODELOS, ESTRUTURAS E IMPACTOS

Os *Academic Medical Centers* são instituições de excelência que integram cuidados de saúde, ensino, formação e investigação clínica. Este capítulo visa analisar os principais *Academic Medical Centers* na Europa, comparando-os em termos de modelo de governação, financiamento, estrutura organizacional, relações entre assistência e formação, além dos seus resultados em saúde. ³⁶

³⁴ Herrin, D., Hathaway, D., Jacob, S., McKeon, L., Norris, T., Spears, P., & Stegbauer, C. (2006). A model academic-practice partnership. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 36(12), 547-550.
³⁵ Cardinaal, E. M., Duighuisen, H. N., Jeurissen, P. P., & Berden, H. (2023)
³⁶ Nong, P., Hamasha, R., & Platt, J. (2024). Equity and AI Governance at Academic Medical Centers. *American Journal of Managed Care*, 30.

Modelos de Governação

Os *Academic Medical Centers* europeus desempenham um papel de grande relevância na interseção entre assistência, ensino e investigação. A diversidade política, económica e cultural dos países europeus reflete-se nos diferentes modelos de governação adotados por estas instituições. Os modelos de organização variam em função de objetivos políticos, históricos e sociais, podendo ser agrupados em três categorias principais: governação pública, parcerias público-privadas e modelos autónomos. Cada um destes modelos apresenta vantagens e desafios únicos que influenciam a forma como os *Academic Medical Centers* cumprem as suas funções.³⁷

GOVERNAÇÃO PÚBLICA

A governação pública é predominante nos países escandinavos como a Suécia, a Noruega e a Dinamarca, onde a ética de igualdade social e o acesso universal à saúde estão profundamente enraizados. Os *Academic Medical Centers*, nesses países, são geralmente financiados e geridos por órgãos públicos, com uma forte integração entre os setores da saúde e da educação. A Suécia, por exemplo, adota um modelo centralizado para garantir a igualdade de acesso aos serviços, em todas as regiões, utilizando recursos públicos para fomentar a inovação e a qualidade.^{38 39}

As principais vantagens deste modelo incluem:

- ▶ Acessibilidade: foco na equidade social e no acesso universal aos serviços.
- ▶ Integração: forte colaboração entre universidades e hospitais públicos.
- ▶ Sustentabilidade: financiamento público reduz as pressões do mercado privado.

Os principais desafios são os seguintes:

- ▶ Burocracia: a tomada de decisões pode ser lenta devido à centralização.
- ▶ Recursos limitados: a dependência exclusiva de fundos públicos pode restringir o investimento.

³⁷ Pellegrini Jr, V. D., Guzik, D. S., Wilson, D. E., & Evarts, C. M. (2019). Governance of academic health centers and systems: a conceptual framework for analysis. *Academic Medicine*, 94(1), 12-16.

³⁸ Nordgren, L. (2011). Healthcare matching: Conditions for developing a new service system. *International Journal of Quality and Service Sciences*, 3(3), 304-318.

³⁹ Chari, R., O'Hanlon, C., Chen, P., Leuschner, K., & Nelson, C. (2018). Governing academic medical center systems: Evaluating and choosing among alternative governance approaches. *Academic Medicine*, 93(2), 192-198.

Em países como o Reino Unido e os Países Baixos, as parcerias público-privadas têm emergido como um modelo eficaz para equilibrar recursos públicos e privados. No Reino Unido, os *NHS Foundation Trusts* exemplificam um sistema descentralizado, no qual as unidades hospitalares possuem maior autonomia para gerir recursos e tomar decisões financeiras.^{40 41}

Essas parcerias permitem:

- ▶ Eficiência operacional: melhoria na gestão dos recursos através da participação privada.
- ▶ Flexibilidade: possibilidade de atrair financiamento privado para inovação e expansão.
- ▶ Competitividade: promoção da inovação e do *benchmarking* entre instituições.

Entretanto, também enfrentam desafios como:

- ▶ Equidade: risco de que o foco na sustentabilidade financeira comprometa a acessibilidade.
- ▶ Transparência: difícil equilíbrio entre os interesses públicos e privados.

MODELOS AUTÓNOMOS

O modelo exemplificado pelo *Charité-Universitätsmedizin Berlin*, na Alemanha, é caracterizado pela sua elevada autonomia administrativa e académica, ainda que dentro de regulamentações governamentais. Este tipo de *Academic Medical Centers* tem liberdade para decidir sobre orçamentos, contratações e investigação, permitindo uma abordagem ágil e inovadora.

As vantagens incluem:

- ▶ Inovação: liberdade para estabelecer prioridades estratégicas.
- ▶ Eficiência: agilidade na tomada de decisões administrativas e financeiras.
- ▶ Competitividade: possibilidade de atrair talentos e investimentos internacionais.

⁴⁰ Allen, P., Wright, J., Keen, J., Dempster, P. G., Hutchings, A., Townsend, J., ... & Verzulli, R. (2011). Investigating the governance of NHS Foundation Trusts. *Final report to the NIHR SDO programme, NIHR, Southampton*.

⁴¹ Valletta, R. M., & Harkness, A. (2013). 5 strategies for improving performance of academic medical centers: academic medical centers should research and embrace new approaches to financing, operations, and governance to become more cost-efficient and profitable in an era of reform. *Healthcare Financial Management*, 67(6), 124-129.

Os desafios são:

- ▶ Desigualdade regional: diferentes capacidades financeiras entre regiões podem acentuar desigualdades.
- ▶ Dependência externa: devido à necessidade de garantir recursos externos para sustentar operações.

Uma análise comparativa entre três países destaca as diferentes abordagens:

- ▶ **Reino Unido** (*NHS Foundation Trusts*): A descentralização oferece maior flexibilidade e eficiência financeira, mas pode comprometer a uniformidade no acesso aos serviços. Os trusts têm autonomia para gerir os seus orçamentos, promovendo a inovação, embora enfrentem pressões de sustentabilidade.⁴²
- ▶ **Alemanha** O modelo descentralizado reflete a estrutura federal do país, com administrações regionais desempenhando um papel significativo. Instituições como o *Charité* exemplificam o equilíbrio entre autonomia e regulação.⁴³
- ▶ **Suécia** O sistema centralizado assegura equidade, mas a falta de autonomia administrativa pode limitar a eficiência operacional. O financiamento público reduz o impacto das flutuações económicas, mas restringe a capacidade de resposta às demandas locais.⁴⁴

Os *Academic Medical Centers* apresentam diferentes níveis de integração estrutural entre universidades e hospitais desde os modelos integrados - hospitais universitários que operam como parte integral das universidades (Ex: *Charité* - Alemanha) - aos modelos de colaboração - Universidades independentes que possuem acordos com hospitais afiliados (Ex: *Imperial College Healthcare*, Reino Unido). No Reino Unido, o sistema caracteriza-se por ser multidisciplinar, altamente coordenado, enquanto nos países escandinavos se destacam as

⁴² Dixon, A., Storey, J., & Rosete, A. A. (2010). Accountability of foundation trusts in the English NHS: views of directors and governors. *Journal of Health Services Research & Policy*, 15(2), 82-89.

⁴³ Universitätsklinikum, C. (2012). *Charité Berlin World Health Summit: research for health and sustainable development*. Berlin, October 2012.

⁴⁴ Ahgren, B., & Axelsson, R. (2011). A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000–2010. *International journal of integrated care*, 11(Special 10th Anniversary Edition).

infraestruturas modernas integradas com tecnologias digitais e em Itália sobressaem os desafios estruturais relacionados com a fragmentação regional.

A integração entre assistência, ensino e investigação é um elemento central para os *Academic Medical Centers*, tendo sido identificadas múltiplas abordagens: educação baseada em competências, implementada no Reino Unido e na Holanda, com foco no ensino prático e interdisciplinar; o foco na investigação translacional, prática comum em instituições como o *Karolinska Institutet*, na Suécia; o ensino médico fortemente baseado em investigação em França; ou os sistemas altamente inovadores suportados em colaborações internacionais, como é o caso dos Países Baixos.⁴⁵

O financiamento dos *Academic Medical Centers* também varia significativamente, influenciando a capacidade dessas instituições em cumprir os seus objetivos académicos e clínicos.⁴⁶

- ▶ Financiamento público: dominante em países como a Dinamarca e a Noruega, onde o Estado cobre integralmente os custos operacionais.
- ▶ Modelos híbridos: predominante em países como a França e os Países Baixos, combinando financiamento público com receitas próprias.
- ▶ Dependência de investigação e inovação: em instituições como o *Karolinska Institutet*, na Suécia, a investigação representa uma fonte significativa de financiamento.

Na Alemanha as tarifas hospitalares e os fundos universitários são as principais fontes, em França o financiamento é baseado na atividade e associado à investigação académica, enquanto no Reino Unido coexiste um modelo misto de financiamento público e de contribuições privadas. Os *Academic Medical Centers* são avaliados com base em indicadores como qualidade assistencial, impacto científico, investigação translacional, eficiência financeira e capacidade de atrair financiamento externo e inovação na área de saúde.

⁴⁵ Ten Cate, O. (2007). Medical education in the Netherlands. *Medical teacher*, 29(8), 752-757.

⁴⁶ Valletta, R. M., & Harkness, A. (2013). 5 strategies for improving performance of academic medical centers: academic medical centers should research and embrace new approaches to financing, operations, and governance to become more cost-efficient and profitable in an era of reform. *Healthcare Financial Management*, 67(6), 124-129.

Uma análise sumária da realidade dos *Academic Medical Centers* em diferentes países europeus revelou os seguintes aspetos mais relevantes:

Reino Unido

No Reino Unido, com uma população de cerca de 60 milhões de habitantes, existem oito Centros Académicos de Medicina, o que equivale aproximadamente a um centro por cada 7,5 milhões de pessoas. Estes centros apresentam constituições e tipologias distintas, mas são todos de natureza pública. Os hospitais estão organizados em *NHS Trusts* ou *Foundation Trusts*, sendo que cada um destes centros possui uma carga populacional atribuída (cerca de 7 milhões de pessoas por centro académico), colaborando estreitamente com os cuidados de saúde de proximidade e assumindo responsabilidades suprarregionais.

O financiamento destas instituições é regido pelo princípio "*money follows patient*". Embora sejam autónomas, estas entidades encontram-se sob o enquadramento das escolas médicas, possuindo personalidade jurídica própria e convergindo em projetos estratégicos de interesse comum. A avaliação destas instituições é realizada com base em critérios rigorosos definidos por duas estruturas oficiais: o *Monitor*, responsável pela apreciação da qualidade e da performance clínica, dependente do *NHS Improvement* e integrado no *NHS England*, e o *Monitoring Research Quality in NHS England*, encarregado da avaliação da qualidade científica.

Imperial College

O Imperial College Healthcare NHS Trust é composto por cinco hospitais de referência em Londres: Charing Cross Hospital, Hammersmith Hospital, Queen Charlotte's & Chelsea Hospital, St Mary's Hospital e Western Eye Hospital. Este centro resulta da fusão de 4 escolas médicas, 5 hospitais universitários e 3 institutos de investigação, organizados em 52 departamentos, distribuídos por 8 divisões académicas, cada uma liderada por um diretor (chair) e 43 especialidades clínicas agrupadas em 7 programas clínicos.

Imperial College Academic Health Science Centre (AHSC)

O *Imperial College AHSC* resulta de uma parceria estratégica entre o *Imperial College London* e o *Imperial College Healthcare NHS Trust*, integrando assistência médica, ensino e investigação científica. O principal objetivo do *AHSC* é melhorar a saúde e o bem-estar da população por meio de inovação científica, cuidados de saúde de excelência, ensino de alta qualidade e formação de futuros profissionais. A missão do *AHSC* inclui:

- ▶ Melhorar a saúde global, enfrentando os desafios de saúde pública e saúde individual.
- ▶ Desenvolver tratamentos personalizados e baseados em evidência científica.
- ▶ Integrar cuidados clínicos, ensino e investigação, promovendo um ambiente colaborativo.
- ▶ Fomentar a inovação sustentável e contribuir para um sistema de saúde mais eficiente, utilizando tecnologias avançadas e soluções digitais.
- ▶ Estabelecer liderança global em investigação biomédica e ciências da saúde.

MODELO DE GOVERNAÇÃO

O modelo de governação do *AHSC* assenta em três níveis principais:

- ▶ Estratégico: Liderado por um conselho presidido por uma personalidade académica (*Dean* ou *CEO*) que define estratégias gerais, alocação de recursos e supervisão de resultados.
- ▶ Executivo: Inclui representantes das instituições parceiras (diretores clínicos, de operações e de investigação), formando um conselho com cerca de 15 membros que se reúne mensalmente com poder decisório.
- ▶ Operacional: Focado na gestão de processos, com lideranças conjuntas e redução de redundâncias clínicas e académicas.

Existe uma forte integração entre as áreas clínica, académica e de investigação, com modelos de contratação flexíveis que combinam posições exclusivamente clínicas, financiadas pelo *NHS*, e posições académicas que integram ensino, investigação e prática clínica. Estas posições são submetidas a períodos probatórios e a avaliações periódicas para assegurar a qualidade.

PROGRAMAS DE COOPERAÇÃO

O AHSC promove programas inovadores que consolidam a colaboração entre hospitais e escolas médicas, incluindo:

- ▶ *Clinical Academic Training Program*: formação transversal em investigação para profissionais de diferentes níveis, desde juniores a consultores.
- ▶ Programas Digitais: integração dos níveis de cuidados e investigação baseada em registos médicos eletrónicos.
- ▶ Parcerias em Investigação: utilização de dados anonimizados de pacientes para promover avanços científicos.

FINANCIAMENTO

O financiamento do AHSC provém de múltiplas fontes:

- ▶ Orçamento público: Recursos do *NHS England*.
- ▶ Subvenções para investigação: Financiamento de organismos como o *NIHR*, *UKRI*, União Europeia e instituições filantrópicas.
- ▶ Receitas hospitalares: Geradas por serviços especializados e pacientes internacionais.
- ▶ Parcerias com a indústria: Colaboração com empresas farmacêuticas e de tecnologia médica.
- ▶ Doações e filantropia: Apoio de doadores individuais e campanhas específicas.

A gestão orçamental é centralizada e orientada para investimentos estratégicos que promovam inovação e impacto.

ENSINO, FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

O AHSC desempenha um papel essencial na formação de milhares de estudantes de medicina, enfermagem e ciências da saúde, integrando a teoria e a prática clínica em programas de graduação e pós-graduação. Além disso, promove residências, especializações e educação contínua para profissionais de saúde. Na área de investigação, o AHSC lidera projetos colaborativos em áreas como a medicina de precisão, as terapias genéticas e a saúde digital, contribuindo para transformar descobertas laboratoriais em práticas clínicas inovadoras.

IMPACTO GLOBAL

O *Imperial College AHSC* é reconhecido como um modelo exemplar de integração entre universidade e hospitais. A sua abordagem colaborativa, financiamento robusto e sinergia entre ensino, prática clínica e investigação consolidam a sua posição como líder mundial em saúde académica, com um impacto significativo na melhoria da saúde global.

Cambridge

O modelo adotado em *Cambridge*, representado pelo consórcio *CUHealth Partners*, destaca-se pela colaboração institucional entre hospitais, centros de investigação e a universidade. Este consórcio é liderado por um Conselho Diretivo composto por representantes de diferentes setores, incluindo:

- ▶ 3 unidades institucionais hospitalares e de investigação.
- ▶ 6 representantes da Universidade, dos quais 3 ocupam posições clínicas de liderança sob a forma de nomeações honorárias (*honorary appointments*).
- ▶ 6 representantes do setor clínico.
- ▶ Um *Chief Academic Officer*, nomeado pela Universidade, posição tradicionalmente ocupada pelo *Regius Professor of Physic*.

Este modelo favorece uma abordagem em rede (*network*) em detrimento de uma organização centralizada, promovendo colaboração interinstitucional. Contudo, a ausência de uma estrutura centralizada não elimina os desafios, persistindo tensões entre as estruturas dominantes do sistema de saúde, resultando numa influência limitada da academia na governação e administração desses serviços.

Um outro fator crítico é a existência de dependências desiguais entre os setores da saúde e da academia, que estão subordinados a diferentes departamentos governamentais. Esta divisão de responsabilidades reflete-se nas dificuldades em alinhar as prioridades de ambas as áreas. Além da sua atuação local, *Cambridge* mantém parcerias com outros *Academic Medical Centers* de renome, como *Manchester*, *Liverpool*, *St. Thomas and Guy's*, e *King's College*, reforçando a sua influência e colaboração no campo da saúde académica.

King's Health Partners (KHP)

O *King's Health Partners (KHP)* é um *Academic Health Sciences Centre (AHSC)* de destaque em Londres, estabelecido em 2009 como uma parceria inovadora entre três importantes fundações hospitalares do *National Health Service (NHS)* e o *King's College London*. Este modelo integra cuidados de saúde, investigação científica e ensino de excelência, reunindo quatro instituições principais:

- ▶ Hospitais do NHS: Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust e Evelina London Children's Hospital;
- ▶ *King's College London*: a base académica da parceria, responsável por liderar o ensino e a investigação.

O *KHP* é reconhecido pela especialização em cuidados terciários, pediatria, oncologia e transplantes, como um centro de referência. A organização do *KHP* é estruturada em Institutos, que abrangem áreas estratégicas como: a oncologia (*Cancer Centre*), as doenças cardiovasculares, as neurociências, a saúde mental e a saúde da mulher e da criança. O *KHP* conta com mais de 45 mil profissionais de saúde, incluindo investigadores e educadores, sendo apoiado por infraestruturas hospitalares e académicas que garantem a integração e a excelência operacional.

O modelo de governação do *KHP* é baseado numa colaboração integrada, com um conselho de governação composto por líderes das fundações hospitalares e do *King's College London*, que define a estratégia global, assegura a implementação dos objetivos e supervisiona a alocação de recursos. O desempenho do *KHP* é monitorizado com base em indicadores clínicos, académicos e de impacto social com avaliações regulares que asseguram a melhoria contínua e alinhamento com os objetivos do *NHS*.

O *KHP* utiliza um modelo de financiamento diversificado que combina fontes públicas e privadas para assegurar a sua sustentabilidade e inovação: financiamento primário proveniente do *NHS England*, cobrindo serviços hospitalares e serviços clínicos, subvenções de

investigação - bolsas de instituições como o *UK Research and Innovation (UKRI)* e o *National Institute for Health Research (NIHR)*, de organizações internacionais, incluindo a União Europeia; parcerias com a Indústria: colaboração com empresas farmacêuticas e de biotecnologia para o desenvolvimento de medicamentos e tecnologias; doações e *fundraising* (apoio financeiro de fundações privadas, como a *Guy's and St Thomas' Charity*, para projetos inovadores e infraestrutura); e receita de serviços hospitalares (cuidados especializados e serviços a pacientes internacionais).

Os recursos financeiros são direcionados para iniciativas estratégicas, como a saúde digital, as terapias genéticas e a infraestrutura sustentável, garantindo a liderança do *KHP* em avanços tecnológicos. A parceria entre o *King's College London* e os hospitais do *NHS no KHP* exemplifica uma colaboração sinérgica entre ensino, investigação e assistência médica. Anualmente, o *KHP* forma mais de 30 mil estudantes de medicina, enfermagem e outras áreas da saúde. O *King's College London* lidera a criação de currículos inovadores que integram a teoria e a prática clínica.

A investigação é desenvolvida através de projetos de investigação conjuntos com foco em áreas como a medicina de precisão, a saúde mental e a inteligência artificial, com impacto direto na prática clínica. São disso exemplo o *NIHR Maudsley Biomedical Research Centre* e o *Cancer Centre at Guy's* que integram cientistas e clínicos de reputação internacional.

O *KHP* desempenha um papel fundamental em iniciativas globais, promovendo a troca de conhecimento com outras universidades e hospitais líderes em saúde e inovação. O *King's Health Partners* é um bom exemplo de integração entre assistência médica, investigação e ensino. A sua governação colaborativa, modelo de financiamento diversificado e relação sinérgica entre o *King's College London* e os hospitais *NHS* consolidam-no como um catalisador de inovação em saúde.

Países Baixos

Os *Academic Medical Centers (AMCs)* representam o vértice de um sistema de saúde hierarquizado e piramidal nos Países Baixos, sendo responsáveis por cerca de 40% da

produção científica nacional. A infraestrutura hospitalar do país é composta por 7 *Academic Medical Centers* públicos e 1 privado, além de 27 *Clinical Hospitals* e 41 hospitais gerais, todos integrados num sistema diferenciado. Este sistema de saúde é financiado pela competição entre seguradoras privadas, que oferecem seguros básicos e complementares, em conjunto com uma forte regulação centralizada.

A seleção para posições de liderança clínicas e académicas é competitiva e participativa, promovendo uma menor endogamia e maior circulação de profissionais entre instituições. A carreira académica apresenta uma estrutura distinta: a maioria dos doutoramentos (*PhDs*) é obtida durante a formação pós-graduada, e exige-se uma demonstração contínua de produtividade científica.

Especificidades

O conceito de "*academic patient*" define um tipo de tratamento específico que justifica um financiamento diferenciado, sendo integrado em Centros de Referência para determinadas áreas. A competitividade é assente no binómio qualidade-preço. Os *Academic Medical Centers* (AMCs) competem na atração de pacientes, com negociações baseadas na relação preço-qualidade, financiadas de acordo com o grau de diferenciação.

A governação é exercida por um Comité Executivo, integrado por líderes dos departamentos (geralmente professores em regime de dedicação exclusiva). As carreiras são integradas, mas permitem a coexistência de perfis predominantemente clínicos ou académicos. A qualidade e a eficiência são monitorizadas continuamente, sendo a base para a distribuição de incentivos e para a defesa do modelo hierarquizado, no qual os *Academic Medical Centers* (AMCs) atuam como última linha de recurso no sistema de saúde. Existem tensões profissionais e interinstitucionais, especialmente com os *Top Clinical Hospitals*, devido à concorrência na prestação de serviços diferenciados.

A dupla supervisão pelos Ministérios da Saúde e da Educação dificulta a coordenação e reduz a eficiência. As questões não declaradas, como incentivos financeiros perversos, orgulho

institucional e desconfiança entre instituições, podem comprometer a eficácia das soluções. Os *Academic Medical Centers (AMCs)* são reconhecidos como insuficientes para atender às necessidades de ensino médico pré-graduado, recorrendo a parcerias com instituições menos diferenciadas.

O reforço das relações entre as instituições promove a confiança e a cooperação. A concentração de cuidados especializados nos *Academic Medical Centers (AMCs)* permite a descentralização de serviços menos diferenciados, garantindo um maior foco nas doenças de maior impacto comunitário tanto no ensino clínico como na investigação. Sempre que necessário, há lugar à intervenção governamental para superar as limitações impostas pelo mercado na promoção de qualidade e diferenciação.

ERASMUS MEDICAL CENTER (ERASMUS MC)

Localizado em Roterdão, o *Erasmus MC* é um dos centros médicos académicos mais avançados da Europa, reconhecido pela excelência dos cuidados, inovação científica e qualidade do ensino. A sua missão tem em vista proporcionar avanços médicos e de saúde pública, desenvolver diagnósticos e terapêuticas inovadoras, formar profissionais e cientistas capazes de enfrentar os desafios globais, promover a equidade no acesso a cuidados médicos e a sustentabilidade na gestão dos recursos.

O Erasmus Medical Center (Erasmus MC) é constituído pelo Erasmus MC Hospital: cuidados de saúde diferenciados, Erasmus MC Sophia Children's Hospital: cuidados pediátricos, Erasmus MC Cancer Institute: oncologia, Erasmus MC Thoraxcenter: referência em cardiologia, cirurgia torácica e transplantes. O modelo de governação e de gestão assenta num Conselho Executivo liderado por um Diretor Executivo, um Diretor Financeiro e um Diretor Médico, um Conselho de Supervisão que assegura a transparência e a supervisão estratégica, Comitês Científicos e Académicos responsáveis pela supervisão das prioridades de investigação e ensino, Gestão Operacional, Gestão Clínica com liderança descentralizada para eficiência e autonomia, Gestão Académica em sinergia com a Universidade Erasmus e Gestão da Investigação responsável pelo alinhamento de prioridades com desafios globais, como a saúde digital e a medicina personalizada.

O modelo de financiamento do *Erasmus MC* baseia-se em diversas fontes, incluindo o orçamento público do governo holandês, receitas provenientes de serviços médicos pagos por seguros privados e públicos, subvenções nacionais e internacionais destinadas à investigação, bem como parcerias público-privadas e doações. Este financiamento tem permitido investir significativamente na renovação das instalações, com recursos provenientes tanto do setor público como do privado.

A relação com a Universidade Erasmus de Roterdão é central para o funcionamento do *Erasmus MC*, destacando-se pela forte integração académica. A educação médica e científica é orientada para uma formação interdisciplinar, complementada por residências e programas de especialização reconhecidos internacionalmente. No campo da investigação, a colaboração com a universidade concentra-se em temas globais como o envelhecimento saudável e a medicina regenerativa, promovendo a transferência de conhecimento para inovações práticas.

O intercâmbio de recursos é outro elemento essencial desta parceria, com infraestruturas como laboratórios e bibliotecas partilhadas entre as instituições. Além disso, iniciativas conjuntas, como o *Health Campus Rotterdam*, criam um ecossistema de inovação em saúde. O *Erasmus MC* destaca-se como um interessante modelo que integra cuidados médicos, investigação científica e ensino no contexto de uma colaboração estratégica com a Universidade *Erasmus*.

Suécia

O *Karolinska University Hospital*, localizado em Estocolmo, é uma das mais prestigiadas instituições hospitalares universitárias da Europa, reconhecido pela excelência em cuidados médicos especializados, inovação científica e formação de profissionais de saúde. Em parceria com o *Karolinska Institutet*, desempenha um papel central na saúde pública sueca e global, integrando cuidados de saúde, ensino médico e investigação.

A missão do hospital é promover a saúde e bem-estar através de cuidados médicos de excelência, com foco em casos raros e de alta complexidade utilizando práticas baseadas em

evidências científicas, medicina personalizada e tecnologias avançadas. No campo da investigação, lidera a pesquisa biomédica e clínica global, desenvolvendo novos tratamentos e integrando as ciências básicas e a prática clínica na chamada medicina translacional. Na formação, prepara médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde com excelência acadêmica.

A estrutura do *Karolinska University Hospital* combina assistência médica, investigação e ensino, sendo uma referência no sistema de saúde sueco. O hospital opera em dois *campi* principais: o *Huddinge Campus*, especializado em transplantes, doenças infecciosas e pediatria, e o *Solna Campus*, que foca em oncologia, cardiologia, neurociências e cirurgia de alta complexidade, abrigando o *Novo Karolinska Solna (NKS)*, uma instalação moderna orientada para medicina personalizada e digitalização. A organização do hospital inclui divisões clínicas e centros de excelência em áreas como a oncologia, a hematologia, as neurociências, as doenças cardiovasculares e pulmonares, a medicina de emergência e a pediatria, apoiados por uma força de trabalho de cerca de 16 mil profissionais.

O modelo de governação segue uma abordagem eficiente e alinhada com o sistema público de saúde sueco, sendo a gestão supervisionada pela Região de Estocolmo que define o orçamento, a estratégia e as operações, enquanto a direção do hospital, liderada por um Diretor-Geral, coordena as atividades clínicas e científicas com o apoio de líderes estratégicos e um conselho científico. A gestão operacional é descentralizada, permitindo autonomia às divisões clínicas para responder às necessidades específicas dos pacientes, e integrada, otimizando resultados em saúde e ciência. A avaliação contínua é realizada com base em indicadores de qualidade e comparações internacionais, com foco na segurança do paciente e na eficiência operacional.

O financiamento do hospital combina fontes públicas e privadas, refletindo a sua missão pública e acadêmica. As principais fontes incluem o orçamento público da Região de Estocolmo, receitas de serviços pagos por seguradoras, subvenções de organismos nacionais e internacionais, parcerias público-privadas para o desenvolvimento tecnológico, e doações destinadas a projetos inovadores. Um exemplo notável de investimento em infraestrutura é o

Novo Karolinska Solna (NKS) financiado por recursos públicos e privados, destacando-se pela digitalização e sustentabilidade.

A relação simbiótica entre o *Karolinska University Hospital* e o *Karolinska Institutet* fortalece a integração de ensino, investigação e prática clínica. No ensino, o hospital serve como local de prática para estudantes de medicina e outras áreas de saúde, além de oferecer programas de residência e especialização. Na investigação, projetos conjuntos em áreas como a medicina regenerativa, a oncologia e as neurociências unem as ciências básicas e a prática clínica, com centros de investigação compartilhados no *Novo Karolinska Solna (NKS)*. A infraestrutura compartilhada, incluindo laboratórios e plataformas digitais, otimiza a colaboração académica e clínica. Essa parceria favorece a produção de conhecimento e inovação, com avanços terapêuticos e melhorias nas políticas de saúde.

Espanha

O sistema de saúde espanhol é caracterizado pela sua variabilidade organizacional, reflexo das 17 autonomias regionais que possuem gestão própria. Essa descentralização resulta em diferentes dependências para os Centros Académicos de Medicina e hospitais universitários, sendo comum que várias escolas médicas estejam associadas a um único hospital. Atualmente, Espanha conta com 49 escolas médicas, responsáveis pela formação académica e profissional, e 102 hospitais universitários.

A governação dos hospitais universitários espanhóis é variável, geralmente baseada em parcerias estratégicas entre instituições de ensino, hospitais e centros de investigação. As estruturas de governação apresentam preferências por modelos de integração funcional, com instituições autónomas e estruturas legais separadas para escolas médicas, hospitais e institutos de investigação.

Os níveis de governação incluem um patamar estratégico, composto por representantes das instituições em formato não executivo, e um patamar executivo, que reúne líderes clínicos e universitários. Na maior parte dos casos, a liderança é centralizada, com o *Dean* ou *Chief Medical*

Officer a desempenhar papéis de destaque nas vertentes académica e clínica. Além disso, é promovida a articulação dos CAM's com estruturas comunitárias de saúde, visando abordar as necessidades locais, sensibilizar os estudantes e os profissionais sobre as necessidades da população, e ampliar a formação interdisciplinar.

A governação dos CAM's segue três princípios fundamentais: convergência em programas de ação comuns, visando sinergias e benefícios coletivos; representatividade e prestação de contas, com inclusão de todas as profissões de saúde e avaliações sistemáticas; e promoção de carreiras unificadas, integrando academia e prática clínica por meio de nomeações conjuntas.

O financiamento dos CAM's e hospitais universitários espanhóis é predominantemente público, com contribuições das áreas da saúde e educação. É caracterizado pelo financiamento por capitação, ajustado à população servida, com complementos para as instituições que oferecem cuidados diferenciados; competitividade entre instituições baseada na qualidade dos serviços e custos financeiros; adoção do conceito de “doente académico” que justifica financiamento adicional devido à complexidade clínica; contribuições institucionais para custos operacionais; e atração de recursos por meio de projetos de investigação, inovação terapêutica e parcerias público-privadas.

Um exemplo de excelência é o *Vall d'Hebron Barcelona Hospital Campus*, em Barcelona, uma das instituições mais avançadas da Europa em assistência médica, ensino e investigação. O campus é composto pelo *Vall d'Hebron Hospital Universitari* (especializado em cuidados terciários e quaternários), o *Vall d'Hebron Institut de Recerca* (dedicado à investigação biomédica), o *Vall d'Hebron Institut d'Oncologia* (focado em investigação oncológica e medicina personalizada) e a unidade de ensino *Vall d'Hebron Docència i Formació*.

O modelo de governação do *Vall d'Hebron* integra assistência, investigação e ensino sob uma liderança colaborativa com uma administração central que supervisiona as atividades hospitalares, os institutos de investigação e os programas de ensino, enquanto a gestão hospitalar prioriza a inovação e a eficiência. A gestão da investigação é autónoma, embora alinhada com os objetivos estratégicos do hospital e das universidades parceiras, como a

Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), com quem a gestão académica mantém uma forte colaboração para equilibrar as necessidades clínicas e educacionais.

O financiamento do *Vall d'Hebron* provém de fontes públicas, como o governo catalão e espanhol, além de subvenções e bolsas internacionais, parcerias público-privadas com empresas farmacêuticas e tecnológicas, e receitas próprias oriundas de serviços a pacientes internacionais, ensaios clínicos e programas de formação especializados. A relação entre o *Vall d'Hebron* e as universidades é altamente colaborativa, incluindo formação prática para estudantes, programas de residência para especialistas, projetos de investigação conjunta e desenvolvimento tecnológico. O campus funciona como um laboratório vivo para inovação em saúde, consolidando sua posição de liderança global e servindo como modelo para sistemas de saúde integrados. O *Vall d'Hebron Barcelona Hospital Campus* é um bom exemplo de integração entre assistência médica, investigação e ensino, sustentado por um modelo de governação flexível e inovador.

Alemanha

O *Charité-Universitätsmedizin Berlin* localizado em Berlim, é uma das instituições médicas e académicas mais prestigiadas do mundo, com uma história de mais de 300 anos. É um bom exemplo de integração entre cuidados médicos, investigação científica e ensino de excelência. A missão do *Charité* é promover a saúde humana, combinando assistência médica de alta qualidade, investigação e formação de excelência, sustentada por quatro valores fundamentais: excelência nos cuidados de saúde, com foco em assistência personalizada e baseada em evidência; avanço do conhecimento médico, por meio de investigação básica, translacional e clínica; educação de qualidade para formar profissionais e investigadores altamente qualificados; e sustentabilidade e responsabilidade social, com gestão eficiente de recursos e redução do impacto ambiental.

O *Charité* está integrado na *Universidade Humboldt de Berlim* e na *Universidade Livre de Berlim*, formando um dos maiores centros médicos universitários da Europa. A sua estrutura é composta por quatro *campi* principais: o *Campus Charité Mitte*, especializado em cuidados

terciários e investigação avançada; o *Campus Virchow Klinikum*, com foco em emergência e pediatria; o *Campus Benjamin Franklin*, reconhecido pelos serviços cirúrgicos e de medicina interna; e o *Campus Berlin Buch*, voltado para reabilitação e investigação biomédica.

A instituição conta com mais de 100 clínicas especializadas e programas de ensino em medicina, enfermagem, biomedicina e ciências da saúde, além de uma robusta infraestrutura de investigação liderada pelo *Berlin Institute of Health (BIH)* em colaboração com institutos como o *Instituto Max Delbrück*, dispondo de mais de 20.000 profissionais, incluindo médicos, investigadores, professores e técnicos.

O modelo de governação combina assistência médica, investigação e ensino, garantindo o alinhamento estratégico entre as universidades e o hospital. O Conselho Administrativo supervisiona as atividades, enquanto a reitoria, liderada pelo decano e *CEO*, coordena as ações médicas, académicas e científicas. Um Conselho Científico assegura a qualidade da investigação e o alinhamento com prioridades globais de saúde. A gestão é estruturada de forma a promover a eficiência e a inovação nos cuidados de saúde, nos currículos educacionais e na transferência de tecnologia para a prática clínica.

O modelo de financiamento do *Charité* é diversificado, assegurando sustentabilidade. As receitas vêm de subvenções públicas do governo, do apoio à investigação por meio de bolsas nacionais e internacionais, de receitas hospitalares geradas por serviços médicos e turismo médico, colaborações com empresas farmacêuticas e biotecnológicas, taxas de matrícula e programas de intercâmbio académico, além de doações privadas e apoio de fundações como a Fundação *Einstein* para a Ciência.

A relação entre o *Charité* e as *Universidades Humboldt e Livre de Berlim* é marcada pela integração e sinergia. A formação prática e clínica assenta em currículos inovadores como o "*Modellstudiengang Medizin*" que integra a teoria e a prática desde os primeiros anos. Na investigação, os projetos colaborativos focam-se em áreas como a medicina personalizada, a saúde digital e a biotecnologia, conectando a investigação básica à aplicação clínica. Os professores universitários atuam como médicos e investigadores, fortalecendo a relação entre

o ensino, a prática e a ciência. As instalações de ponta do *Charité* são compartilhadas, otimizando os recursos para ensino e investigação.

O *Charité-Universitätsmedizin Berlin* destaca-se como um modelo de integração entre hospital universitário, universidades e institutos de investigação através de uma abordagem inovadora, aliada a um modelo de financiamento robusto.

França

O *Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP)* é o maior complexo hospitalar da Europa e um pilar essencial do sistema de saúde francês. Reconhecido como uma instituição pública de referência, dedica-se à prestação de cuidados médicos, à investigação científica e à formação de profissionais de saúde, desempenhando um papel crucial na promoção da saúde pública e no avanço da ciência médica.

A missão do *Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP)* é tripla, abrangendo assistência médica, investigação e formação. Na área de assistência médica, presta cuidados a uma população ampla e diversificada, sendo referência em tratamentos especializados e transplantes. Em investigação, promove a inovação científica em colaboração com universidades e institutos de investigação, com foco em áreas como a biomedicina, a oncologia e a saúde pública.

O *Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP)* forma médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde em parceria com universidades, sendo composto por 38 hospitais distribuídos por Paris e pela região da *Île-de-France*. Está organizado em seis Grupos Hospitalares Universitários (GHUs), que integram assistência médica, ensino e investigação de forma regionalizada. A instituição conta também com unidades dedicadas à investigação biomédica em colaboração com universidades e centros de investigação, integrando mais de 100 mil profissionais e sendo, por isso, o maior empregador de saúde da França.

O modelo de governação do *Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP)* combina autonomia administrativa com uma gestão integrada que conecta os hospitais, permitindo a troca eficiente de recursos e informações. A Direção Geral, liderada por um elemento nomeado pelo governo francês, é responsável pela execução estratégica e operacional. O Conselho de Administração, composto por representantes do governo, administração regional, profissionais de saúde, sindicatos e usuários, assegura uma gestão participativa e transparente enquanto o Conselho Científico supervisiona as atividades de investigação, define prioridades e promove a integração entre ciência e prática clínica. Cada GHU possui autonomia administrativa, financeira e operacional, enquanto processos padronizados de avaliação e melhoria contínua garantem excelência na assistência e eficiência administrativa.

O financiamento do *Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP)* é diversificado, combinando recursos públicos e receitas próprias. As subvenções governamentais, provenientes do *Ministère des Solidarités et de la Santé* e do governo da *Île-de-France*, financiam as atividades hospitalares e os projetos estratégicos. As receitas adicionais são geradas por meio de serviços médicos prestados a pacientes do sistema nacional de saúde (*Sécurité Sociale*) e de seguradoras privadas, ensaios clínicos em parcerias com empresas farmacêuticas e biotecnológicas, doações privadas e fundações, bem como subvenções da União Europeia para programas de inovação em saúde.

A integração entre o *Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP)* e as universidades como a *Université de Paris Cité*, *Sorbonne Université* e *Université Paris-Saclay* é fundamental para o ensino e a investigação científica. Os hospitais do *Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP)* oferecem treino prático e clínico para os estudantes de medicina, de enfermagem e de outras áreas de saúde, além de programas de residência médica em especialidades como cirurgia, pediatria e psiquiatria. Na investigação, os laboratórios dos hospitais colaboram com institutos como o *INSERM* e o *CNRS*, desenvolvendo projetos em saúde pública, biotecnologia e medicina personalizada. A infraestrutura compartilhada permite que as universidades utilizem as instalações hospitalares para ensino e investigação, enquanto o *Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP)* aproveita as competências académicas para enriquecer seus projetos científicos.

Itália

O *Ospedale San Raffaele*, localizado em Milão, é um dos mais importantes hospitais universitários de Itália, destacando-se pela integração entre assistência médica de excelência, investigação científica de ponta e formação académica de alto nível. Como parte do *Gruppo San Donato*, uma das maiores redes de saúde privada da Itália, o hospital mantém uma forte ligação com a educação superior, em especial com a *Università Vita-Salute San Raffaele*, promovendo uma abordagem interdisciplinar que une ciência e humanidades.

A missão do *Ospedale San Raffaele* é guiada por 5 pilares principais. Em assistência médica, oferece cuidados inovadores e centrados no paciente, sendo referência em tratamentos de alta complexidade e doenças raras. Na investigação científica, realiza estudos básicos, translacionais e clínicos liderando avanços em áreas como biomedicina, neurociências, oncologia e imunologia. No campo do ensino, forma profissionais e investigadores em ambiente interdisciplinar, integrando ciência e humanidades e promovendo a formação contínua de profissionais em exercício.

A estrutura do hospital combina unidades assistenciais, de investigação e educacionais, formando um ecossistema integrado de saúde e ciência. O hospital geral é especializado em oncologia, cardiologia, neurociências, transplantes e imunologia, oferecendo cuidados terciários e quaternários. O centro de investigação científica é reconhecido e inclui o *Istituto de Investigação em Neurociências (INSR)* bem como outros centros de excelência.

A *Università Vita-Salute San Raffaele* oferece programas de graduação e pós-graduação em áreas como medicina, biotecnologia, enfermagem, psicologia e filosofia, promovendo uma formação interdisciplinar de qualidade. Com uma infraestrutura moderna localizada no *campus* de Milão, o complexo inclui hospitais, laboratórios, auditórios e residências para estudantes, integrando unidades especializadas, como o *San Raffaele Cancer Center*, centros de doenças raras, transplantes e cirurgia robótica e contando com cerca de 5 mil profissionais, entre médicos, enfermeiros, investigadores, professores e técnicos.

O modelo de governação do *Ospedale San Raffaele* inclui um Conselho de Administração que supervisiona a estratégia geral e a gestão financeira, enquanto a Direção Científica coordena as atividades de investigação e assegura a integração com a prática clínica. Um Conselho Académico assegura a relação com a universidade, alinhando os objetivos académicos e assistenciais. A gestão operacional é integrada, com autonomia departamental para promover eficiência e inovação, e inclui monitorização contínua de indicadores de qualidade e segurança.

O financiamento do hospital é híbrido, combinando recursos públicos, privados e académicos. As receitas operacionais vêm do *Servizio Sanitario Nazionale (SSN)*, atendimento a pacientes privados e turismo médico, subvenções de organismos nacionais e internacionais, como o *Horizon Europe*, e apoio de fundações como a *Fondazione Telethon* também contribuem para os projetos de investigação. Parcerias público-privadas, taxas de matrícula da universidade e doações específicas reforçam a sustentabilidade financeira da instituição. Uma parcela significativa do orçamento é destinada à investigação e inovação, consolidando o papel do *San Raffaele* como líder em ciência e tecnologia médica.

A integração com a *Università Vita-Salute San Raffaele* é um exemplo de colaboração entre ensino e prática clínica. A universidade oferece programas de graduação e pós-graduação que integram ciência, humanidades e prática clínica, além de residências médicas em diversas especialidades. A infraestrutura é partilhada, incluindo laboratórios, bibliotecas e plataformas digitais. Os projetos de investigação translacional conectam investigadores e clínicos, promovendo a inovação e o desenvolvimento de novos tratamentos.

O *Ospedale San Raffaele* é um modelo de excelência em assistência médica, investigação científica e formação académica combinando a eficiência da gestão privada com a sua missão pública. A sua parceria com a *Università Vita-Salute San Raffaele* fortalece o desenvolvimento de inovação científica e a formação interdisciplinar.

Áustria

O *Universitätsklinikum AKH Wien (Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien)* localizado em Viena, é o maior hospital universitário da Áustria e um dos mais prestigiados da Europa e colabora estreitamente com a *Medizinische Universität Wien (MedUni Wien)*, formando um dos centros académicos de saúde mais avançados do mundo.

A missão do *AKH Wien* é pautada pela excelência em saúde, ciência e educação. Em assistência médica, oferece cuidados abrangentes e especializados, desde serviços primários até tratamentos quaternários, sendo referência no diagnóstico e no tratamento de doenças complexas e raras. Na investigação, realiza estudos básicos, translacionais e clínicos, destacando-se em áreas como oncologia, neurociências, imunologia, genética e medicina regenerativa. Na educação, prepara a próxima geração de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, integrando ciência e prática clínica de ponta, enquanto promove aprendizado contínuo e interdisciplinar.

O *AKH Wien* é uma das maiores instituições de saúde da Europa, contando com mais de 26 departamentos clínicos e 42 centros especializados em áreas como a oncologia, a cardiologia, os transplantes de órgãos, a neurocirurgia, doenças infecciosas e a medicina tropical. Os seus centros de excelência combinam investigação com prática clínica, sendo organizados em áreas prioritárias como oncologia, doenças cardiovasculares e neurociências, contando com cerca de 9.000 profissionais.

O modelo de governação do *AKH Wien* é caracterizado por uma gestão colaborativa entre o hospital e a *MedUni Wien*, garantindo eficiência e inovação. A administração é compartilhada pela Cidade de Viena e a *MedUni Wien*, assegurando o alinhamento entre as atividades clínicas e académicas. O Conselho de Supervisão toma decisões estratégicas, sendo composto por representantes do governo, da universidade e de outros *stakeholders*.

A direção hospitalar, liderada por um diretor executivo, supervisiona as atividades clínicas, administrativas e financeiras. A gestão operacional integra atividades clínicas e académicas,

com cada departamento cogerido por líderes médicos e académicos, tendo em vista o alinhamento entre assistência, investigação e ensino. Os departamentos e centros de excelência têm autonomia operacional embora sigam as orientações estratégicas gerais. A qualidade e a inovação são monitorizadas continuamente por meio de indicadores de desempenho, enquanto as práticas de gestão sustentável se focam na otimização de recursos energéticos e redução de desperdícios.

O financiamento do *AKH Wien* é híbrido, combinando recursos públicos, receitas operacionais e apoio à investigação. O orçamento público, financiado pelo governo austríaco e pela Cidade de Viena, cobre custos operacionais e parte da investigação académica. As receitas operacionais incluem pagamentos do sistema nacional de saúde austríaco e de pacientes privados. O hospital também recebe subvenções de agências nacionais e internacionais, como o *Fonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (FWF)* e o programa *Horizon Europe*, além de contar com parcerias público-privadas para o desenvolvimento de novos tratamentos e doações privadas que financiam projetos específicos.

A relação entre o *AKH Wien* e a *MedUni Wien* é fundamental para integrar a assistência médica, a investigação e o ensino. O hospital é o principal centro de formação prática para os estudantes de medicina, de enfermagem e de ciências biomédicas da universidade. Na investigação, projetos conjuntos entre o hospital e a universidade impulsionam avanços científicos e promovem a investigação translacional, conectando a investigação básica à prática clínica. A infraestrutura partilhada, incluindo laboratórios, bibliotecas e plataformas digitais, promove colaboração entre as instituições ao mesmo tempo que fomenta intercâmbios internacionais e redes académicas globais, gerando impacto científico de alto nível.

Bélgica

O *University Hospitals Leuven (UZ Leuven)*, localizado em Lovaina, é um dos maiores e mais avançados hospitais universitários da Europa. Em estreita parceria com a *Katholieke Universiteit Leuven (KU Leuven)* forma uma aliança estratégica que combina excelência na prestação de

cuidados médicos, investigação científica e o ensino de alta qualidade. A missão do *UZ Leuven* reflete um compromisso abrangente com saúde, ciência e educação.

A infraestrutura do *UZ Leuven* é moderna e organizada para integrar assistência médica, investigação e ensino. Seu principal campus, o *Campus Gasthuisberg* é um dos maiores complexos hospitalares da Europa, com mais de 2 mil camas. Entre os centros de excelência, destacam-se o Centro Oncológico Leuven, o Centro de Doenças Cardiovasculares, o Centro de Neurociências e o Centro de Transplantes, estando equipado com laboratórios de última geração e tecnologia avançada, com sistemas de cirurgia robótica e plataformas de saúde digital e empregando cerca de 10 mil profissionais.

O modelo de governação do *UZ Leuven* está intrinsecamente ligado à *KU Leuven*, promovendo uma gestão colaborativa e eficiente. O Conselho de Administração composto por representantes da *KU Leuven*, do governo belga e de outras partes interessadas, supervisiona as estratégias de longo prazo, os investimentos e o alinhamento das operações com a missão institucional. Um Comité Executivo, liderado por um diretor-geral, coordena as operações clínicas, administrativas e científicas. A direção científica e académica assegura que as atividades de ensino e investigação atendam às necessidades do hospital e da universidade. A nível operacional, o hospital adota um modelo descentralizado, com autonomia para departamentos clínicos e de investigação, permitindo flexibilidade e inovação. O planeamento estratégico tem como prioridades a sustentabilidade, a inovação tecnológica e as parcerias internacionais.

O financiamento do *UZ Leuven* é diversificado, combinando recursos públicos, receitas operacionais e apoio para investigação. O orçamento público, provido pelo governo belga, é a principal fonte de financiamento e cobre custos operacionais e despesas académicas. As receitas operacionais incluem pagamentos de seguros de saúde públicos e privados, além de tratamentos especializados e serviços para pacientes internacionais. As subvenções de agências nacionais e internacionais, como o *Fonds Wetenschappelijk Onderzoek (FWO)* e a União Europeia, contribuem significativamente para a investigação bem como as parcerias com empresas farmacêuticas e tecnológicas, as doações e o apoio filantrópico.

A relação entre o *UZ Leuven* e a *KU Leuven* é um modelo exemplar de integração, tendo como principal hospital universitário da *KU Leuven*, o *UZ Leuven* assegura ensino e formação a estudantes de medicina, de enfermagem e áreas afins. Em investigação, os centros partilhados entre o hospital e a universidade asseguram uma relevante produção científica que demonstram a relevância do trabalho colaborativo.

Dinamarca

O *Aarhus University Hospital (AUH)* situado em *Aarhus* é um dos maiores e mais avançados hospitais universitários da Escandinávia, colaborando estreitamente com a *Universidade de Aarhus (Aarhus Universitet)* e integrando prática clínica, ciência e ensino.

O *AUH* dispõe de uma infraestrutura moderna no *campus* principal em *Skejby, Aarhus* que integra unidades de cuidados de saúde, laboratórios de investigação e infraestruturas académicas num único local. Este modelo promove sinergias entre ensino, investigação e prática clínica. Com mais de 1.150 camas, o *AUH* organiza-se em centros de excelência, como o *Centro de Oncologia*, o *Centro de Doenças Cardiovasculares*, o *Centro de Neurociências*, o *Centro de Saúde Infantil e do Adolescente* e o *Centro de Medicina Regenerativa*, contando com cerca de 12 mil profissionais.

A governação do *AUH* combina as funções clínicas, académicas e científicas, promovendo eficiência e inovação. A administração central é gerida pela *Região da Jutlândia Central (Region Midtjylland)* que supervisiona a estratégia e o financiamento das operações hospitalares. O *Conselho de Supervisão*, composto por representantes da região, da Universidade de *Aarhus* e de outras partes interessadas, garante o alinhamento entre a missão do hospital e as políticas de saúde regionais e nacionais. A direção hospitalar, liderada por um CEO, coordena as atividades clínicas, administrativas e financeiras. Do ponto de vista operacional, o modelo descentralizado permite que os departamentos clínicos e os centros de investigação tenham autonomia para gerir suas atividades, enquanto diretrizes gerais asseguram o alinhamento estratégico. Os indicadores de desempenho são utilizados para monitorizar a qualidade e a

segurança, e ferramentas digitais e práticas de gestão "*lean*" são adotados tendo em vista a otimização dos recursos e processos.

O financiamento do *AUH* é diversificado e reflete sua natureza pública, académica e científica. O principal recurso vem do orçamento público, provido pela Região da Jutlândia Central com financiamento do governo dinamarquês. Adicionalmente, as receitas são geradas por serviços médicos prestados no sistema público de saúde dinamarquês e, em menor escala, por pacientes privados e internacionais. As subvenções de agências nacionais, como a *Innovation Fund Denmark*, e internacionais, como a União Europeia, financiam projetos de investigação. As colaborações com a indústria farmacêutica e biotecnológica, receitas educacionais e doações filantrópicas também contribuem significativamente para o orçamento. Os recursos são alocados estrategicamente para equilibrar investimentos em infraestrutura, inovação tecnológica e formação académica.

A parceria entre o *AUH* e a *Universidade de Aarhus* é essencial, sendo o hospital o principal centro de formação prática para estudantes de medicina, enfermagem e ciências biomédicas. Em investigação translacional, o hospital e a universidade compartilham laboratórios e infraestrutura, acelerando a transferência de conhecimento para a prática clínica. O *campus* integrado facilita o uso partilhado de instalações por estudantes, investigadores e médicos.

Considerações Finais

A educação médica, fundamentada na articulação entre ensino, investigação e prestação de cuidados de saúde, tem raízes históricas profundas, particularmente na Europa, onde o modelo das Clínicas Universitárias germânicas desempenhou um papel crucial no desenvolvimento da medicina no século XIX. Essas clínicas combinaram as três dimensões, estabelecendo um paradigma que influenciou decisivamente a formação médica moderna.

Este modelo foi adotado como referência por *Abraham Flexner*, que consolidou a tríplice missão das instituições médicas - ensinar, investigar e tratar - no seu influente Relatório sobre

Educação Médica (1910), amplamente reconhecido como um marco na modernização da educação médica e no desenvolvimento de instituições integradas.

Em Portugal, o primeiro Centro Académico de Medicina foi criado em 2009, e em 2018 a designação evoluiu para Centro Académico Clínico. Após a pandemia, uma reflexão importante destacou a necessidade de um novo paradigma organizacional para esses centros, abrangendo desafios no ensino, na prestação de cuidados clínicos e na investigação biomédica, bem como a sua translação para a prática clínica. Enfatizou-se a importância de uma melhor cooperação com os cuidados primários e outras unidades de saúde comunitárias, visando atender às demandas contemporâneas da educação médica e das profissões de saúde.

No ensino, identificaram-se prioridades como o foco no estudante, com base científica, orientado para a tecnologia e para a prática clínica. Promoveu-se a integração de disciplinas e a exposição precoce à prática médica, além de incluir a prevenção, cuidados primários, paliativos e continuados no currículo. A proximidade pedagógica, com uma relação adequada entre estudantes e docentes no ensino prático, passou a ser viabilizada por tecnologias modernas e simulação clínica. Também se procurou despertar o interesse científico dos estudantes por meio de oportunidades de investigação e preparar futuros médicos para uma interação produtiva com os sistemas de saúde, considerando os desafios emergentes.

A educação médica deve ter uma perspetiva integrada, abrangendo as fases pré e pós-graduada, com foco na aprendizagem contínua. Para alcançar esses objetivos, é crucial uma rede estruturada de ensino, com parcerias estratégicas que envolvam cuidados primários e instituições hospitalares, garantindo diversidade clínica e um equilíbrio adequado entre estudantes e docentes.

Na investigação, a ênfase está na translação do conhecimento biomédico e das engenharias para a prática clínica, superando a “desacademização” da medicina clínica, frequentemente resultante das exigências da prática e do foco investigativo nas ciências biomédicas. Destaca-se o papel das biociências, engenharias e ciências da saúde como motores de inovação e modernização da medicina.

A interação entre atividade científica e ensino é vista como diferencial para despertar vocações científicas e garantir que os estudantes tenham uma exposição diversificada, abrangendo tanto casos complexos quanto situações clínicas comuns. Esse equilíbrio é essencial para compreender as necessidades de saúde das populações e para integrar melhor os cuidados de saúde, potencializando ganhos em saúde e otimizando recursos.

As novas necessidades de saúde e a necessidade de diversidade na educação médica levaram ao desenvolvimento de modelos que integram cuidados médicos e sistemas de referência hospitalar hierarquizados. Esses modelos organizam o acesso aos hospitais terciários ou universitários de acordo com a complexidade dos casos, promovendo uma assistência mais eficiente.

Os modelos de governação dos *Academic Medical Centers (AMCs)*, na Europa, refletem os valores das suas sociedades e promovem equidade, flexibilidade e incentivam a inovação. Os modelos públicos promovem a equidade, enquanto as parcerias público-privadas oferecem flexibilidade e as estruturas autónomas incentivam inovação. A escolha do modelo ideal deve equilibrar eficiência, acessibilidade e sustentabilidade, adaptando-se às necessidades locais e globais. Apesar das diferenças estruturais e culturais, os *Academic Medical Centers (AMCs)* europeus são pilares na promoção de cuidados de saúde e avanços científicos, e a colaboração internacional é essencial para maximizar o seu impacto.

Neste contexto, as recomendações deverão ter em conta a criação de modelos híbridos de financiamento para garantir a sustentabilidade e a inovação, a promoção da integração entre ensino, assistência e investigação para potencializar resultados, e a expansão de colaborações internacionais para fortalecer a partilha de boas práticas. Esses esforços consolidam os *Academic Medical Centers (AMCs)* como instituições fundamentais para o avanço da medicina e da saúde pública global.

IV. Recomendações

IV.1. Contexto e Enquadramento dos Centros Clínicos Universitários

- ▶ A transformação das atuais Unidades Locais de Saúde de cariz Universitário em **Centros Clínicos Universitários** representa uma oportunidade estratégica essencial para o aprofundamento, desenvolvimento e a consolidação do Serviço Nacional de Saúde e do próprio sistema de saúde português, num processo de modernização e de aproximação a modelos de excelência internacionais na missão integrada das dimensões clínica, de ensino, da investigação e da inovação, de um modo transdimensional.
- ▶ O atual enquadramento estatutário subestima a natureza multifacetada deste tipo de Unidades Locais de Saúde, de cariz universitário, e dilui a sua missão que, como referido, para além da atividade clínica e assistencial primordial, comporta a formação básica e avançada de recursos humanos em saúde, designadamente o ensino médico pré e pós-graduado de medicina e das restantes ciências da saúde, bem como a imperativa necessidade de estímulo à investigação científica, à inovação biomédica e ao desenvolvimento e avaliação de tecnologias de saúde.
- ▶ No presente modelo de organização, as Unidades Locais de Saúde de cariz Universitário não refletem adequadamente a sua vocação e impacto enquanto centros integrados que combinem atividade clínica de elevada diferenciação, ensino de crescente complexidade e exigência, formação de profissionais altamente qualificados e instituições orientadas para a investigação e inovação biomédicas e clínicas, características que transcendem amplamente o domínio estrito da prestação de cuidados de saúde.

- ▶ A ausência de uma diferenciação e especificidade estatutária e funcional limita a capacidade destas instituições de realizarem integralmente o seu potencial transformador, restringindo assim o seu desenvolvimento científico e pedagógico e tornando claros os limites do modelo atual ao nível da sua governação e financiamento.
- ▶ Esta indefinição estratégica e operacional enfraquece a sua identidade institucional, dificultando a captação de recursos humanos, materiais e financeiros, bem como a sua capacidade de articulação com as redes nacionais e internacionais de ensino e de investigação.
- ▶ Os novos **Centros Clínicos Universitários** deverão tornar-se ambientes de formação de excelência, onde a integração teórico-prática é reforçada por ligações diretas e articuladas com as atuais escolas médicas e outras instituições de ensino e investigação na área das ciências da saúde.
- ▶ A exposição dos estudantes destas diversas entidades de ensino superior a cenários reais, combinada com metodologias pedagógicas inovadoras, não só eleva o padrão de formação como também estimula uma cultura integrada de investigação e de reflexão crítica, desde os primeiros estágios da formação aos mais avançados e ao longo da vida dos profissionais de saúde, para além de promover uma melhor articulação interprofissional e um trabalho em equipa mais eficiente e mais gratificante. Ora, isto é essencial para formar profissionais adaptados às constantes transformações tecnológicas e sociais que impactam o setor da saúde e ao desenvolvimento de um ecossistema propício à inovação e ao desenvolvimento económico e social do país.
- ▶ O desenvolvimento da investigação científica nos **Centros Clínicos Universitários** consolidará a capacidade do país em se posicionar competitivamente no panorama

internacional da ciência e da tecnologia na saúde. Estes novos centros constituirão polos estratégicos de inovação, onde a colaboração com as universidades, as unidades de investigação, a indústria farmacêutica e a biotecnológica, bem como as agências governamentais, fortalecerá as redes de conhecimento, estimulando uma produção científica com elevado impacto clínico, económico e social.

- ▶ A dimensão de articulação multi-institucional dos **Centros Clínicos Universitários**, associada a uma visão estratégica de médio-longo prazo, contribuirá para atrair financiamento e talento, consolidando a reputação nacional e internacional destas novas entidades, com repercussão positiva sobre todo o Serviço Nacional de Saúde. Acresce ainda que o impacto social da transformação das atuais Unidades Locais de Saúde de cariz universitário em **Centros Clínicos Universitários** de excelência não deverá ser subestimado.
- ▶ A capacidade de desenvolver e aplicar soluções clínicas avançadas e inovadoras destes novos **Centros Clínicos Universitários** refletir-se-á direta e indiretamente na melhoria da saúde das populações. Por outro lado, a interação próxima com a comunidade, aliada a políticas públicas eficazes, contribuirá para criar um sistema de saúde mais equitativo e acessível, capaz de responder às complexidades demográficas e epidemiológicas de uma maneira mais ágil, eficiente e sustentável.
- ▶ A integração entre as dimensões assistencial, de ensino e formação e de investigação e inovação nos **Centros Clínicos Universitários** permitirá não só maximizar sinergias como melhorar até a qualidade do desempenho assistencial. Na verdade, a combinação de conhecimentos provenientes da prática clínica com os das atividades de investigação e de subsequente produção de conhecimento científico potenciará o desenvolvimento de novos paradigmas diagnósticos e terapêuticos.

- ▶ A transformação em **Centros Clínicos Universitários** é não só uma resposta desejada e complementar a anteriores reformas do Serviço Nacional de Saúde, mas também se afirma como crucial no alinhamento da identidade, governação e financiamento das atuais Unidades Locais de Saúde, de cariz universitário, com as responsabilidades que lhes estão cometidas, capacitando assim estas instituições para o desenvolvimento de soluções inovadoras, para o estabelecimento de parcerias estratégicas, e contribuindo, desse modo, de maneira mais consistente para a melhoria contínua do sistema de saúde e o progresso científico do país.
- ▶ A criação de **Centros Clínicos Universitários** irá fomentar uma renovada cultura de governação colaborativa que unirá lideranças clínicas, académicas e administrativas em torno de objetivos comuns. De facto, esta desejada prática articulada de gestão promove uma visão estratégica que alinha recursos humanos, financeiros e tecnológicos em prol de um desempenho de excelência. Tal modelo de governação, sustentado em práticas baseadas em evidência é essencial para garantir a melhoria contínua tanto na prestação de cuidados como no avanço do conhecimento científico.
- ▶ Neste contexto, a transição das Unidades Locais de Saúde, de cariz Universitário, para **Centros Clínicos Universitários** é uma medida indispensável e urgente, tendo em vista a necessidade de alinhamento da sua estrutura organizacional e identidade institucional de forma sinérgica e possibilitando uma abordagem mais integrada e robusta nas suas diferentes dimensões assistencial, académica, investigação e inovação.
- ▶ Ao reconhecer o papel decisivo das instituições de ensino e de investigação - designadamente das escolas médicas, escolas de enfermagem e escolas superiores de saúde, bem como das unidades de investigação da área da saúde - como seus parceiros próximos e estratégicos, os novos **Centros Clínicos Universitários** poderão vir a devolver às principais estruturas assistenciais do Serviço Nacional de Saúde um

renovado propósito, motivação e empenho que dinamize e inspire a diversidade dos seus profissionais.

- ▶ Os **Centros Clínicos Universitários** irão, seguramente, desempenhar um papel estratégico no fortalecimento do sistema de saúde, integrando inovação, ensino e assistência numa abordagem articulada e sinérgica que favoreça tanto os doentes quanto os profissionais de saúde. Além disso, a criação de protocolos colaborativos e afiliações com outras instituições de prestação de cuidados de saúde e/ou institutos de investigação contribuirá para a transferência rápida e eficiente de conhecimentos e de tecnologias que poderão beneficiar todas as entidades envolvidas.
- ▶ Em síntese, os **Centros Clínicos Universitários** poderão vir a desempenhar um papel estratégico crucial na modernização do sistema de saúde de Portugal, dotando-o de melhores profissionais e tornando-o mais eficiente e mais competitivo, internacionalmente.

IV.2. Linhas de Orientação Estratégica dos Centros Clínicos Universitários

- ▶ Os novos **Centros Clínicos Universitários** reconhecem a Medicina como raiz comum e original com as Escolas Médicas, abraçando e reconhecendo igualmente as Ciências Biomédicas e as restantes Ciências da Saúde como pilares fundamentais das suas atividades e missões, convergindo e alinhando-se assim com as normas e padrões internacionais mais avançados.
- ▶ Os **Centros Clínicos Universitários** prosseguem uma missão focada mutuamente na excelência assistencial, no ensino, e na investigação científica e na inovação tecnológica, pelo que beneficiarão de uma relação de tutela partilhada entre as áreas setoriais de governo da Saúde e da Educação, promovendo uma cooperação efetiva entre os dois setores.
- ▶ Os novos **Centros Clínicos Universitários** são entidades em que a totalidade ou a maioria dos seus departamentos, serviços e unidades funcionais participa, ou está em condições de participar, em atividades de ensino, designadamente de âmbito clínico, e dispondo, em cada um deles, de elementos da carreira médica com graus académicos reconhecidos, designadamente de Doutor.
- ▶ A criação dos **Centros Clínicos Universitários** pressupõe a revisão e harmonização legislativa e deverão assentar num regime jurídico claro, estável e consistente.

- ▶ Sem prejuízo para a autonomia e singularidade das instituições envolvidas, os **Centros Clínicos Universitários** deverão assentar num modelo de governação partilhada que envolva o compromisso e a participação ativa e complementar das suas dimensões assistenciais, académicas, de investigação e de inovação, assegurando assim uma tomada de decisão articulada, sinérgica e, sobretudo, estratégica para a sua importante missão social e económica no contexto do Serviço Nacional de Saúde e do sistema de saúde do nosso País.
- ▶ Os **Centros Clínicos Universitários** deverão adotar um modelo de gestão flexível assente numa estrutura operacional adaptável às mudanças nas necessidades específicas da saúde, da ciência e da educação e da economia, incluindo aspetos de estratégias regionais, nacionais e europeias.
- ▶ Os **Centros Clínicos Universitários** poderão estabelecer vínculos institucionais colaborativos com entidades externas, nacionais e estrangeiras, de modo a assegurar uma melhor integração entre assistência, ensino, investigação e inovação, nomeadamente desenvolvendo programas de transferência de conhecimento com outras instituições, públicas ou privadas.
- ▶ Os **Centros Clínicos Universitários** deverão adotar modelos de organização e de funcionamento que tenham em conta a indispensável adaptação às especificidades institucionais e regionais sem comprometer os critérios estatutários de referência em termos de qualidade e implementando estratégias que reforcem a interação com as respetivas comunidades onde estão integrados.
- ▶ Os **Centros Clínicos Universitários** deverão promover e desenvolver redes de cooperação nacionais e internacionais, reforçando o intercâmbio de conhecimento e a participação em projetos globais, criando incentivos, designadamente à investigação clínica e translacional.

- ▶ Os **Centros Clínicos Universitários** deverão contribuir para a formação de equipas multidisciplinares que estimulem a colaboração entre as diferentes áreas do conhecimento e da prática clínica.
- ▶ Os **Centros Clínicos Universitários** deverão assegurar o acesso a infraestruturas tecnológicas e laboratoriais de elevada diferenciação, tendo em vista o suporte à prática clínica e à investigação e inovação de excelência.
- ▶ Os **Centros Clínicos Universitários** deverão estabelecer mecanismos estruturados de envolvimento dos cidadãos - utentes, associações de doentes e sociedade civil -, garantindo o alinhamento entre as suas atividades e prioridades e as necessidades e expectativas das populações-alvo.
- ▶ Os **Centros Clínicos Universitários** deverão implementar sistemas de monitorização e de avaliação de impacto, assegurando o cumprimento das suas metas estratégicas e permitindo ajustes dinâmicos que reforcem a sua eficácia assistencial, académica e científica.
- ▶ Recomenda-se a existência de um **Conselho Nacional dos Centros Clínicos Universitários** cuja missão e objetivos deverão ser, entre outros, aconselhar relativamente às adaptações necessárias para lidarem com as constantes mudanças na saúde e uniformizar as normas de funcionamento, estimulando a sua competitividade e zelando pela sua eficácia e eficiência.

IV.3. Governação e Gestão dos Centros Clínicos Universitários

- ▶ Os **Centros Clínicos Universitários** devem implementar um modelo de governação sólido, integrado e dinâmico, promovendo uma estreita articulação entre a área da Saúde e o meio Académico.
- ▶ Este modelo deverá assegurar a **convergência estratégica entre a assistência clínica, a formação académica, a investigação científica e a inovação**, garantindo a sua plena adequação às necessidades do sistema de saúde e à observância dos mais elevados padrões de qualidade e eficiência.
- ▶ O modelo de governação dos **Centros Clínicos Universitários** deverá estruturar-se em duas camadas, assegurando uma gestão eficaz e colaborativa. A primeira camada será composta por um **Conselho de Administração, de carácter não executivo**, presidido por uma personalidade de reconhecido prestígio académico, nomeada pelas tutelas, mediante consulta prévia às instituições envolvidas. A segunda camada integrará uma **Comissão Executiva**, nomeada pelo governo, responsável pela gestão operacional, e um **Conselho Consultivo** que garantirá a adequada articulação com os diversos *stakeholders*, promovendo uma visão abrangente e alinhada com os objetivos institucionais.
- ▶ A interação entre o **Conselho de Administração não executivo** e a **Comissão Executiva** constitui um pilar essencial para uma governação corporativa eficaz e sustentável. A relação entre estas duas entidades deverá ser cuidadosamente estruturada, assegurando um equilíbrio dinâmico entre a supervisão estratégica e a

autonomia operacional. Esta abordagem permitirá a implementação eficiente e transparente das estratégias institucionais, promovendo a responsabilidade, a inovação e a adaptação contínua às exigências do setor.

- ▶ A eficácia da articulação dependerá de uma definição clara e precisa das atribuições de cada órgão. O **Conselho de Administração não executivo** deverá assumir um papel estratégico de supervisão e de orientação estratégica, garantindo o cumprimento das diversas missões institucionais e a conformidade com as melhores práticas de governação. Por sua vez, a **Comissão Executiva** será responsável pela implementação e gestão operacional, incluindo a contratualização direta com a tutela e a gestão diária das atividades, assegurando a eficiência, a qualidade e a sustentabilidade dos serviços prestados.
- ▶ O **Conselho de Administração não executivo** deverá ser envolvido no processo de contratualização, cabendo-lhe a responsabilidade de emissão de parecer de carácter não vinculativo.
- ▶ Para a articulação eficaz entre estes dois órgãos de governação é fundamental a implementação de mecanismos formais e informais de intercoordenação que promovam uma comunicação contínua e estratégica entre eles. Entre esses mecanismos, destacam-se as reuniões periódicas entre o **Conselho de Administração não executivo** e a **Comissão Executiva**, dedicadas à avaliação de desempenho, à discussão de estratégias institucionais e à resolução proativa de desafios e/ou eventuais conflitos emergentes.
- ▶ Para mitigar os desafios frequentemente associados à articulação entre órgãos de governação com graus de importância similares para o bom funcionamento institucional, mas responsabilidades bastante distintas e diferenciadas, tais como a sobreposição de funções, falhas de comunicação e a resistência à colaboração, será

essencial estabelecer-se uma delimitação clara e precisa entre as funções de supervisão e execução.

- ▶ Essas interações regulares deverão fomentar uma cultura de colaboração mútua ente a Academia e a Saúde, para além de transparência e alinhamento com os objetivos organizacionais das diversas entidades envolvidas nos **Centros Clínicos Universitários**.
- ▶ A articulação entre o **Conselho de Administração não executivo** e a **Comissão Executiva** deverá assentar em fluxos de informação estruturados e transparentes, sustentados por relatórios detalhados e periódicos, elaborados pela **Comissão Executiva**, que permitam um acompanhamento rigoroso da implementação das estratégias delineadas pelo **Conselho de Administração não executivo**.
- ▶ A criação de **Comités Temáticos**, integrando, sempre que possível, profissionais que conjuguem a vertente assistencial com a académica, será essencial para desenvolver áreas específicas, fomentar a partilha de conhecimento e assegurar uma gestão eficaz das expectativas. Este modelo promove uma comunicação contínua, reforçando a confiança mútua e a capacidade de resposta conjunta face aos desafios institucionais.
- ▶ Deverá ser promovida uma **cultura organizacional alicerçada na confiança mútua, transparência e responsabilidade partilhada**. O investimento em ferramentas avançadas de comunicação e sistemas automatizados de reporte torna-se, assim, um fator crítico para assegurar a eficiência operacional, a agilidade na tomada de decisão e a harmonização dos processos institucionais.

Conselho de Administração

- ▶ O **Conselho de Administração não executivo** dos **Centros Clínicos Universitários** deverá assumir um papel estratégico e independente, assegurando a coesão institucional entre as vertentes assistenciais decorrentes da ação e da tutela do Ministério da Saúde e as demais agências governamentais associadas, bem como as do ensino, investigação e inovação - decorrentes da missão das Universidades e do Ministério da Educação, Ciência e Inovação.
- ▶ Os Estatutos do **Conselho de Administração não executivo** dos **Centros Clínicos Universitários** deverão ter em conta a natureza específica e altamente regulamentada do setor público empresarial da saúde, incorporando, por isso, limitações que inibam a sua autonomia para demitir a **Comissão Executiva**, estabelecendo que tal só poderá ocorrer mediante aprovação da Assembleia Geral de Acionistas ou por decisão da tutela governamental, suportada ou não em proposta não vinculativa do **Conselho de Administração não executivo**.
- ▶ O **Conselho de Administração não executivo** atuará assim como um facilitador de alto nível, promovendo uma articulação eficaz com a **Comissão Executiva** e as entidades de tutela governamental, garantindo um alinhamento contínuo entre os pilares da assistência, do ensino, da investigação e da inovação.
- ▶ Este órgão será composto por 5 a 7 membros, nomeados por despacho conjunto das tutelas envolvidas, ouvidos os reitores das respetivas universidades, abrangendo uma representatividade diversificada, incluindo profissionais oriundos de instituições de saúde, das universidades e dos centros de investigação, bem como personalidades de reconhecido prestígio nos âmbitos clínico, académico, científico e social. Esta composição visa fortalecer a visão estratégica dos **Centros Clínicos Universitários**, impulsionando a inovação e a adaptação às exigências do panorama global da saúde.

As suas principais atribuições são:

- ▶ **Garantir a supervisão e a monitorização estratégica dos Centros Clínicos Universitários**, assegurando uma integração eficaz entre as dimensões assistencial, académica, de investigação e de inovação, de forma a impulsionar a excelência organizacional e a criação de valor sustentável.
- ▶ **Propor linhas de orientação estratégica integradas**, alinhando as quatro dimensões essenciais - assistencial, académica, científica e de inovação -, em estreita colaboração com a **Comissão Executiva dos Centros Clínicos Universitários**, promovendo uma visão unificada e orientada para a excelência.
- ▶ **Fomentar uma articulação institucional robusta**, promovendo parcerias eficazes entre unidades locais de saúde, universidades, unidades de investigação, empresas e outros *stakeholders* estratégicos, públicos, privados ou de solidariedade social, garantindo uma cooperação sinérgica e alinhada com as melhores práticas nacionais e internacionais.
- ▶ **Desenvolver e incentivar iniciativas inovadoras e sustentáveis**, promovendo a capacidade de adaptação dos **Centros Clínicos Universitários** às transformações científicas, tecnológicas, económicas e sociais, sempre em conformidade com princípios de sustentabilidade e de responsabilidade social.
- ▶ **Contribuir ativamente para a definição e a implementação dos planos estratégicos dos Centros Clínicos Universitários**, garantindo a sua plena coerência com a sua missão institucional e o alinhamento com as políticas públicas, de forma a responder eficazmente às necessidades do sistema de saúde.
- ▶ **Assegurar elevados padrões de transparência e integridade nos processos de decisão**, promovendo a participação inclusiva e o envolvimento de todos os *stakeholders* relevantes.

- ▶ **Representar e promover os Centros Clínicos Universitários**, designadamente junto de organizações internacionais, como polos de excelência em assistência, ensino, investigação e inovação, reforçando a sua posição estratégica e assegurando que operam de forma eficiente, integrada e sustentável.
- ▶ Emitir parecer não vinculativo sobre as propostas de Plano e Orçamento e Contratualização apresentadas pela Comissão Executiva à tutela.

Comissão Executiva

- ▶ A **Comissão Executiva** dos **Centros Clínicos Universitários** tem como missão a implementação e a gestão operacional em linha com os compromissos assumidos em sede de contrato-programa com a tutela, assegurando a execução eficiente e eficaz das atividades assistenciais, académicas e científicas.
- ▶ A **Comissão Executiva** deverá assegurar que o **Centro Clínico Universitário** opera com eficácia e eficiência, traduzindo a estratégia institucional em resultados concretos e sustentáveis. O seu papel é vital para garantir que o **Centro Clínico Universitário** atinja os mais altos padrões de qualidade nos cuidados de saúde, na formação de profissionais, na produção científica e na inovação tecnológica.
- ▶ A **Comissão Executiva** é constituída por um número ímpar de elementos (5 a 7), nomeados pelo Governo, sendo presidida por profissional de gestão de reconhecida diferenciação, competência e experiência no setor da saúde.
- ▶ Um dos vogais executivos será indicado pela Escola ou Faculdade de Medicina, a qual, por sua vez, cooptará no respetivo Conselho Diretivo um vogal executivo indicado pelo **Centro Clínico Universitário** em respeito pelo princípio da reciprocidade. O vogal executivo

indicado pela Escola ou Faculdade de Medicina assumirá o pelouro das atividades pedagógicas, científicas e de inovação no âmbito do **Centro Clínico Universitário**.

- ▶ A **Comissão Executiva** será responsável por uma gestão integrada e eficiente dos recursos humanos, financeiros e tecnológicos, promovendo a sustentabilidade das operações e a otimização dos investimentos dos **Centros Clínicos Universitários**. O seu compromisso centra-se no alinhamento rigoroso com as prioridades institucionais definidas no respetivo contrato-programa, assegurando o cumprimento dos objetivos estratégicos e a maximização do impacto das iniciativas desenvolvidas.

Entre as principais responsabilidades da **Comissão Executiva** destacam-se:

- ▶ Assegurar que os objetivos estratégicos e operacionais sejam atingidos de maneira eficiente.
- ▶ A gestão e a tomada de decisões operacionais relacionadas à gestão de recursos humanos, financeiros e tecnológicos, no quadro do Contrato-Programa estabelecido com a tutela.
- ▶ Assegurar a articulação e a integração entre as áreas assistencial, de ensino, de investigação e de inovação, promovendo sinergias e garantindo a entrega de resultados de excelência.
- ▶ Representar, em matérias operacionais e técnicas, os **Centros Clínicos Universitários** junto das autoridades públicas, parceiros estratégicos e outras instituições relevantes.
- ▶ Desenvolver e executar os planos operacionais anuais e plurianuais contratualizados com a tutela.
- ▶ Monitorizar e reportar regularmente o desempenho das operações e o cumprimento dos objetivos estabelecidos.
- ▶ Implementar soluções inovadoras que aumentem a eficiência, melhorem a qualidade dos serviços e promovam a competitividade do **Centro Clínico Universitário**.

- ▶ Identificar, avaliar e gerir riscos operacionais, assegurando a conformidade com os padrões legais, éticos e institucionais.
- ▶ Em sintonia e estreita articulação com o **Conselho de Administração não executivo**, promover parcerias operacionais com unidades locais de saúde, universidades, unidades de investigação, empresas e outros *stakeholders* estratégicos, públicos, privados ou de solidariedade social, maximizando o impacto das atividades do respetivo **Centro Clínico Universitário**.
- ▶ Difundir e implementar boas práticas de gestão em todas as áreas do **Centro Clínico Universitário** promovendo a excelência e a inovação.
- ▶ Elaborar e propor o regulamento interno do **Centro Clínico Universitário**, submetendo-o à homologação do membro do Governo responsável pela área da saúde, no prazo de 120 dias a contar da sua tomada de posse, considerando o parecer do **Conselho de Administração não executivo**.

Conselho Fiscal e Revisor Oficial de Contas

A fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial são exercidos por um **Conselho Fiscal**, constituído por três membros efetivos e por um suplente, sendo um deles o presidente do órgão, nomeados pela tutela das áreas das Finanças e da Saúde e por um revisor oficial de contas ou por uma sociedade de revisores oficiais de contas que não seja membro daquele órgão, obrigatoriamente de entre os auditores registados na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários, nomeados pela tutela sob proposta fundamentada do **Conselho Fiscal**.

Competências do **Conselho Fiscal**:

Ao Conselho Fiscal compete, especialmente, sem prejuízo das demais competências que lhe sejam atribuídas por lei:

- a) Dar parecer sobre o relatório de gestão;
- b) Acompanhar com regularidade a gestão através de balancetes e mapas demonstrativos da execução orçamental;

- c) Manter o Conselho de Administração e a Comissão Executiva informados sobre os resultados das verificações e dos exames a que proceda;
- d) Propor a realização de auditorias externas, quando tal se mostre necessário ou conveniente;
- e) Pronunciar-se sobre qualquer outro assunto em matéria de gestão económica e financeira que seja submetido à sua consideração pelo Conselho de Administração, Comissão Executiva e tutela;
- f) Dar parecer sobre a aquisição, arrendamento, alienação e oneração de bens imóveis;
- g) Dar parecer sobre a realização de investimentos e a contração de empréstimos;
- h) Elaborar relatórios da sua ação fiscalizadora, incluindo um relatório anual global;
- i) Pronunciar-se sobre assuntos que lhe sejam submetidos pelo Conselho de Administração, Comissão Executiva, pelo Tribunal de Contas e pelas entidades que integram o controlo estratégico do sistema de controlo interno da administração financeira do Estado.

Revisor Oficial de Contas

Compete ao Revisor Oficial de Contas o dever de proceder a todos os exames e verificações necessários à revisão e certificação legais das contas, bem como exercer as seguintes funções:

- a) Verificar da regularidade dos livros, registos contabilísticos e documentos que lhe servem de suporte;
- b) Verificar, quando o julgue conveniente e pela forma que entenda adequada, a extensão da caixa e as existências de qualquer espécie de bens ou valores pertencentes à empresa ou por ela recebidos em garantia, depósito ou outro título;
- c) Verificar a exatidão dos documentos de prestação de contas;
- d) Verificar se os critérios valorimétricos adotados pelo Centro Clínico Universitário, conduzem a uma correta avaliação do património e dos resultados.
- e) Com base nos relatórios trimestrais elaborados pela Comissão Executiva, o Conselho Fiscal e o Revisor Oficial de Contas, devem emitir um relatório sucinto que reflita os

controles efetuados e as eventuais anomalias detetadas, bem como os eventuais desvios verificados em relação aos orçamentos e a identificação das respetivas causas, o qual deve ser enviado aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das Finanças e da Saúde.

- f) Com base na proposta de plano de atividades e orçamento apresentada pelo Conselho de Administração, o Conselho Fiscal e o Revisor Oficial de Contas devem emitir um relatório e parecer ao mesmo, o qual deve ser enviado aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das Finanças e da Saúde.

Conselho Consultivo

- ▶ O **Conselho Consultivo dos Centros Clínicos Universitários** tem como missão primordial fomentar a transparência, a participação ativa e a representatividade de todas as partes interessadas nos processos de decisão estratégica e operacional dos **Centros Clínicos Universitários**.
- ▶ Enquanto órgão consultivo e de aconselhamento, desempenha um papel essencial na formulação de diretrizes que reforcem a articulação entre as dimensões assistenciais, académicas e científicas, assegurando o alinhamento contínuo com a missão e os objetivos institucionais.
- ▶ Este Conselho assume uma função central no fortalecimento da governação institucional, promovendo um ambiente colaborativo que integra diversos *stakeholders*, desde instituições de saúde e ensino até centros de investigação e parceiros estratégicos. A sua atuação será orientada para a excelência assistencial, educativa e científica, garantindo que as decisões refletem as necessidades da sociedade, as melhores práticas internacionais e os avanços científicos e tecnológicos.

Funções e Atribuições

- ▶ Emitir pareceres técnicos e recomendações estratégicas sobre planos institucionais, políticas organizacionais e iniciativas de impacto, com fundamento em critérios técnicos, éticos e científicos reconhecidos a nível nacional e internacional.

- ▶ Atuar como um fórum privilegiado de articulação e representação dos diversos *stakeholders*, abrangendo profissionais de saúde, académicos, investigadores, estudantes e representantes da comunidade, promovendo uma abordagem colaborativa e inclusiva.
- ▶ Acompanhar e avaliar, de forma consultiva e independente, a implementação das decisões estratégicas e operacionais, fornecendo análises críticas e recomendações construtivas tanto ao **Conselho de Administração não executivo** como à **Comissão Executiva**.
- ▶ Contribuir ativamente para a definição e qualificação das políticas institucionais, garantindo o alinhamento com as necessidades da organização, os padrões de qualidade e as melhores práticas internacionais no setor da saúde.
- ▶ Analisar e emitir pareceres fundamentados sobre projetos e iniciativas inovadoras nas áreas de assistência clínica, ensino e investigação científica, identificando oportunidades de excelência e inovação.
- ▶ Avaliar a articulação entre os serviços assistenciais, programas de ensino e atividades científicas, propondo soluções para fortalecer a sinergia entre estas áreas e potenciar o impacto institucional.
- ▶ Estimular e facilitar a colaboração entre os **Centros Clínicos Universitários** e as diversas entidades parceiras, incluindo universidades, centros de investigação, organismos de saúde pública e parceiros do setor privado, fomentando redes de conhecimento e inovação.
- ▶ Desenvolver e promover canais de comunicação eficazes com a comunidade, captando sugestões, expectativas e preocupações, assegurando que os Centros Clínicos Universitários estejam alinhados às necessidades sociais e de saúde pública.
- ▶ Emitir recomendações sobre questões éticas relacionadas à assistência clínica, à investigação científica e à inovação tecnológica, garantindo o cumprimento dos mais elevados padrões de integridade, transparência e responsabilidade institucional.

Composição do Conselho Consultivo dos Centros Clínicos Universitários

- ▶ O **Conselho Consultivo** dos **Centros Clínicos Universitários** deverá ser constituído por um grupo representativo e multidisciplinar, composto por 15 a 20 membros, nomeados por despacho conjunto do **Conselho de Administração não executivo** e da **Comissão Executiva**, assegurando um equilíbrio estratégico entre representatividade e eficiência nas discussões e deliberações. A composição do **Conselho Consultivo** deverá refletir a diversidade de género, faixa etária, formação académica e profissional, garantindo uma representatividade abrangente e alinhada com os desafios e objetivos institucionais.
- ▶ Deverá ainda ser promovido um equilíbrio entre membros internos - diretamente vinculados ao **Centro Clínico Universitário** - e membros externos, num mínimo de metade do total dos membros deste Conselho, selecionados com base na sua independência, experiência comprovada e compromisso com a missão e valores da instituição. Esta configuração permitirá uma visão holística e imparcial, contribuindo para uma tomada de decisão informada e eficaz.
- ▶ A composição do **Conselho Consultivo** deverá incluir representantes institucionais, profissionais de saúde, investigadores e académicos, estudantes, representantes autárquicos e da sociedade civil e ser presidido por um moderador externo, com perfil neutro e reconhecida competência em governação de instituições de saúde e de ensino, cuja função será facilitar os debates, garantir a imparcialidade e fomentar um ambiente colaborativo e construtivo.
- ▶ Esta estrutura organizacional visa assegurar que o **Conselho Consultivo** opere de forma representativa, inclusiva e eficiente, capacitando-o para fornecer aconselhamento estratégico e operacional robusto.

- ▶ A diversidade e a especialização dos seus membros serão fundamentais para impulsionar a excelência, a inovação e a sustentabilidade dos **Centros Clínicos Universitários**, garantindo que estes respondam eficazmente às exigências do setor da saúde e às necessidades da sociedade.

Regimento Interno dos Órgãos do Centro Clínico Universitário

O funcionamento de cada órgão colegial, previsto para o **Centro Clínico Universitário**, será fixado em regimento próprio destinado a disciplinar o seu funcionamento, regulando-se o poder de auto-organização (conforme o n.º 3 do artigo 20.º do Código do Procedimento Administrativo).

IV.4. Recursos Humanos nos Centros Clínicos Universitários

A implementação dos **Centros Clínicos Universitários** deverá constituir uma oportunidade para se rever e atualizar a legislação relevante de entre a qual se destaca o Decreto-Lei n.º 312/84, tendo em vista a criação de um regime que tenha como propósito articular, de um modo adequado e eficaz, funções e carreiras de profissionais com vertentes clínicas e académicas, assegurando condições de trabalho que valorizem este esforço multidimensional, mas não descurando os interesses e as competências individuais de cada profissional de saúde, incluindo nomeadamente médicos, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas e dos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica dos **Centros Clínicos Universitários**. Estes interesses e competências poderão variar ao longo da vida do profissional, mas deverão estar de acordo com os interesses das instituições académicas e de saúde envolvidas nos **Centros Clínicos Universitários**.

- ▶ Os **Centros Clínicos Universitários** são pilares fundamentais na integração das dimensões essenciais do sistema de saúde, a saber, assistência, ensino e formação, investigação científica e inovação tecnológica. A interação sinérgica entre estas dimensões é imprescindível para promover avanços no setor e melhorar a qualidade dos serviços prestados à sociedade.
- ▶ Os **Centros Clínicos Universitários** visam alinhar as necessidades e as expectativas dos profissionais com os objetivos estratégicos das instituições, promovendo uma interação harmoniosa entre assistência, ensino, investigação e inovação. Para isso, é necessário implementar estratégias robustas e abrangentes na gestão dos seus recursos humanos, que atendam tanto às necessidades das carreiras assistenciais da saúde como das carreiras docentes, de uma forma justa, equilibrada e sustentável.

- ▶ O modelo proposto para os **Centros Clínicos Universitários** visa assegurar a valorização efetiva do mérito e da competência nestas duas vertentes, garantindo elevados padrões de qualidade tanto na prática clínica como no ensino, na investigação e na inovação.
- ▶ A progressão dos profissionais dos **Centros Clínicos Universitários** com atividade clínica e académica deverá evitar qualquer tipo de inerências ou equivalências automáticas, sendo recomendada a realização de provas públicas específicas - conforme os critérios próprios das carreiras assistenciais, designadamente a médica, e das respetivas carreiras docentes – avaliadas por júris qualificados e independentes, nomeados pelas respetivas instituições de saúde e de ensino superior.
- ▶ Os **Centros Clínicos Universitários** deverão assegurar a formação contínua e o desenvolvimento de competências, individuais e coletivas, através de programas personalizados e em equipa de capacitação, desenvolvendo iniciativas de formação contínua ajustadas às exigências das diferentes dimensões, alinhando ainda os profissionais com a inovação científica e tecnológica.
- ▶ Os **Centros Clínicos Universitários** deverão assegurar o reconhecimento e a estabilidade profissional, estabelecendo regimes de recrutamento e de progressão que reconheçam o valor das atividades nas diferentes dimensões – assistencial, ensino, investigação e inovação –, assegurando estabilidade e planos de carreira atrativos.
- ▶ Os **Centros Clínicos Universitários** deverão assegurar uma alocação de tempo equilibrada entre as atividades clínicas e as académicas, permitindo ajustes conforme as necessidades institucionais e os interesses e competências dos profissionais.

- ▶ Os **Centros Clínicos Universitários** deverão basear o seu processo de recrutamento em modelos de governação colaborativa, criando estruturas que promovam a interação entre hospitais, centros de saúde, universidades e unidades de investigação, assegurando alinhamento estratégico e, tanto quanto possível, gestão conjunta.
- ▶ Os **Centros Clínicos Universitários** deverão contribuir para a equidade contratual, diminuindo ou mesmo eliminando discrepâncias remuneratórias entre carreiras clínicas e docentes, garantindo a equidade de condições de trabalho e benefícios.
- ▶ Os **Centros Clínicos Universitários** deverão criar incentivos que estimulem os profissionais a investir em formação avançada e a participar em projetos de investigação, incluindo financiamento adicional e oportunidades adicionais de progressão na carreira.
- ▶ Os **Centros Clínicos Universitários** deverão delinear estratégias de captação e retenção de talento, estabelecendo estratégias de remuneração e benefícios que tornem os Centros Clínicos Universitários mais atrativos para profissionais de excelência nas áreas assistencial, docente e de investigação.
- ▶ Os **Centros Clínicos Universitários** deverão fomentar a criação de equipas multidisciplinares incentivando a colaboração e a troca de conhecimentos entre as diferentes funções e profissões.
- ▶ Os **Centros Clínicos Universitários** deverão reconhecer a importância da docência, designadamente de índole clínica, atribuindo maior valorização institucional e financeira aos profissionais que se dedicam à formação de estudantes de pré e pós-graduação em contexto clínico, reconhecendo o impacto indireto desta atividade na qualidade dos cuidados de saúde.

- ▶ Para efeito da elaboração de protocolos de colaboração entre os **Centros Clínicos Universitários** e as Escolas Médicas ou os estabelecimentos de ensino superior de outros profissionais de saúde, deverá continuar consagrado o princípio da integração das funções de carácter assistencial com as de carácter pedagógico, na continuidade e à semelhança do já previsto no Decreto-Lei n.º 312/84.
- ▶ Os **Centros Clínicos Universitários**, relativamente às funções das suas vertentes de investigação e/ou inovação, deverão ainda consagrar a possibilidade de atribuição de períodos de “tempo protegido”, i.e., tempo consagrado a vertentes não assistenciais, nos contratos dos seus profissionais de saúde, designadamente médicos e docentes clínicos, de modo que possam realizar este tipo de tarefas, de acordo com o acordado entre os profissionais e a **Comissão Executiva**. A extensão e a duração destes períodos poderão variar tendo em consideração a eventual existência de financiamento externo e o interesse para a estratégia dos respetivos Centros Clínicos Universitários.
- ▶ No regime a criar, deverá ser possível aos **Centros Clínicos Universitários** acomodar a coexistência de clínicos académicos, clínicos sem atividade académica, profissionais com 0% de atividade académica, profissionais dos **Centros Clínicos Universitários** convidados e contratados pelas Universidades ou Institutos Politécnicos em percentagens que possam variar entre 5 e 60% e de “académicos clínicos”, docentes de carreira universitária contratados pela Universidade a 100% e pelos **Centros Clínicos Universitários**, em regime de integração de funções pedagógicas, entre 30 a 50%.

IV.5. Financiamento dos Centros Clínicos Universitários

Os **Centros Clínicos Universitários** desempenham funções essenciais nas áreas da assistência clínica, do ensino, da investigação científica e da inovação, tornando indispensável um modelo de financiamento robusto e ajustado à sua missão multifacetada. Para tal, os **Centros Clínicos Universitários** deverão evoluir para um modelo de financiamento específico e ajustado às suas diferentes missões e que tome em consideração a sua elevada diferenciação e complexidade. De entre as opções a considerar, enunciam-se as alternativas mais consistentes e com maior viabilidade de execução:

- ▶ Os **Centros Clínicos Universitários** deverão promover a sua própria sustentabilidade, garantindo um nível de financiamento alinhado às necessidades reais, bem como promover a eficiência, a equidade e a gestão adequada dos recursos, incentivando tanto a excelência clínica como a académica.
- ▶ O financiamento dos **Centros Clínicos Universitários** deverá basear o seu desenvolvimento num modelo financeiro equilibrado, que reforce a integração entre assistência, ensino, investigação e inovação, contribuindo para a excelência e a sustentabilidade do sistema de saúde.
- ▶ O financiamento dos **Centros Clínicos Universitários** deverá definir políticas claras para a gestão da inovação e da propriedade intelectual, incluindo mecanismos de partilha mútua de benefícios entre a Academia e a Saúde, designadamente, se

existirem, os Centros Académicos Clínicos, entre outras estruturas em parceria nas áreas do ensino e translação do conhecimento para a prestação de cuidados.

- ▶ O financiamento dos **Centros Clínicos Universitários** deverá aprofundar o modelo de financiamento por capitação ajustada, considerando a diferenciação e a complexidade dos cuidados prestados nos **Centros Clínicos Universitários** que têm uma complexidade e uma diferenciação clínica muito superior relativamente aos outros hospitais não universitários. Além disso a determinação inicial deverá ser baseada em fatores como a dimensão da população coberta e o orçamento do Serviço Nacional de Saúde.
- ▶ O modelo de financiamento deve incorporar variáveis como a idade, o género, o peso relativo das doenças crónicas e a complexidade clínica das populações servidas, tendo em vista o ajustamento do valor *per capita*. A implementação de sistemas como os *Adjusted Clinical Groups (ACG)* e os Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH) deverão ser aprofundados, tendo em vista a captura das necessidades reais dos **Centros Clínicos Universitários** e dos utentes abrangidos.
- ▶ O financiamento dos **Centros Clínicos Universitários** deverá considerar o fluxo de doentes tendo por base o princípio do *money follows the Patient*, através da adoção de modelos que ajustem os recursos à complexidade e ao volume de serviços prestados, garantindo assim um financiamento sustentável e assegurando que estes fluxos ocorrem até ao final do exercício económico seguinte àquele em que ocorreram as transferências de doentes.
- ▶ A transferência de recursos para as instituições que assegurem cuidados a utentes fora de sua área de residência deverá ser acautelada bem como o estabelecimento de tabelas de custos padrão para facilitar as compensações entre as unidades locais de saúde ou outras entidades prestadoras de cuidados de saúde.

- ▶ Deverá ser criado um fundo centralizado de compensação – Fundo de Compensação *Ex-Post* – para apoiar as unidades que atendam casos mais complexos, promovendo assim o equilíbrio financeiro e a equidade no sistema.
- ▶ Deverão ser implementados orçamentos adicionais para o financiamento específico de atividades de Ensino, Investigação e de Inovação com separação dos recursos dedicados a estas atividades académicas, de modo a evitar que estes recursos sejam absorvidos pelas necessidades assistenciais.
- ▶ As fontes de financiamento dos **Centros Clínicos Universitários** poderão incluir contratos-programa específicos e financiamentos competitivos de entidades como a Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) ou a Agência Nacional de Inovação (ANI) e a Agência para Investigação Clínica e Inovação Biomédica (AICIB), através de projetos de investigação submetidos em parceria com as Universidades e as unidades de investigação. Adicionalmente, poder-se-á recorrer a parcerias com a indústria, institutos privados e filantropia (por exemplo, fundos de doação ou *Endowments* universitários), reforçando a possibilidade de financiamento extra estatal que, respeitando princípios éticos e de transparência, promova a inovação.
- ▶ O financiamento dos **Centros Clínicos Universitários** deverá considerar a valorização das funções educativas, nomeadamente a compensação financeira para profissionais que dedicam tempo ao ensino e à formação prática.
- ▶ O financiamento dos **Centros Clínicos Universitários** deverá incorporar incentivos à investigação clínica, premiando as instituições que participem em ensaios clínicos e promovam a inovação através, nomeadamente, da criação de infraestruturas de suporte técnico e administrativo para a investigação.

- ▶ O financiamento dos **Centros Clínicos Universitários** deverá basear-se num planeamento de custos que inclua mecanismos de previsão para novos tratamentos (*horizon scanning*) e avaliações de custo-efetividade (*Health Technology Assessment - HTA*), sempre que necessário, garantindo maior sustentabilidade e eficiência.
- ▶ O financiamento dos **Centros Clínicos Universitários** deverá ser baseado num plano e orçamento, de carácter plurianual, específico para a inovação suportado em dados robustos e normas de orientação clínica, tendo em vista a integração de novas tecnologias e medicamentos.
- ▶ O financiamento dos **Centros Clínicos Universitários** deverá prever a existência de incentivos ao desempenho permitindo a majoração financeira até 5% do valor contratual com base em indicadores assistenciais - acesso aos cuidados (ex.: tempos máximos de resposta garantidos), a qualidade assistencial (ex.: reinternamentos em 30 dias) de ensino e investigação - (por exemplo o número de publicações científicas e ensaios clínicos).
- ▶ Relativamente ao desempenho dos **Centros Clínicos Universitários** nas áreas de atividades tradicionalmente associadas às missões da Universidade e com evidente participação de recursos humanos desta, como é o caso das atividades de investigação e de inovação, pelo menos 30% deste financiamento adicional proveniente do orçamento de estado deverá reverter diretamente para as Escolas Médicas (ou para entidades por estas participadas como por exemplo os Centros Clínicos Académicos) de modo a compensá-las pela sua transferência de conhecimento e pela sua contribuição específica e crucial para o sucesso clínico e científico dos **Centros Clínicos Universitários**.
- ▶ O financiamento dos **Centros Clínicos Universitários** deverá ser monitorizado através do recurso a sistemas como o SICA (Sistema de Informação da

Contratualização e Acompanhamento) para acompanhamento de indicadores e a realização de auditorias regulares com a publicação de relatórios anuais com comparações entre Centros e outras entidades de *benchmarking* e emissão de recomendações baseadas em evidência.

- ▶ O financiamento dos **Centros Clínicos Universitários** deverá contemplar investimentos alinhados com as mais recentes tendências de inovação na prestação de cuidados de saúde, em particular a adoção de soluções de inteligência artificial e *big data*, que, embora exijam recursos significativos na aquisição de infraestruturas e na capacitação de profissionais, oferecem ganhos substanciais em eficiência, acessibilidade e qualidade assistencial.
- ▶ O financiamento dos **Centros Clínicos Universitários** deverá promover metas de sustentabilidade ambiental e responsabilidade social, nomeadamente gestão eficiente de recursos e resíduos. O cumprimento dessas metas poderá integrar indicadores de desempenho e constituir critério de majoração financeira, alinhado às recomendações internacionais.

V. Considerações Finais

A recente reestruturação do Serviço Nacional de Saúde em Unidades Locais de Saúde resultou em desafios que, se não forem devidamente acautelados, poderão vir a agravar a desejada articulação institucional entre hospitais, centros de saúde e universidades, com prejuízo para o ensino clínico, a investigação e a inovação em saúde, e, a médio e longo prazo, a própria prestação de cuidados de saúde mais diferenciados.

A **Comissão Técnica Independente**, nomeada pela Ministra da Saúde propõe que as atuais Unidades Locais de Saúde de cariz universitário se transformem em **Centros Clínicos Universitários**. Por forma a garantir uma adequada implementação enuncia um conjunto de linhas orientadoras que definem conceptualmente estes **Centros Clínicos Universitários**, propondo um conjunto de estratégias práticas no que respeita ao seu modelo de governação, recursos humanos e financiamento. Estas estratégias visam garantir simultaneamente uma gestão robusta e eficiente destas novas entidades, com uma mais adequada e efetiva articulação com as respetivas escolas médicas, unidades de investigação e outras entidades que venham a colaborar com estes Centros.

No que respeita ao modelo de governação, preconiza-se que este assente num **Conselho de Administração não executivo**, uma **Comissão Executiva**, e um **Conselho Consultivo**. São elementos diferenciadores do modelo atual:

- I) o facto de o **Conselho de Administração não-executivo** passar a articular também com entidades e agências governamentais decorrentes da missão das Universidades;
- II) a inclusão no **Conselho de Administração não-executivo** e no **Conselho Consultivo** de profissionais oriundos da área da saúde e do meio académico e, no

caso específico da **Comissão Executiva** com a indicação de um vogal executivo nomeado por parte das Escolas ou Faculdades de Medicina, com o pelouro das atividades pedagógicas, científicas e de inovação, e em reciprocidade de um vogal executivo, nomeado pelo **Centro Clínico Universitário**, para a Direção ou o Conselho Diretivo da respetiva Escola ou Faculdades de Medicina a ele associada.

Do ponto de vista dos recursos humanos, prevê-se assegurar regimes de recrutamento e de progressão que reconheçam o valor, para além das atividades assistenciais, das atividades de ensino, investigação e inovação, possibilitando tempo protegido alocado para estas atividades. Adicionalmente, prevê-se que os **Centros Clínicos Universitários** procurem:

- I) eliminar as atuais discrepâncias remuneratórias entre carreiras clínicas e carreiras académicas, designadamente no que concerne aos docentes clínicos;
- II) criar incentivos que estimulem os profissionais a participar em projetos de investigação;
- III) atribuir valorização institucional e financeira, em articulação com as Escolas ou Faculdades de Medicina, ou outras instituições de ensino superior no caso das Escolas ou Faculdades de outras ciências de saúde, aos profissionais que participem em atividades de educação, formação pré e pós-graduada e Educação Continuada, em contexto clínico.

No âmbito financeiro, sugere-se que os **Centros Clínicos Universitários** disponham de acréscimos ou orçamento adicional específico para atividades de ensino, investigação e inovação. Além disso, o seu financiamento deve também incluir incentivos à investigação clínica, que devem beneficiar ou ser partilhados pelas Escolas Médicas.

A implementação destas práticas permitirá que os **Centros Clínicos Universitários** maximizem de forma efetiva o potencial sinérgico existente entre instituições prestadoras de cuidados de saúde e instituições académicas. À semelhança de congéneres europeus há muito criados e testados, como são exemplos os *Academic Medical Centers* ou os *Hopitaux*

Universitaires, o sucesso dos **Centros Clínicos Universitários** será garantido pelo facto de estes, simultaneamente:

- I) criarem um modelo organizativo que implica articulação interinstitucional;
- II) estabelecerem um sistema de incentivos que premeie o mérito e o interesse dos seus profissionais nas atividades de investigação e inovação.

De facto, o ensino clínico caracteriza-se por um conjunto de especificidades que o diferenciam do ensino noutras áreas. Em particular, o facto de este estar na estreita dependência de profissionais de saúde e ter de se articular com a atividade assistencial cria desafios significativos, mas também importantes oportunidades que podem resultar no benefício dos estudantes, mas também dos profissionais de saúde e dos próprios doentes, para além de promover ecossistemas locais, regionais e nacionais de saúde e investigação com benefícios sociais e económicos evidentes. Em particular, a prestação de cuidados de saúde pode resultar na obtenção de dados e evidência que beneficiem não só o cuidado imediato dos próprios doentes, mas também ajudem a responder a questões de investigação clínica e em serviços de saúde.

Estes novos conhecimentos e resultados científicos, por sua vez, podem contribuir para a melhoria da prestação dos cuidados de saúde, sendo estes **Centros Clínicos Universitários** instituições por excelência para implementação de novas abordagens clínicas ou modelos de serviço. Paralelamente, uma adequada articulação entre instituições de saúde e académicas permite aos estudantes uma melhor formação clínica - com profissionais com tempo dedicado à docência e a garantia de contacto diversificado com um conjunto alargado de patologias - mas também aos profissionais de saúde uma maior facilidade de acesso a formação pós-graduada, contribuindo para uma aprendizagem ao longo da vida que se traduz em melhores cuidados para os doentes.

Um comentário final sobre a relação destes novos **Centros Clínicos Universitários** com os Centros Académicos Clínicos. É convicção desta **Comissão Técnica Independente** que, dependendo da estratégia de cada **Centro Clínico Universitário**, os atuais Centros Académicos Clínicos poderão coexistir, já que são fundamentalmente consórcios ou

associações privadas entre várias entidades. No entanto, dependendo da evolução estratégica dos Centros Académicos Clínicos, estes poderão assumir diferentes configurações e âmbitos, incluindo de carácter regional ou metropolitano, envolvendo até, e à semelhança do *Imperial College London*, várias Escolas Médicas, diversas unidades de investigação e mais do que um **Centro Clínico Universitário** e/ou outras Unidades Locais de Saúde.

A criação dos **Centros Clínicos Universitários** poderá vir a dar o necessário impulso ao desenvolvimento de instituições com a necessária massa crítica adequada, permitindo-lhes serem competitivos no panorama internacional e alavancando, de forma sustentável e até lucrativa, atividades de investigação clínica e inovação biomédica.

Finalmente, e tendo em consideração tudo o que anteriormente foi já dito e proposto neste relatório, é convicção profunda desta **Comissão Técnica Independente** que a transformação das atuais Unidades Locais de Saúde de cariz Universitário em **Centros Clínicos Universitários** poderá constituir um marco histórico no desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde, assegurando que na sua evolução futura e na evolução das Escolas Médicas portuguesas sejam mantidos padrões de elevada qualidade assistencial e de excelência no ensino, na investigação e na inovação.

Relatório Aprovado por Consenso em 28 de janeiro de 2025 por unanimidade dos membros da CTI ULS

Adalberto Campos Fernandes, Universidade NOVA de Lisboa, na qualidade de presidente;

José Fragata, Universidade NOVA de Lisboa, na qualidade de vice-presidente;

Altamiro da Costa Pereira, Universidade do Porto;

Carlos das Neves Martins, ULS Santa Maria;

Francisco Manuel Lemos Amado, Universidade de Aveiro;

Helena Canhão, Universidade NOVA de Lisboa;

Henrique Cyrne de Carvalho, Universidade do Porto;

Inês Araújo, Universidade do Algarve;

João Eurico Cortez Cabral da Fonseca, Universidade de Lisboa;

Jorge Manuel Nunes Correia Pinto, Universidade do Minho;

Joaquim Murta, Universidade de Coimbra;

José Fernandes e Fernandes, Universidade de Lisboa;

Maria do Carmo Fonseca, Universidade de Lisboa;

Maria João Ribeiro Leite Baptista, ULS São João;

Miguel Castelo-Branco Sousa, Universidade da Beira Interior;

Paulo Barbosa, ULS Santo António;

Paulo Neves, ULS Algarve;

Xavier Barreto, ULS São João;

VI. Bibliografia e Leituras Recomendadas

- Akl, E. A., Meerpohl, J. J., Raad, D., Piaggio, G., Mattioni, M., Paggi, M. G., ... & Schünemann, H. J. (2012). Effects of assessing the productivity of faculty in academic medical centres: a systematic review. *CMAJ*, 184(11), E602-E612.
- Allen, P., Wright, J., Keen, J., Dempster, P. G., Hutchings, A., Townsend, J., ... & Verzulli, R. (2011). Investigating the governance of NHS Foundation Trusts. Final report to the NIHR SDO programme, NIHR, Southampton.
- Anderson, J. L., Mugavero, M. J., Ivankova, N. V., Reamey, R. A., Varley, A. L., Samuel, S. E., & Cherrington, A. L. (2022). Adapting an interdisciplinary learning health system framework for academic health centers: a scoping review. *Academic Medicine*, 97(10), 1564-1572.
- Ahgren, B., & Axelsson, R. (2011). A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000–2010. *International Journal of Integrated Care*, 11(Special 10th Anniversary Edition).
- Barzansky, B. (2010). Abraham Flexner and the era of medical education reform. *Academic Medicine*, 85(9), S19–S25. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181f5cf07>.
- Berwick, D. M., & Finkelstein, J. A. (2010). Preparing medical students for the continual improvement of health and health care: Abraham Flexner and the new “public interest.” *Academic Medicine*, 85(9), S56-S65.
- Burns, L. R., & Muller, R. W. (2008). Hospital-physician collaboration: landscape of economic integration and impact on clinical integration. *The Milbank Quarterly*, 86(3), 375-434.
- Cardinaal, E., Dubas-Jakóbczyk, K., Behmane, D., Bryndová, L., Cascini, F., Duighuisen, H., ... & Jeurissen, P. (2022). Governance of academic medical centres in changing healthcare systems: An international comparison. *Health Policy*, 126(7), 613-618.
- Cardinaal, E. M., Duighuisen, H. N., Jeurissen, P. P., & Berden, H. (2023). Inventory and analysis of literature on the organisation of eight European academic medical centres - A scoping review. *PLOS ONE*, 18(3), e0282856.
- Chari, R., O'Hanlon, C., Chen, P., Leuschner, K., & Nelson, C. (2018). Governing academic medical center systems: Evaluating and choosing among alternative governance approaches. *Academic Medicine*, 93(2), 192-198.
- Cooke, M., Irby, D. M., & O'Brien, B. C. (2010). *Educating physicians: a call for reform of medical school and residency* (Vol. 16). John Wiley & Sons.

- Cossio-Gil, Y., Omara, M., Watson, C., Casey, J., Chakhunashvili, A., Gutiérrez-San Miguel, M., ... & Stamm, T. (2022). The roadmap for implementing value-based healthcare in European university hospitals—consensus report and recommendations. *Value in Health*, 25(7), 1148-1156.
- Council, N. R. (2004). *Academic health centers: leading changes in the 21st century*. Washington, DC.
- Diário da República. (2024, janeiro 25). Despacho nº 10677/2024. Diário da República, 1ª série, nº 8874. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10677-2024-887428457>
- Diário da República. (2023, outubro 12). Decreto-Lei nº 102/2023. Diário da República, 1ª série, nº 22390. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- Diário da República. (1983, agosto 3). Decreto-Lei nº 316/1983. Diário da República, 1ª série. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/316-1983-453184>
- Diário da República. (2009, dezembro 14). Portaria nº 1371/2009. Diário da República, 1ª série. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/1371-2009-483132>
- Diário da República. (2017, fevereiro 28). Decreto-Lei nº 18/2017. Diário da República, 1ª série. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/18-2017-106434234>
- Diário da República. (2018, março 8). Decreto-Lei nº 61/2018. Diário da República, 1ª série. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/61-2018-115886131>
- Diário da República. (2004, novembro 9). Decreto-Lei nº 206/2004. Diário da República, 1ª série. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/206-2004-480522>
- Dixon, A., Storey, J., & Rosete, A. A. (2010). Accountability of foundation trusts in the English NHS: views of directors and governors. *Journal of Health Services Research & Policy*, 15(2), 82-89.
- European University Hospital Alliance. (n.d.). EUHA – European University Hospital Alliance. Recuperado de <https://www.euhalliance.eu/>
- French, C. E., Ferlie, E., & Fulop, N. J. (2014). The international spread of Academic Health Science Centres: a scoping review and the case of policy transfer to England. *Health Policy*, 117(3), 382-391.
- Gomes, J. F. (1990). A reforma universitária de 1911. *Revista História das Ideias*, 12, 269–299.
- Herrin, D., Hathaway, D., Jacob, S., McKeon, L., Norris, T., Spears, P., & Stegbauer, C. (2006). A model academic-practice partnership. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 36(12), 547-550.
- Indicators, O. E. C. D. (2023). *Health at a Glance 2023*.
- Levinson, W., & Rubenstein, A. (2000). Integrating clinician-educators into academic medical centers: Challenges and potential solutions. *Academic Medicine*, 75(9), 906–912. <https://doi.org/10.1097/00001888-200009000-00010>.

- Martins, E. C. (2009). A política portuguesa de educação e de assistência social no período do Estado Novo (1930–1974). *Série-Estudos-Periódico do Programa de Pós-Graduação em Educação da UCDB*, 27, 151–176. ISSN 1414-5138.
- Nong, P., Hamasha, R., & Platt, J. (2024). Equity and AI Governance at Academic Medical Centers. *American Journal of Managed Care*, 30.
- Nordgren, L. (2011). Healthcare matching: Conditions for developing a new service system. *International Journal of Quality and Service Sciences*, 3(3), 304-318.
- Ovseiko, P. V., Davies, S. M., & Buchan, A. M. (2010). Organizational models of emerging academic health science centers in England. *Academic Medicine*, 85(8), 1282-1289.
- Pellegrini Jr, V. D., Guzik, D. S., Wilson, D. E., & Evarts, C. M. (2019). Governance of academic health centers and systems: a conceptual framework for analysis. *Academic Medicine*, 94(1), 12-16.
- Roberg, N. B. (1967). Medical reform in western Germany. *JAMA*, 200(7), 603–608. <https://doi.org/10.1001/jama.1967.03140150025005>.
- Tess, A., Vidyarthi, A., Yang, J., & Myers, J. S. (2015). Bridging the gap: a framework and strategies for integrating the quality and safety mission of teaching hospitals and graduate medical education. *Academic Medicine*, 90(9), 1251-1257.
- Valletta, R. M., & Harkness, A. (2013). 5 strategies for improving performance of academic medical centers: academic medical centers should research and embrace new approaches to financing, operations, and governance to become more cost-efficient and profitable in an era of reform. *Healthcare Financial Management*, 67(6), 124-129.
- Universitätsklinikum, C. (2012). Charité Berlin World Health Summit: research for health and sustainable development: Berlin, October 2012.
- Ten Cate, O. (2007). Medical education in the Netherlands. *Medical Teacher*, 29(8), 752-757.
- Dzau, V. J., Balatbat, C. A., & Ellaissi, W. F. (2021). Revisiting academic health sciences systems a decade later: discovery to health to population to society. *The Lancet*, 398(10318), 2300-2304.
- Dzau, V. J., Ackerly, D. C., Sutton-Wallace, P., Merson, M. H., Williams, R. S., Krishnan, K. R., ... & Califf, R. M. (2010). The role of academic health science systems in the transformation of medicine. *The Lancet*, 375(9718), 949-953.

VII. Anexos

Anexo 1 - Despacho 10677/2024, Gabinete da Ministra da Saúde

SAÚDE**Gabinete da Ministra da Saúde****Despacho n.º 10677/2024**

Sumário: Cria uma comissão técnica independente (CTI) com o objetivo de estudar as unidades locais de saúde de cariz universitário (ULSU) e a sua relação com o ensino médico, a formação e a investigação e determina a sua composição.

O Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, procedeu à reestruturação de um conjunto significativo de entidades públicas empresariais que estão integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS), adotando o modelo de organização e de funcionamento em unidades locais de saúde (ULS).

O XXIV Governo Constitucional consignou no seu Programa o compromisso de consolidar uma reforma estrutural e sustentável de modernização e reorganização do SNS. Em particular, e com este propósito, assumiu a firme intenção de reponderar a configuração, os modelos de organização e de gestão e a estratégia de inserção na rede do SNS das ULS que integram hospitais universitários e centros de investigação e, em particular, no que se refere aos centros académicos clínicos.

As ULS visam reforçar a aposta na promoção da saúde e na prevenção da doença e cumprem postulados normativos relevantes, designadamente os enunciados e proclamados no n.º 2 da Base 20 da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, e pelo artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, na sua redação atual, que aprova o Estatuto do SNS.

No entanto, a implementação, evolução e o amadurecimento deste novo modelo organizativo tem de reconsiderar a arquitetura e o posicionamento estratégico das unidades mais complexas e das que integram hospitais universitários, na sua tripla vertente assistencial, de ensino e investigação.

Estas entidades constituem-se como pilares estratégicos e de referência do sistema de saúde assumindo uma relevância nacional e transversal, no âmbito da prestação de cuidados de saúde diferenciados, ao nível do ensino médico, da formação pré e pós-graduada, da formação avançada e da investigação científica nas suas múltiplas vertentes.

Com efeito, as unidades locais de saúde universitárias (ULSU) deverão aprofundar a sua missão, no contexto do sistema de saúde, enquanto referencial estratégico, promovendo a diferenciação clínica, através de uma cultura de base científica, de abertura à incorporação da inovação e do desenvolvimento contínuo da tripla dimensão que as define e caracteriza: ensino e formação, assistência e investigação.

O fortalecimento e o desenvolvimento contínuo das ULSU deverá assentar num quadro de efetiva sustentabilidade, autonomia e diferenciação tendo como referência as melhores práticas nacionais e internacionais.

E, nessa medida, em função da sua missão, dimensão e estrutura, caracterização técnica e operacional, especificidades e complexidade, devem ser objeto de estudo autónomo, por meio de uma avaliação profunda e acompanhamento diferenciado, beneficiando de recomendações e orientações que contribuam para a sua valorização, diferenciação e consolidação institucional.

Face ao exposto, determina-se:

1 – Criar uma comissão técnica independente (CTI) com o objetivo de estudar as unidades locais de saúde de cariz universitário (ULSU) e a sua relação com o ensino médico, a formação e a investigação.

2 – A CTI será abrangente e multidisciplinar, refletindo uma ampla diversidade de experiências e competências nas áreas do ensino médico, da gestão e administração em saúde, da investigação científica e da formação profissional.

3 – Os integrantes da CTI, de inequívoca e reputada qualificação, atuam em nome estritamente pessoal.

4 – A CTI tem a seguinte composição:

- a) Adalberto Campos Fernandes, Universidade NOVA de Lisboa, na qualidade de presidente;
- b) José Fragata, Universidade NOVA de Lisboa, na qualidade de vice-presidente;
- c) Altamiro da Costa Pereira, Universidade do Porto;
- d) Carlos das Neves Martins, ULS Santa Maria;
- e) Francisco Manuel Lemos Amado, Universidade de Aveiro;
- f) Helena Canhão, Universidade NOVA de Lisboa;
- g) Henrique Cyrne de Carvalho, Universidade do Porto;
- h) Inês Araújo, Universidade do Algarve;
- i) João Eurico Cortez Cabral da Fonseca, Universidade de Lisboa;
- j) Jorge Manuel Nunes Correia Pinto, Universidade do Minho;
- k) Joaquim Murta, Universidade de Coimbra;
- l) José Fernandes e Fernandes, Universidade de Lisboa;
- m) Maria do Carmo Fonseca, Universidade de Lisboa;
- n) Maria João Ribeiro Leite Baptista, ULS São João;
- o) Miguel Castelo-Branco Sousa, Universidade da Beira Interior;
- p) Paulo Neves, ULS Algarve;
- q) Xavier Barreto, ULS São João.

5 – Os objetivos principais, inerentes aos trabalhos, e missão a prosseguir pela CTI são:

a) Avaliar o modelo atual de funcionamento das ULSU, identificando os desafios estratégicos e o potencial de desenvolvimento, nomeadamente em contexto de articulação com os centros académicos clínicos;

b) Analisar a articulação entre as ULSU, as instituições de ensino superior e de investigação e os diferentes agentes e entidades de prestação de cuidados de saúde, com especial enfoque nos cuidados de saúde especializados de proximidade;

c) Propor modelos e estratégias de articulação sinérgicas das suas diferentes dimensões ao nível do ensino, da formação e da investigação nas ULSU, bem como a sua integração e articulação no quadro das redes de referência local, regional e nacional do Serviço Nacional de Saúde;

d) Identificar as melhores práticas nacionais e internacionais que possam ser adaptadas ao contexto e realidade das ULSU;

e) Elaborar um relatório final com recomendações e orientações estratégicas.

6 – O presidente da comissão técnica pode solicitar a colaboração de entidades externas, peritos e/ou especialistas, sempre que se revele necessário, para o cumprimento da sua missão e funções.

7 – A participação na comissão não confere o direito a qualquer remuneração adicional, ressalvadas as ajudas de custo a que haja lugar nos termos legais.

8 – O apoio logístico e administrativo necessário ao regular funcionamento da comissão é providenciado e assegurado pela Secretaria-Geral do Ministério da Saúde.

9 — As despesas decorrentes do funcionamento e emergentes das atividades que se reputeem adequadas ao exercício das funções da comissão são suportadas pelo Orçamento do Ministério da Saúde.

10 — A comissão deve iniciar os seus trabalhos no prazo máximo de 15 (quinze) dias após a publicação do presente despacho.

11 — A comissão técnica reunirá com a periodicidade necessária para o desenvolvimento da sua missão e deverá apresentar um relatório preliminar de seguimento até ao dia 30 de novembro de 2024, bem como um relatório final até ao dia 31 de dezembro de 2024.

12 — O presente despacho produz efeitos na data da sua publicação.

3 de setembro de 2024. — A Ministra da Saúde, Ana Paula Martins.

318087474

Anexo 2 - Lista de Entidade e Personalidades

AICB Agência de Investigação Clínica e Inovação Biomédica

ANEM Associação Nacional de Estudantes de Medicina

ANMSP Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública

APAH Associação Portuguesa de Administração Hospitalar

APEGEL Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança

APMGF Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar

CEMP Conselho de Escolas Médicas Portuguesas

Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Farmacêuticos

Ordem dos Médicos

Ordem dos Nutricionistas

Plataforma Saúde em Diálogo

Professor Alexandre Lourenço, ULS Coimbra

Professor Hugo Pinto Marques, ULS São José

Professor Julian Perlman, NOVA ENSP

Professor Miguel Gouveia, Universidade Católica

Professor Pedro Pita Barros, NOVA SBE

Anexo 3 - Audição e Contributo

Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança

Agradeço o honroso convite

Irei construir o meu contributo sob três perspetivas

INTEGRAÇÃO DA ENFERMAGEM NO ENSINO UNIVERSITÁRIO

Desde sempre que os serviços de saúde contribuem para a formação pré e pós-graduada dos enfermeiros. Existe legislação que dá suporte ao exercício clínico necessário à formação em enfermagem, embora seja legislação norteada apenas pela componente académica, por outro lado e fruto da Lei de Bases do Sistema Educativo, que prevê, no que reporta ao ensino superior, a existência de um sistema binário com dois subsistemas que compreende, nomeadamente, o ensino universitário e o ensino politécnico.

Não obstante a existência deste sistema binário, o ensino da Enfermagem constitui um caso, em nosso entender, paradoxal, na medida em que, nos termos do Decreto-Lei n.º 353/99, de 3 de setembro, se permite o desenvolvimento do 2.º e 3.º ciclo de formação no âmbito do subsistema universitário, mas por força do disposto no Decreto-Lei n.º 480/88, de 23 de dezembro, se mantém a restrição do 1.º ciclo exclusivamente ao subsistema do ensino politécnico, ignorando-se o desenvolvimento da Enfermagem, nos mais variados domínios,¹ o que não reflete a realidade nacional da formação em enfermagem que hoje já conta com mais de uma centena de doutorados (111) e mais de oito mil mestrados (8 838).²

Ainda de acordo com a referida Lei de Bases, o ensino universitário é “(...)orientado por uma constante perspetiva de promoção de investigação e de criação do saber, visa assegurar uma sólida preparação científica e cultural e proporcionar uma formação técnica que habilite para o exercício de atividades profissionais e culturais e fomenta o desenvolvimento das capacidades de conceção, de inovação e de análise crítica”, esperando-se que este subsistema tenha em si representadas todas as áreas científicas e que desenvolva de forma articulada 1º, 2º e 3º ciclos de formação e investigação que consolide e faça crescer o saber da respetiva área, sendo que relativamente a este último grau só as instituições universitárias o podem atribuir.

Atualmente a Universidade Católica já criou a faculdade de Enfermagem, enquanto ramo autónomo e o Conselho Coordenador do Ensino Superior, órgão consultivo, emitiu parecer positivo sobre integração das Escolas Superiores de Enfermagem de Coimbra, de Lisboa e do Porto nas Universidades de Coimbra, de Lisboa e do Porto.

Foram também já aprovadas alterações ao Estatuto da Carreira de Investigação Científica e integração de Escolas de Enfermagem em universidades³

Acresce ainda o facto de estar a ser ultimado o modelo de “internado de Enfermagem” para a ensino pós-graduado e iniciar-se em breve, de forma a aprofundar os mecanismos dos processos formativos e de certificação de competências do enfermeiro para a prestação

¹ <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/membros/Documents/01.08.2017%20-%20Tomada%20de%20posi%C3%A7%C3%A3o-%20Ensino%20de%20Enfermagem.pdf>

² https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.ordemenfermeiros.pt%2Fmedia%2F32785%2F2023_anuarioestatisticos_nacional.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK

³ <https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=%3d%3dBQAAAB%2bLCAAAAAAABAAzNDE2tgAAuo9u3wUAAAA%3d>

de cuidados de enfermagem especializados numa das áreas de especialidade legalmente reconhecidas, necessários para a atribuição do título de enfermeiro especialista.

Como será de fácil entendimento todas estas atualizações do enquadramento formativo da enfermagem tem de ter implicação na organização das unidades de saúde de vertente universitária, como as ULS Universitárias de forma a permitir que os enfermeiros disponham das melhores condições na sua formação teórico-prática e que estas unidades não se fechem apenas em torno do ensino médico, mas se centrem no ensino clínico, alargando a sua esfera às profissões da saúde, em especial á enfermagem.

“INTEGRAÇÃO” DOS CSP NOS HOSPITAIS

O processo organizativo que levou á criação das ULS promovendo a integração dos cuidados e das respostas em saúde tem-se traduzido, na generalidade num processo de “integração” dos CSP nos hospitais.

Esta absorção feita pelo modelo hospitalar tem levantado questões relacionadas com a integração da gestão, em particular a gestão de enfermagem dos CSP, desde logo expressa pela ausência de Enfº diretor para os CSP, á semelhança do diretor clínico, também é critica a questão da hierarquia funcional e da autonomia profissional, em particular nas USF, onde se confronta legislação (quase antagónica) relacionada com a organização das USF e com o conteúdo funcional dos enfermeiros.

Desde sempre que os serviços de saúde, incluindo os CSP, contaram com a organização e orientação de um enfermeiro chefe. Estes enfermeiros que se dedicam a cuidar dos que cuidam dos doentes, viram a especificidade da sua formação ser formal desde os anos 60, na Escola de Ensino e Administração de Enfermagem e o seu exercício ser reconhecido quer pelo respeito social que foram granjeando, quer pela diferenciação hierárquica correspondente às funções exercidas.

Existe legislação que dá suporte ao desempenho dos enfermeiros na área da gestão, e de acordo com o nº 6 do artigo 9º do REPE os enfermeiros exercem a sua atividade “nas áreas da prestação de cuidados, gestão, investigação, docência, formação e assessoria”, e “contribuem no exercício da sua atividade na área da gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para melhoria e evolução da prestação de cuidados de enfermagem”, assim a prática clínica, entendida como atividade nuclear dos enfermeiros, carece de aprendizagem (pela docência), de atualização permanente no contexto laboral (pela formação), de investigação científica (pela investigação), de gestão nos vários níveis e no contexto institucional (pela gestão) e é relevante na análise e planeamento estratégico exercida (pela assessoria). Estas são, por conseguinte, as áreas de suporte da prática dos cuidados de enfermagem e que lhe conferem o desenvolvimento científico e a organização da resposta às necessidades de cuidados e que não podem, nem devem, ser excluídas neste modelo ULS, muito menos tratando-se de unidades com maior responsabilidade na formação mais exigente dos seus profissionais mais qualificados.

ACREDITAÇÃO NAS ULS UNIVERSITARIAS

A organização deste novo modelo deverá promover o seu reconhecimento segundo regras internacionalmente aceites e que visem comprometer, apoiar e fornecer os recursos necessários para a excelência da prática de enfermagem na organização.

O reconhecimento MAGNET tem por objetivo atribuir essa certificação, sendo realizada pela Associação de Enfermeiros Americana (ANA) e é constituída por 5 componentes essenciais:

Structural Empowerment (Estrutura de Empowerment),

Transformational Leadership (Liderança Transformacional),

Exemplary Professional Practice (Prática Profissional Exemplar),

New Knowledge, Innovation and Improvements (Novos conhecimentos, inovações e melhorias)

Empirical Outcomes (Resultados Empíricos de Qualidade) (ANCC, 2018).

Atualmente, segundo a ANCC (2018) existem 477 Hospitais com a certificação Magnet. Sendo que a maioria se encontra nos Estados Unidos da América, havendo apenas 8 fora deste contexto, distribuídos pela Bélgica, Arábia Saudita, Líbano, Austrália e Canadá.

Os Hospitais Magnet são então instituições de saúde que apresentam um conjunto de atributos organizacionais que visam uma liderança forte de enfermagem bem como um grande reconhecimento da autonomia e responsabilidade dos enfermeiros colaboradores pela qualidade dos cuidados, visando uma política de descentralização (Upenieks e Sitterding, 2008). Estas características vão, em larga medida, ao encontro do Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (2015), onde se encontra visado que o enfermeiro gestor, baseado num corpo de conhecimentos do domínio da liderança, "assegura a organização da qualidade dos cuidados de saúde, nomeadamente dos cuidados de enfermagem, prestados pelos enfermeiros integrado na equipa" ⁴

A Magnet4Europe procura melhorar a saúde mental, o bem-estar e a segurança do doente dos médicos e enfermeiros e apoia a Parceria Internacional de algumas das principais universidades do mundo.

Os objetivos específicos incluem:

- Implementar uma intervenção baseada em evidências e co-criada pelas partes interessadas (Magnet4Europe) para alcançar melhores ambientes de trabalho clínico como estratégia para melhorar a saúde mental e o bem-estar dos trabalhadores
- Avaliar a eficácia da intervenção na saúde mental e bem-estar dos profissionais de saúde
- Avaliar a eficácia da intervenção na produtividade e nos resultados dos pacientes

⁴ <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/101-2015-66699805>

- Avaliar a relação custo-eficácia da intervenção Magnet4Europe, equilibrando os custos da intervenção, os ganhos de produtividade com a melhoria da saúde mental e do bem-estar e a melhoria dos resultados dos pacientes
- Identificar barreiras e facilitadores para a implementação bem-sucedida do modelo Magnet4Europe de intervenção organizacional em hospitais
- Promover a adesão das partes interessadas à expansão e expansão para um conjunto mais vasto de hospitais, outros contextos de cuidados de saúde e o setor da saúde em geral em toda a Europa

Os benefícios para os doentes incluem:

- **Maior qualidade do atendimento:** Os hospitais Magnet estão empenhados em garantir um atendimento de alta qualidade. Isso é alcançado por meio de padrões rigorosos e processos de melhoria contínua da qualidade.
- **Melhores resultados para os doentes:** Os hospitais Magnet alcançam melhores resultados de saúde do paciente, incluindo taxas de mortalidade mais baixas e menos complicações.
- **Enfermeiros mais satisfeitos:** Os hospitais Magnet têm maior satisfação da equipe e menores taxas de rotatividade. Enfermeiros satisfeitos e motivados geralmente são mais engajados e prestam melhores cuidados.
- **Cuidados inovadores e baseados em evidências:** Os hospitais Magnet promovem uma cultura de inovação e a aplicação de práticas assistenciais baseadas nas evidências científicas mais recentes. Isso significa que os pacientes se beneficiam dos melhores e mais novos métodos de atendimento.
- **Cuidado centrado no doente:** O atendimento nos hospitais Magnet é fortemente focado nas necessidades e preferências dos pacientes. Isso leva a um atendimento individualizado e a uma melhor experiência do paciente.

Os benefícios para profissionais de saúde incluem:

- **Maior satisfação no trabalho:** os colaboradores relatam maior satisfação no trabalho devido a um ambiente de trabalho favorável e uma atmosfera respeitosa.
- **Esgotamento reduzido:** níveis mais baixos de insatisfação, menos estresse e esgotamento entre os funcionários.
- **Maior autonomia:** mais voz e autodeterminação, por exemplo, em rondas conjuntas, decisões mais autónomas.
- **Crescimento profissional:** mais oportunidades de progressão na carreira ou funções de liderança.
- **Taxas de rotatividade mais baixas:** taxas de rotatividade reduzidas entre os funcionários.

Os benefícios para os hospitais incluem:

- **Melhores resultados para os doentes:** Melhorias consistentes nas métricas de atendimento ao paciente, incluindo tempos de permanência reduzidos e taxas de

readmissão mais baixas, contribuem para o desempenho geral e a reputação do hospital.

- **Melhores resultados organizacionais:** Promover cultura de trabalho positiva e fortalecedora aumenta a colaboração e a eficiência da equipe, levando a melhores resultados organizacionais.
- **Taxas mais baixas de rotatividade de pessoal e taxas de burnout:** Menos rotatividade de pessoal ajuda a reduzir os custos de recrutamento e treinamento. Taxas de burnout mais baixas entre os funcionários podem levar à redução do absenteísmo, garantindo uma força de trabalho mais consistente e confiável.
- **Melhor pessoal com pessoal qualificado:** Os hospitais Magnet contam com pessoal qualificado, o que melhora a qualidade do atendimento prestado

Pelas justificações anteriores considero importante que as novas ULS Universitárias saibam integrar um modelo de reconhecimento da importância dos ambientes de prática dos cuidados e do desenvolvimento profissional dos enfermeiros

Nelson Guerra, RN, MsC, PhD

Enfermeiro Gestor

12/11/2024

Anexo 4 - Audição e Contributo

Associação Nacional de Estudantes de Medicina (ANEM)

Intervenção ANEM - Comissão Técnica Independente (CTI) para o estudo das Unidades Locais de Saúde de cariz universitário (Despacho nº 10677/2024, em anexo)

Vem a Associação Nacional de Estudantes de Medicina (ANEM) enviar a sua intervenção na audição realizada no dia 4 de novembro, pelas 16 horas, no âmbito da Comissão Técnica Independente para o estudo das Unidades Locais de Saúde (ULS) de cariz universitário, presidida pelo Professor Doutor Adalberto Campos Fernandes.

Reconhecemos que a qualidade da formação médica se estabelece como a principal garantia da qualidade dos cuidados de saúde prestados e da capacidade de responder aos desafios do presente e do futuro, que certamente surgirão. Neste sentido, importa que o ensino clínico garanta a aquisição de competências técnico-científicas e humanísticas e que contribuam para a totalidade do desenvolvimento de um médico, invertendo a tendência presente com a maioria dos estudantes de medicina a reportar insatisfação com o ensino clínico. Reconhecem-se, como principais dificuldades para tal os elevados rácios estudantes:tutor (e, consequentemente estudantes:doente, com as consequentes implicações éticas que daí podem advir), a dificuldade na articulação entre o período dispensado para a atividade clínica e para a atividade docente, assim como a falta de atratividade da carreira docente.

Reconhecemos ainda que as ULS de cariz universitário, devidamente implementadas e em articulação adequada, sistemática e



estratégica com as Escolas Médicas e Centros de Investigação, são de grande benefício para a formação médica e para os cuidados de saúde prestados, mas estabelecem-se também como uma oportunidade de fixação de profissionais de saúde, permitindo uma resposta complementar a outras na resolução da crise (e planeamento) de recursos humanos em saúde.

Desta forma, vem por este meio a Associação Nacional de Estudantes de Medicina deixar as suas propostas:

- Adequar as **políticas de financiamento público das Escolas Médicas Portuguesas**, de forma concordante com o número de estudantes das mesmas, nomeadamente através da compensação de qualquer sobrecarga de estudantes imposta a nível central;
 - Garantir que as Escolas Médicas são atrativas para o corpo docente, através do investimento em modelos de carreira competitivos e que permitam a fixação de profissionais, nomeadamente através da criação da carreira de Docente Clínico regulamentada via Regime Jurídico das Instituições de Ensino Superior e em linha com a [proposta do Conselho de Escolas Médicas Portuguesas](#) e aplicada assim que tal decorra, em estreita colaboração entre os Ministérios com a pasta da Saúde e Ensino Superior;
- Garantir, na materialização das ULS de cariz universitário, e na sua implementação, que existe uma garantia de equidade de direitos entre profissionais de saúde em exercício e estudantes de medicina cuja atividade assim o justifique, de acordo com o estabelecimento de um **Estatuto do Estudante de Saúde**, nomeadamente relativamente ao:
 - Acesso a Equipamentos de Proteção Individual;
 - Acesso antecipado a boas-práticas e normas de segurança de diferentes serviços;



- Acesso a vacinação contra doenças sazonais (ou outras sob recomendação da Direção-Geral da Saúde) cuja exposição assim justifique;
- Acesso a exames de rastreio e profilaxia pós-exposição, caso se justifique, no caso de acidentes que envolvam objetos corto-perfurantes, sangue ou outros fluídos de doentes, estudantes, estagiários ou profissionais de saúde;
- Acesso próprio do processo clínico dos doentes (história clínica, exame físico e Meios Complementares de Diagnóstico pertinentes, dentro das normas de acesso seguidas pelos profissionais de saúde e definidas superiormente);
- Acesso a outros mecanismos de proteção quando a circunstância assim o justifique de forma equiparada a profissionais de saúde (i.e. vacinação contra a COVID-19);
- **Garantir o funcionamento adequado das Comissões Mistas dos Hospitais Universitários,** nomeadamente mediante compatibilização horária da atividade clínica e docente, mas também mediante regulação da atividade pedagógica;
 - Estas comissões deverão reunir periodicamente (estabelecido em cada ULS Universitária) e permitir a integração nas mesmas de um representante dos estudantes, definido via nomeação/eleição (de acordo com o adequado e definido em regulamento de funcionamento próprio). Este deverá permitir a articulação com os representantes de cada ano curricular, nomeadamente via representantes das Comissões de Curso/Ano;
 - Entre outros pontos, deverá este ser também um espaço de monitorização e acompanhamento da aprendizagem em meio clínico, nomeadamente no que diz respeito a concretização de estratégias de melhoria, não obstante a necessidade de existência de Comissões de



Acompanhamento da atividade pedagógica em cada Escola Médica e a possibilidade de estas serem auscultadas;

- **Garantir uma estratégia concertada em Conselho Nacional**, que deverá guiar aquela que é a **atuação dos Centros Académicos Clínicos**, nomeadamente mediante criação de mecanismos de monitorização dos mesmos;
 - Possibilidade de indicação de um representante dos estudantes neste Conselho Nacional;
- **Criar de um projeto-piloto** de avaliação objetiva do impacto da integração da formação pré-graduada em meio clínico hospitalar (via Hospital Universitário) na satisfação dos profissionais de saúde e indicadores de eficiência do hospital;
 - Tal pretende avaliar se da interligação entre a atividade docente e clínica decorrem impactos significativos nos profissionais, nomeadamente em termos de atualização dos respectivos conhecimentos técnico-científicos, com potenciação dos cuidados de saúde prestados e eventual possibilidade de integração do mesmo enquanto indicador de avaliação hospitalar.
 - Realização deste estudo em hospitais diferentes, em regiões geográficas diferentes (por exemplo, Porto, Lisboa e Covilhã).
- De forma mais global:
 - Articular as medidas implementadas, sempre que possível, com o Ministério com a pasta do Ensino Superior e com o Ministério com a pasta da Saúde, de modo a que seja possível uma melhoria transversal e articulada;
 - Incluir, em cada alteração orgânica ou estrutural do sistema de saúde, nomeadamente do Serviço Nacional de Saúde, uma secção com eventuais especificidades, se relevante, para a sua aplicação (e benefício) para as ULS Universitárias,



numa perspetiva de reconhecimento da sua necessária diferença e não necessariamente da sua superioridade.

- **Articular** as propostas com **medidas de recolha e implementação de evidência** que permitam o Planeamento de Recursos Humanos em Saúde, com utilização de ferramentas já existentes e que permitam obter dados sobre o número de estudantes em formação e em que locais; número de profissionais de saúde por especialidade, contrato de trabalho e local de trabalho; número de profissionais com horário de trabalho partilhado com outros estabelecimentos de saúde (em nº horas); número de profissionais com horário de trabalho partilhado com estabelecimento de ensino superior + centros de investigação ou equivalente (em nº de horas); número de internos em formação por serviço e por local;
- Garantir o contacto dos estudantes de Medicina com os **Cuidados de Saúde Primários através de modelos curriculares que permitam a prestação de cuidados de saúde mais integrada** e que promova o contacto de estudantes de Medicina com os diversos níveis de prestação de cuidados de saúde, bem como com a necessária articulação entre os mesmos, com benefício na eficiência do sistema de saúde. Deverão estas experiências ser o mais diversificadas possível, com competências a adquirir, e deverão ser garantidos os mecanismos de acessibilidade aos locais de estágio curricular (nomeadamente no que diz respeito ao transporte);
- Garantir o contacto dos estudantes de Medicina com a **componente de investigação**, nomeadamente através das seguintes propostas, dirigidas às Escolas Médicas:
 - Assegurar a existência de uma Unidade Orgânica (UO), por Escola Médica, com o objetivo de promover



a integração de estudantes em projetos de investigação, centralizando a informação e prestando um apoio direcionado às suas necessidades;

- Divulgar, idealmente através da UO proposta anteriormente, as iniciativas e projetos existentes em cada Escola Médica junto da comunidade estudantil, incluindo as dinamizadas pelas Associações/Núcleos de Estudantes (AE/NE), e desenvolvendo estratégias adaptadas a estudantes com diferentes níveis de experiência em investigação;
- Promover o estabelecimento de parcerias entre as diversas Escolas Médicas, e respetivos centros de investigação, facilitando a mobilidade nacional e permitindo a cada estudante explorar as suas áreas de interesse neste âmbito;
- Promover uma maior flexibilidade curricular em todos os anos curriculares, permitindo a personalização do currículo aos interesses de cada estudante e permitindo uma maior exploração da investigação durante o curso;
- Implementar programas de formação contínua para a docência e pessoas orientadoras, no âmbito da investigação e da pedagogia, capacitando-as para a formação da comunidade estudantil nesta área;
- Disponibilizar à comunidade estudantil o acesso gratuito a bases de dados, ferramentas de pesquisa científica, softwares de análise estatística e outras ferramentas essenciais à prática investigacional;
- Estabelecer, em colaboração com a Ordem dos Médicos, um framework que elenque as principais competências e técnicas de investigação que devem



ser incluídas no currículo médico, com o intuito de servir de recomendação e guia para as Escolas Médicas.

- **Fomentar a inclusão de temas emergentes** em medicina (como são exemplo a Gestão em Saúde, a Bioética, a Bioinformática e os Big Data, entre outros) nos currículos, mas também da sua aplicação em termos clínicos (de forma transversal às competências a adquirir em cada uma das Unidades Curriculares), com possível benefício para a eficiência dos cuidados prestados, assim como para a melhor identificação de lacunas nos instrumentos tecnológicos de apoio à clínica.

Santa Maria da Feira, 5 de novembro de 2024,

Rita Ribeiro

Rita Ribeiro

Presidente da Associação Nacional de Estudantes de Medicina



Anexo 5 - Audição e Contributo

Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública (ANMSP)

PROPOSTAS PARA AS ULS UNIVERSITÁRIAS

A Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública (ANMSP) agradece a possibilidade de partilhar com a Comissão Técnica Independente a sua visão e alguns contributos para a melhoria do modelo atual e do funcionamento das Unidades Locais de Saúde (ULS) Universitárias.

Após quase um ano de implementação do modelo de ULS, a ANMSP concorda com a necessidade de reavaliar o modelo, percebendo as suas fragilidades e como podemos contribuir para o aperfeiçoamento do mesmo. Não é nossa opinião que a reversão das ULS seja uma opção vantajosa, já que a ANMSP acredita que manter este período de turbulência e mudança iria apenas contribuir para novas falhas e novos problemas organizacionais, que não são o desejável, e acredita que a integração de cuidados e a união em torno das necessidades da população, sob a mesma organização administrativa, são o caminho para uma melhor prestação de cuidados e uma melhor saúde populacional. No entanto, consideramos que o modelo não é perfeito e necessita de ajustes, de forma que se torne cada vez mais funcionante e equilibrado.

Abordando o modelo ULS, a ANMSP considera que a integração de cuidados e a interligação mais próxima entre os diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde, a Saúde Pública e outras áreas de atuação das ULS, debaixo de uma mesma liderança e visão de futuro, apresenta-se como uma mais-valia, permitindo uma maior efetividade nas suas intervenções. Adicionalmente esta articulação permitirá uma visão mais holística sobre as necessidades de saúde da população.

No entanto, ainda é visível a necessidade de ser efetuado um trabalho de uniformização da estrutura orgânica das várias ULS do país, evitando modelos de organização díspares e que dificultam a compreensão, por parte dos cidadãos, da organização dos serviços de saúde públicos na sua área de residência. Assim, a ANMSP defende a disponibilização, por parte da Direção Executiva do SNS, de um guia que oriente os profissionais e gestores das ULS na construção do seu organograma e na definição do modo de articulação e atuação das várias partes constituintes. Esta uniformização de organização e atuação, apenas com ajuste à realidade local e ao nível de diferenciação do seu hospital, permitirá ao cidadão saber como navegar no Serviço Nacional de Saúde (SNS), independentemente da sua área de residência

Assim, ressalva-se a importância de uma verdadeira integração dos diferentes níveis de cuidados de saúde, atualizando-se a orgânica interna das ULS, reposicionando os Serviços de Saúde Pública dentro das mesmas, permitindo uma intervenção a todos os níveis de prestação de cuidados de saúde e uma centralidade de atuação em torno das necessidades sentidas pela população. Informa-se que, no que à organização dos Serviços de Saúde Pública nas ULS diz respeito, foi elaborado um guião, em conjunto com o Colégio da Especialidade de Saúde Pública, (<https://www.anmsp.pt/comunicados/c37f026b-9850-4517-8356-a0b3a23fb4ae>) que pretende dar uma visão sobre o posicionamento destes serviços face aos cuidados de saúde que pretendemos em Portugal, cuidados estes assentes na prevenção da doença e promoção da saúde.

Não podemos deixar de reafirmar a importância de haver um representante da Saúde Pública no Conselho de Administração, dado que, enquanto especialidade médica, a Saúde Pública se destaca das restantes pela sua visão volta para a prevenção e para a comunidade como um todo. A ausência desta visão no Conselho de Administração apenas contribuirá para ULS hospitalocêntricas que consideramos não representarem a visão futura que se tem para os cuidados de saúde, focada nos cuidados preventivos e não curativos.

Nesta linha de pensamento, a ANMSP também lamenta que muitos Diretores Clínicos dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) não tenham vogais de Saúde Pública na sua equipa, fazendo com que a Saúde Pública surja, mais uma vez, no fim da linha de decisão. De destacar que a importância dos Médicos de Saúde Pública não se questiona, dado que continuamos a ter papéis de relevo nas ULS como Interlocutor Local para a Estratificação pelo Risco ou como membro das equipas da Estratificação pelo Risco, pelo que a não inclusão destes profissionais quer no Conselho de Administração quer como vogais da Direção Clínica não é compreensível.

Não podemos deixar de falar do financiamento. O modelo de financiamento das ULS assentou numa lógica de ressarcimento dos custos tidos no ano anterior, uma lógica de pagamento por prestação. Atualmente, encontramos-nos a transitar para um modelo de financiamento *per capita*, baseado no nível de risco médio dos utentes que se encontram inscritos nos CSP de cada ULS. Este modelo, que tem um potencial muito interessante para se trabalhar em promoção da saúde e para reduzir a carga de doença da população, apresenta algumas falhas importantes. Em primeiro lugar, não prevê qualquer pagamento dirigido ou

exclusivo para as intervenções de Saúde Pública nem pela redução do valor do Índice de Risco Ajustado de cada ULS, o que desincentiva o trabalho de promoção da saúde e prevenção da doença. Em segundo lugar, não contabiliza os custos associados à prestação de cuidados com utentes de outras ULS, reduzindo o financiamento das ULS universitárias, o último reduto na prestação de cuidados do SNS. Mesmo tendo em conta a premissa que “o dinheiro vem com o utente”, ou seja, que a ULS de origem irá pagar os cuidados à ULS de prestação, a verdade é que esse mecanismo necessita de ser aperfeiçoado e efetivamente implementado. Este modelo de financiamento também não contempla a alocação de verbas para programas de Saúde Pública, sejam eles programas nacionais prioritários ou programas transversais de intervenção em Saúde Pública, sejam eles novos programas desenhados localmente para responder, na área da promoção da saúde e prevenção da doença, às necessidades de saúde população local. Por fim, este modelo também não incluiu pagamento pela utilização de medicamentos inovadores ou pela prestação de cuidados em outras áreas que atualmente são alvo de financiamento autónomo. Esta realidade dificulta a capacidade das ULS saberem com que financiamento contam e que investimentos podem fazer.

Os Médicos de Saúde Pública também são profissionais treinados para poderem definir e implementar ideias e linhas de investigação que, ao nível das ULS Universitárias, poderão potenciar a investigação académica e profissional. Ao nível académico, existem cada vez mais Médicos de Saúde Pública doutorados, sendo que estes são os profissionais mais adequados para poderem assegurar as unidades curriculares de saúde pública e epidemiologia dos diferentes cursos conferentes de grau das universidades acopladas às ULS. É cada vez mais importante, nesta fase, enquadrar as Unidade de Saúde Pública e os seus profissionais, de forma a poder estar interligada com estas áreas do saber, a investigação e a Academia, para poder divulgar, disseminar e estimular todas estas áreas com os seus conhecimentos.

Pensando noutro modelo de organização, os chamados Centros Académicos Clínicos (CAC), a Saúde Pública deve continuar a ser um elemento fundamental na gestão e definição de políticas e programas dentro destas novas estruturas. O seu posicionamento deverá ser, idealmente, no seio dos órgãos de decisão dos CAC, permitindo trazer todo o seu conhecimento e capacidade de análise para benefício destes centros. Isto é, ou integrando o Conselho de Administração (como parte dos elementos nomeados pela área da Saúde, sendo que, idealmente, um destes elementos deverá ser indicado pela Direção-Geral da Saúde), ou

integrando um órgão mais técnico, um *Technical Body*, cuja função é munir o órgão executor da orientação e decisão que mais beneficia a população a servir. Caso exista este órgão técnico, ele deve ter poder efetivo de orientar e ajustar as prioridades de intervenção e atuação do seu CAC, de forma que a melhor evidência norteie sempre o rumo da instituição. Ser parte de um órgão consultivo, mas que não tem efetivamente poder de atuação, torna a Saúde Pública, e os restantes elementos que o integrem, completamente obsoletos e desnecessários.

A ANMSP considera que estamos num momento crítico. Urge reajustar o modelo, passando da visão hospitalocêntrica para uma visão integradora e que potencie todos os níveis e formas de prestação de cuidados. Urge alterar o modelo de gestão vigente, integrando a voz da Saúde Pública de uma forma transversal no país, de modo que o SNS possa, cada vez mais, cumprir com o seu desígnio. Seja qual for a solução, urge criar um guião que ajude à organização interna das diferentes ULS, urge dotá-las de recursos humanos que permitam que se tornem mais ágeis e capazes de responder às necessidades das suas unidades funcionais, urge alterar o modelo de financiamento para que possa ter verbas específicas para os programas e projetos da Saúde Pública, para que possa ser valorizada a melhoria do estado de saúde da população e para que possa continuar a prestar os cuidados curativos sem incumprir com as suas exigências de pagamentos.

Esperamos que a Comissão Técnica Independente consiga emanar um documento que possa ajudar a concretizar o potencial do SNS. Contem com a ANMSP para esse desígnio.

Obrigado.

P'la Direção da ANMSP,

Gustavo Tato Borges

Presidente da ANMSP

Anexo 6 - Audição e Contributo

Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF)

Outubro de 2024



ULS DE CARIZ UNIVERSITÁRIO

- POSIÇÃO DA APMGF

DOCUMENTO ELABORADO A PEDIDO DA COMISSÃO TÉCNICA
INDEPENDENTE (CTI) COM O OBJETIVO DE APOIAR O ESTUDO E MEDIDAS
PARA AS UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE DE CARIZ UNIVERSITÁRIO (ULSU)

Direção Nacional – Associação Portuguesa de Medicina Geral e
Familiar



ULS DE CARIZ UNIVERSITÁRIO

- POSIÇÃO DA APMGF

NOTA PRÉVIA

Com o presente documento pretende-se sumariar a posição da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar em resposta ao solicitado relativamente às ULS de Cariz Universitário.

A Medicina Geral e Familiar em Portugal assume-se como a especialidade médica dos Cuidados de Saúde Primários a quem compete o papel de Porta de Entrada e o primeiro contacto do cidadão com o Sistema de Saúde Português. As especificidades da Especialidade Médica potenciam este papel e a preponderância da sua ação na gestão da saúde e acompanhamento da Pessoa ao longo do seu ciclo de vida. Este papel é tanto mais importante numa era de desenvolvimento tecnológico, mudanças sociais profundas e riscos de aumento de desigualdades sociais graves, particularmente na obtenção de cuidados de saúde.

A organização do Sistema, dos subsistemas e das estruturas organizativas de prestação de cuidados de saúde, bem como o seu modo de financiamento tem um papel muito importante na Prestação de Cuidados. São, porém, as pessoas que lhes dão forma em cada um dos seus níveis hierárquicos. É, no último destes, na Relação Médico- doente, a aliança entre o Médico e a Pessoa que o consulta e as decisões individuais que dessa relação possam advir que, agregadas terão impacto para o Sistema, mau ou bom, e baixo ou elevado Valor em Saúde.

Por fim, importa realçar que qualquer processo de mudança requer o envolvimento dos seus agentes e de todos os envolvidos sob pena de, mais tarde ou mais cedo, fracassar. Os Cuidados de Saúde Primários são exemplares nesse aspeto uma vez que as mudanças e Reformas realizadas concretizaram-se da base para o topo.

O alinhamento das estruturas de cuidados com as políticas de saúde pode atualmente ser efetuado pelo estabelecimento de objetivos e estruturas conceptuais, porém as mudanças e a sua realização terão de partir da autonomia responsável dos profissionais.

IDEIAS-CHAVE

Reforçar o Papel dos CSP e da Medicina Geral e Familiar como base para o Sistema de Saúde

- Fomentar o modelo de pagamento dos CSP e alargá-lo, adaptando-o a uma fórmula que favoreça múltiplos contextos.
- Utilizar o modelo de incentivos para alinhar a atividade das unidades funcionais com as políticas de saúde e, no caso particular, com incentivo ao ensino, formação e à investigação.

Reforçar a autonomia e identidade das USF

- Motivar e fomentar o trabalho em equipa nas USF, promovendo a autonomia responsável na prossecução dos objetivos. Possibilitando uma articulação sistémica entre, pelo menos, os Hospitais Universitários, as instituições de ensino superior, os Departamentos de Especialidades Médicas e os CSP.

Promover articulação entre os profissionais das unidades e as várias estruturas envolvidas

- Reconhecer e valorizar funções de docência/Investigação/outras funções, compensando-os, e à equipa, por estas atividades no âmbito de USF modelo B (atualmente ocorre prejuízo pessoal e para a equipa se redução do trabalho assistencial). Por exemplo, com a atribuição de UC ou carteiras adicionais para investigação/ensino/outras (para toda a equipa).

Promover a criação de Redes de investigação baseadas na prática clínica” (Practice-Based Research Networks – PBRNs)

- Apoiar as PBRNs como espaço de rede privilegiado para realização de investigação em CSP. Criar/promover gabinetes de apoio, à investigação em CSP e simplificação dos procedimentos das CE intra e inter-ULS.

Desenvolver parcerias estratégicas e funcionais com departamentos académicos

- Facilitar a comunicação entre profissionais das instituições e comunicação com os alunos; designar interlocutores nas unidades;
- Promover a criação de um responsável/gabinete nas ULS para estágios/apoio a alunos (por exemplo na informação a prestar para cada estágio, locais e horários, apoio no transporte, etc.).

Reforçar o papel e capacidade das Direções de Internato

- Garantir a articulação com as diversas especialidades dos percursos formativos;
- Capacitar para a realização de formação, regular, com planeamento plurianual e ajustados às necessidades dos profissionais, nas diversas fases da carreira.

Unidades de Saúde Familiar de cariz Universitário

- Considerar um enquadramento especial para profissionais nestas unidades, garantindo flexibilidade e incentivos para a realização de outras atividades, assegurando, em simultâneo funções assistenciais (incluindo estudantes e população móvel, p. ex.) com outras no âmbito do ensino, formação e investigação.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

O processo de implementação das Unidades Locais de Saúde (ULS) e integração vertical dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) decorreu de uma forma brusca e mal preparada com múltiplas intercorrências que colocaram em causa o normal funcionamento das Unidades funcionais dos CSP. É importante, no entanto, considerar, além das dificuldades e riscos, as oportunidades que surgem com este novo modelo de organização. A integração vertical dos CSP nas ULS pretende promover uma abordagem mais holística e coordenada aos cuidados de saúde, retirando níveis intermédios de decisão e comunicação, visando uma melhor gestão de recursos e uma prestação de cuidados mais eficiente e eficaz.

No entanto, a imposição do modelo com fraco envolvimento dos profissionais, particularmente ao nível dos cuidados de saúde primários, conduziu a um estado de desconfiança e resistência à mudança por parte destes profissionais. Também o desaparecimento de estruturas de gestão (e seus responsáveis) próximas às unidades e aos seus profissionais conduz a um sentimento de desinteresse e menorização dos CSP. Este aspeto será, particularmente importante nas grandes ULS, não necessariamente relacionado com o seu cariz universitário, mas antes pela sua dimensão.

No entanto, de acordo com o que são as evidências e recomendação da própria OMS, um sistema de saúde eficiente deve privilegiar e assentar a sua ação em Cuidados de Saúde Primários de qualidade. Tal, é também espelhado nos *Termos de Referência para Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2024*, com o que concordamos:

“A contratualização com as ULS deve assegurar a prestação integrada dos cuidados de saúde, sustentada nos cuidados de saúde primários e na capacidade para gerir o estado de saúde da população garantindo, desta forma, a prestação dos cuidados no nível mais adequado e efetivo.”

Também, “O valor de financiamento por capitação constitui a componente base do financiamento de uma ULS, perspetivando-se uma orientação gestionária da promoção da saúde e prevenção da doença, valorização dos cuidados de saúde primários”.

Este modelo deve fomentar o modelo de pagamento dos CSP, eventualmente estendendo-o para outras áreas, envolvendo por exemplo serviços hospitalares ou percursos integrados, por exemplo. O pagamento parcial por incentivos aos profissionais por esta via permite de forma eficiente e rápida o alinhamento das unidades funcionais com objetivos e políticas de saúde nacionais e institucionais

A integração vertical dos CSP deve garantir uma estrutura de gestão dos CSP capaz, de dimensão e pesos equivalente ao da(s) Unidade(s) Hospitalar(es) que o compõem. Deve estar centralizada na figura de Diretor Clínico para os Cuidados de Saúde Primários. Este, deve dispor de uma equipa de profissionais suficientes, em competência e em número, para garantir a coordenação eficaz o planeamento e execução das suas ações. Deve garantir, simultaneamente agilidade e



capacidade de resposta que uma estrutura como a ULS, com os seus diversos serviços congrega, com a proximidade e comunicação direta com os profissionais das unidades funcionais dos CSP

RESPEITO PELA IDENTIDADE E AUTONOMIA DAS UNIDADES FUNCIONAIS DOS CSP

Um processo de integração e articulação entre diferentes estruturas deverá ser cuidadosamente planeado e implementado, tendo em conta as necessidades específicas de cada comunidade e as particularidades de cada unidade de saúde. A colaboração estreita entre os vários intervenientes, incluindo profissionais de saúde, gestores e entidades locais, é fundamental para garantir o sucesso da integração dos CSP nas ULS.

É crucial que não se percam as dimensões de autonomia responsável e governação mediada por objetivos que foram implementadas na Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, em 2005. Este modelo, único na administração pública e no mundo, contempla um modelo de financiamento assente no pagamento por desempenho, permitiu uma grande evolução dos CSP com ganhos relevantes na satisfação de utentes, profissionais e ganhos em saúde consideráveis. Reconhecemos, porém, que a inacabada reforma é também um sinal de necessidade de adaptação do modelo e flexibilização de resposta e organização por unidades em maiores dificuldades, nem sempre possíveis até ao momento. Por outro lado, modelos de pagamento alternativos que possam reter e atrair profissionais são essenciais para este propósito.

No nosso “Um Novo Futuro para a Medicina Geral e Familiar em Portugal”¹ defendemos um sistema de incentivos financeiros variáveis individuais a atribuir a profissionais em locais onde não exista ou não seja possível a organização em USF que se traduz em:

Desempenho = Objetivos * Número de utentes * Complexidade

Propomos um sistema de qualidade simplificado para as unidades assente num sistema de informação abrangente, simples e intuitivo que incorpore a documentação dos “processos”, alicerçado na tríade “Estrutura, Processo e Resultados” e que inclua a satisfação da Pessoa e dos profissionais e em termos de valorização dos resultados em Saúde e da prestação de cuidados.

As Unidades devem manter a sua identidade nominal, gráfica, de funcionamento e prestação de cuidados personalizados à sua Lista de utentes. Devem manter a autonomia gestionária nomeadamente relativamente aos RH, com facilitação dos processos de mobilidade dos profissionais.

No contexto de ULSU, deverá ser considerado um enquadramento especial para as Unidades de Saúde Familiar (USF) vocacionadas para o ensino e formação. Estratégias concretas incluem a definição de normas e requisitos específicos para estas USF ou para profissionais específicos nestas, que possibilitem a integração da prática clínica com a formação ou investigação, nomeadamente por incorporação nos horários de trabalho de períodos não assistenciais

¹ Disponível em: <https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2023/05/Um-Novo-Futuro.pdf>



dedicados a estas atividades. Além disso, é fundamental garantir que os profissionais que trabalham em USF e realizam essas tarefas possam ter incentivos – ao contrário de ter prejuízo como ocorre atualmente, exceto no internato MGF - para a sua realização como parte integrante da sua atividade. Atualmente, este fator é desencorajador por um lado para os profissionais aderirem ao trabalho exigente de uma USF Modelo B virada para desempenho assistencial e por outro para a sua efetiva valorização no seio da equipa multiprofissional. A compensação por estas atividades, deve reconhecer também, de alguma forma, a equipa multiprofissional, seja pela criação de “UC equivalente” (atribuição do pagamento de 1 UC= 55UP ao profissional e à equipa por cada hora de trabalho semanal), seja em sede de carteiras adicionais de serviço que compensem o profissional, ou outras, evitando a sobrecarga pela acumulação de tarefas assistenciais a uma lista de utentes grande com as demais atividades.

PARTICULARIDADES ASSOCIADAS ÀS ULS DE CARIZ UNIVERSITÁRIO(ULSU)

Articulação interinstitucional

A articulação interinstitucional é de extrema importância no contexto das ULS de carácter Universitário. Essa articulação entre as diferentes entidades permitirá uma abordagem mais holística e integrada no que diz respeito à prestação de cuidados de saúde. Esta deve estabelecer uma articulação sistémica entre, pelo menos, os Hospitais Universitários, as instituições de ensino superior, os Departamentos de Especialidades Médicas e os CSP. Propõe-se, assim, o desenvolvimento de uma rede cooperativa na qual as Unidades de Saúde Familiar (USF) tenham uma participação ativa em projetos e redes comunitárias, visando a integração das diferentes atividades. A sua concretização passará pela forte ligação aos Departamentos de Medicina Geral e Familiar, à Direção de Internato e Redes de Investigação criadas. Porém, propõe-se também a criação de um responsável/interlocutor da ULS pelo ensino Pré-graduado e/ou um “Gabinete do aluno/estágios”, na dependência da Direção Clínica dos CSP. Esta estrutura terá a função de coordenação da formação prática na ULS entre os diversos alunos (da própria Universidade ou provenientes de outras universidades/instituições) e ainda com estruturas de apoio à investigação.

A articulação interinstitucional promoverá a realização de investigação e a implementação de projetos inovadores, com o intuito de otimizar os cuidados de saúde e promover a saúde da população. A participação ativa das Unidades de Saúde Familiar em projetos e redes comunitárias reforçará a ligação entre os cuidados de saúde primários e hospitalares, promovendo uma abordagem mais integrada e coordenada. No caso dos Cuidados de Saúde Primários, sugere-se que tomem a forma de “Redes de investigação baseadas na prática clínica” (Practice-Based Research Networks – PBRNs), um modelo de estrutura de Investigação em CSP em Portugal a ser promovido pela AICIB, com o apoio da APMGF.²

Estas PBRNs concretizam, no âmbito da Investigação, um desígnio fundamental para o desenvolvimento da Disciplina e dos CSP:

- o desenvolvimento de uma rede cooperativa onde as UF têm uma participação ativa em projetos de investigação e redes comunitárias para a integração de cuidados centrados nas pessoas.

Ensino pré-graduado

É desejável que as ULSU estabeleçam parcerias estratégicas com as universidades para o desenvolvimento conjunto de projetos educacionais, científicos e assistenciais e o acolhimento dos estudantes no meio profissional.

² Em: <https://aicib.pt/2024/03/15/documento-de-apoio-a-constituicao-de-practice-based-research-networks-pbrns-em-cuidados-de-saude-primarios-csp-em-portugal/> e <https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2024/03/Documento-PBRNs-2024.pdf>



Esta articulação entre as ULSU deverá ser intermediada pelos departamentos académicos da respetiva área de Especialidade Médica, com a eventual criação de um Responsável/Gabinete do aluno/Gabinete de estágios por parte da ULSU.

O apoio aos estudantes com indicações claras de responsáveis pelos diferentes estágios na ULSU e seus contatos bem como indicação dos locais de estágio serão uma grande mais valia. Adicionalmente, a facilitação do transporte entre os vários locais de ensino (particularmente quando existe uma dispersão geográfica relevante) para permitir que os alunos realizem estágios em unidades mais distantes do local de ensino é um elemento-chave para promover uma formação abrangente e diversificada, permitindo aos alunos adquirir experiências em contextos clínicos diversos e enriquecedores.

No que diz respeito aos docentes universitários que pretendam ter dedicação plena em USF modelo B em acumulação com a docência, é crucial definir um enquadramento legal que reconheça e valorize o papel destes profissionais na promoção da integração entre o ensino superior e os CSP. Este reconhecimento deve refletir-se em condições laborais e remuneratórias adequadas, bem como em mecanismos que incentivem a colaboração entre as instituições de ensino e as ULS. Na prática, pode traduzir-se pela possibilidade de flexibilização do seu horário e/ou pela criação de incentivos específicos que compensem, nomeadamente ao nível da equipa multiprofissional, esta disponibilidade. Esta compensação pode ser feita, no quadro atual pela atribuição de “UC equivalentes” ao profissional e às unidades funcionais, que compensem a equipa no seu todo; ou, por outra via, a valorização em sede de contratualização e valorização desta atividade no Plano de ação respetivo das unidades Funcionais. Por outro lado, importa agilizar o pagamento aos Tutores por parte das instituições académicas pelo estabelecimento de mecanismos facilitadores dos mesmos entre os departamentos de recursos humanos e remuneração das instituições.

Ensino pós-graduado

A Formação Específica em Medicina Geral e Familiar foi e é o grande motor do grande desenvolvimento da disciplina de Medicina Geral e Familiar, dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal e do prestígio alcançado pelo Médico de Família. Foi a criação dos Institutos de Medicina Geral e Familiar que permitiram este salto e atualmente é a Direção do Internato MGF a quem compete esta gestão do percurso dos internos e mediação dos locais de estágios e percurso e cada Interno de MGF. Estas Direções de Internato devem trabalhar de forma independente mas em grande proximidade com a Direção Clínica dos CSP e com a Direção de Internato das Formações específicas das outras especialidades de forma a permitir uma colaboração, bilateral, no Internato.

Além disso, é necessário considerar o enquadramento para profissionais que estejam a trabalhar em USF e a realizar doutoramento. Este ponto levanta questões relacionadas com a compatibilidade entre as exigências do trabalho clínico e as atividades de investigação, bem como a necessidade de estabelecer mecanismos que promovam a conciliação eficaz destas

vertentes profissionais, sem prejuízo para o profissional, ou para a equipa multiprofissional, que desincentive a sua realização.

As ULSU devem promover a oferta de programas de formação profissional contínua para os profissionais nesta fase da carreira, mas que devem ser abrangentes e incentivar a frequência por profissionais em qualquer momento da carreira e incluir educação para médicos, enfermeiros, técnicos de saúde e gestores.

Além da formação clínica de base devem ser desenvolvidas ações de promoção da qualidade e segurança do paciente; adoção de protocolos clínicos baseados em evidências; de gestão e monitorização de indicadores de desempenho no seio de uma cultura organizacional centrada na pessoa e que promove a melhoria contínua dos processos.

Investigação

A Investigação em Cuidados de Saúde Primários e particularmente na Medicina Geral e Familiar em que tem um potencial imenso de desenvolvimento, com um impacto significativo para a melhoria da prestação de cuidados.

Existem barreiras significativas para o desenvolvimento de investigação em CSP em Portugal. De entre estas, destacam-se o tempo, a valorização profissional (falta de), financiamento, comissões de Ética, infraestrutura, gestão e instituições e os participantes.³ De facto, a integração dos CSP em ULS representa um potencial grande de impulsionamento da Investigação por facilitar o trabalho em rede e a recolha de dados de um grande número de participantes. Acrescem ainda vantagens nomeadamente se existir um compromisso de apoio claro dos órgãos de gestão que suportem a criação de infraestrutura de apoio. Propõe-se a criação de Unidades/Gabinetes de Investigação dedicados e um circuito fluido de apreciação de projetos do ponto de vista Ético, bem como criação de mecanismos que facilitem aceitação de considerações Éticas por várias instituições.⁴

A concretização das medidas descritas anteriormente deverá passar também, à semelhança do que acontece com o Ensino, com o assumir da sua importância e possibilidade de ser considerada no horário de trabalho habitual do profissional, sem que tal implique perda de direitos ou incentivos para o próprio e para a equipa (compensação em UC ou carteiras adicionais, por exemplo). Por outro lado, o compromisso institucional passará pelo estabelecimento de estruturas de apoio – um “Gabinete de Apoio à Investigação” da ULS – preferencialmente integrado e dinamizador de Redes de investigação baseadas na prática clínica” (Practice-Based Research Networks – PBRNs), e que facilite o desenvolvimento de

³ Conde MG, Rodrigues VL, Ramos RC, Rente A, Broeiro-Gonçalves P, Ribeiro C, et al. Barriers to research in family medicine - interviews with Portuguese family physician researchers. *Fam Pract.* 2024 Apr 1;41(2):168–74.

⁴ Gil Conde M, Correia G, Ramos R, Santiago LM. Processos de Apreciação Ética como Barreira à Investigação nos Cuidados de Saúde Primários: Reflexão sobre a Submissão de um Estudo Multicêntrico. *Acta Med Port.* 2024 Jun 3;37(6):415–8.



investigação por parte dos profissionais. A criação de centros de investigação e a disponibilização de recursos para projetos de investigação contribuirão para o avanço do conhecimento científico e tecnológico e mais e melhores projetos, com capacidade de obter financiamento próprio para a sua manutenção.

Outra medida para fortalecer a infraestrutura passa pela criação de normas e procedimentos específicos para a realização de investigação clínica em centros de saúde e estruturas de apoio, garantindo a ética e a segurança dos participantes, bem como a qualidade dos estudos realizados. Estes preceitos são fundamentais para estudos clínicos que venham a ser propostos por agentes externos às ULS, incluindo ensaios clínicos, mas também estudos no âmbito do ensino pré-graduado, por exemplo.

Formação

No contexto deste estudo, ao nível das ULSU, importa compreender as sinergias dos vários processos do ensino e da Investigação e aproveitá-las para promover a formação contínua a todos os profissionais e não apenas aos envolvidos na formação pré e pós-graduada.

Este processo passará pela criação/implementação de planos de formação abrangentes, regulares e plurianuais necessários no âmbito da Formação Específica Médica, por exemplo, mas que possam ser frequentados por qualquer Médico de Família ou outros profissionais, que o desejem. A formação teórica e teórico-prática neste contexto deverá incluir aspetos da atividade da respetiva ULSU e aproveitar o conhecimento de cada serviço e dos seus profissionais.

NOVO MODELO DE UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR UNIVERSITÁRIA

Em alternativa, ou complementarmente com as estruturas específicas das ULSU, a criação de uma Unidade de cariz Universitário representará um passo significativo na melhoria do acesso à saúde e na promoção do ensino e Investigação em Cuidados Saúde Primários, na área da Medicina Geral e Familiar.

Esta tipologia de Unidade pode ter grandes vantagens na possível integração de funções de diversas estruturas que necessitam funcionar em estreita articulação como sejam as atuais direções de internato, um “Gabinete do aluno/estágios da ULS” e Gabinete de Investigação/Coordenação de “Redes de investigação baseadas na prática clínica” (Practice-Based Research Networks – PBRNs), com profissionais que acumulam funções de Professores Universitários, Orientadores de Formação Específica e Profissionais dos Cuidados de Saúde Primários. Ademais, Unidades deste tipo podem adotar modelos de trabalho inovadores que conjugam o acompanhamento longitudinal em lista de utentes com respostas específicas, adaptadas à população que servem, em programas de saúde concretos (S. Materno-infantil, Saúde Sexual, etc.).



Uma estrutura assim terá como propósito atender às necessidades específicas da população que atualmente não possui acesso a um médico de família ou em situação de mobilidade e conjugar atividades de formação/docência e investigação.

A proposta para criação destas unidades deverá ser voluntária e incluir os colegas docentes de Medicina Geral e Familiar (MGF) e/ou tutores com particular interesse na educação médica. Será importante, no entanto, envolver outros profissionais de outras áreas no âmbito dos CSP que enriqueçam a oferta de práticas, formação e investigação, por exemplo psicólogos, nutricionistas ou fisiologistas do desporto.

Considerando as características específicas dos profissionais e dos utilizadores envolvidos, propomos uma nova forma de funcionamento e articulação entre os membros da equipa, com o intuito de conciliar as diferentes atividades. Reconhecemos que o modelo tradicional de atendimento não é adequado para dar resposta às necessidades das populações e integrar todas estas profissões com a elevada mobilidade da população a cuidar. Assim, procuramos uma abordagem inovadora e mais eficaz.

Destacamos ainda a importância de superar as limitações no pagamento por desempenho, especialmente no que diz respeito às populações com características específicas. Nesse sentido, devem ser discutidas propostas alternativas que valorizem o trabalho dos profissionais de saúde envolvidos nesse projeto, levando em consideração a complexidade e a abrangência das atividades desempenhadas.

CONCLUSÃO

Em síntese, o processo de criação das ULS e integração dos CSP apresenta desafios significativos, mas também abre portas a oportunidades relevantes para o desenvolvimento do sistema de saúde. A definição de enquadramentos legais adequados para as diferentes vertentes envolvidas é um passo crucial para potenciar os benefícios decorrentes desta integração e promover uma colaboração eficaz.

Acreditamos que a implementação das recomendações apresentadas contribuirá para o fortalecimento da relação entre as Unidades Locais de Saúde de Cariz Universitário e o ensino médico, a formação e a investigação em Portugal, nomeadamente ao nível da Medicina Geral e Familiar.

Anexo 7 - Audição e Contributo

Professor Alexandre Lourenço

Contributo para a Comissão Técnica Independente¹

Por **Alexandre Lourenço**, na qualidade de Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Coimbra

4 de novembro de 2024

DRAFT

¹ Despacho n.º 10677/2024, estabelece a criação de uma Comissão Técnica Independente (CTI) visando estudar as Unidades Locais de Saúde de cariz universitário (ULSU) e a sua relação com o ensino médico, a formação e a investigação.

Caros membros da Comissão Técnica Independente (CTI)

É com enorme sentido de responsabilidade que participo nesta audição enquanto Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Coimbra, EPE.

Permitam-me saudar esta comissão pela pertinência do tema em análise. Em boa hora, a Senhora Ministra da Saúde teve a iniciativa de criar esta comissão técnica. Não sendo de todo um tema novo, o contexto nacional não tem permitido uma discussão apurada sobre o papel dos hospitais/ unidades locais de saúde universitárias no sistema de saúde português. Ou mais relevante, como estas estruturas podem contribuir para o desenvolvimento do sistema de saúde e da economia portuguesa.

Os hospitais universitários desempenham um papel crucial nos sistemas de saúde em todo o mundo, integrando ensino, investigação e prestação de cuidados de saúde (Raus et al., 2020). Estas instituições evoluíram das suas origens do século XXVIII para se tornarem importantes centros nas redes de saúde modernas (Raus et al., 2020). Embora enfrentem desafios económicos, de ensino e de investigação, os hospitais universitários continuam a contribuir significativamente para a educação médica, a inovação biomédica e a medicina baseada na evidência (Raus et al., 2020; Sorana, 2011).

A minha intervenção é subdividida em:

1. O que são unidades de saúde universitárias;
2. O papel económico das unidades de saúde universitárias;
3. Desafios dos sistemas de saúde e a reforma dos hospitais universitários;
4. A Unidade Local de Saúde de Coimbra;
5. Sugestões à Comissão Técnica Independente.

O que são unidades de saúde universitárias

Para a análise proposta a esta discussão importa clarificar o que entendo, com base na literatura, por hospitais/ unidades locais de saúde universitárias. A clarificação do conceito é um passo essencial sem o qual corremos o risco de nos perdemos num labirinto de pontos de vista, opiniões pouco fundamentadas, ou temas externos aos pontos em análise.

Um hospital/ ULS universitária é uma instituição prestadora de cuidados de saúde associada a uma universidade para integrar três funções principais: prestação de cuidados de saúde altamente diferenciados, ensino e investigação. Esta combinação permite que os hospitais/ ULS universitárias funcionem não apenas como locais de prestação de cuidados de saúde, mas também como centros de formação de futuros profissionais de saúde e de desenvolvimento de conhecimento.

Os hospitais/ULS universitárias oferecem cuidados de saúde avançados, incluindo tratamentos especializados e de elevada complexidade. Eles atendem doentes que necessitam de cuidados que vão além da capacidade dos hospitais gerais, como transplantes de órgãos, tratamento de doenças raras e procedimentos cirúrgicos complexos. Na sua ligação a universidades e escolas de saúde formam médicos, enfermeiros, técnicos de saúde, entre outros. Os estudantes realizam estágios e residências no ambiente hospitalar e outros, obtendo uma formação prática essencial para desenvolver as suas competências. Esta formação inclui tanto a prática médica quanto a investigação científica.

Adicionalmente, os hospitais/ULS universitárias são centros de investigação clínica, onde se testam novas tecnologias, tratamentos e procedimentos médicos. Isso contribui para o avanço da medicina e das ciências da saúde, promovendo inovações que beneficiam os doentes e melhoram a prestação de cuidados de saúde. Internacionalmente, por serem instituições de ensino e investigação, os hospitais/ ULS universitárias têm uma importante ligação com políticas públicas de saúde e servem como referência em saúde pública. Frequentemente lideram programas de saúde comunitária, promovem a prevenção de doenças e contribuem para políticas de saúde com dados e estudos. Malgradamente, em Portugal, salvo casos esporádicos, os hospitais universitários não cumprem esta componente.

Assumindo as três componentes “cuidados altamente diferenciados, ensino e investigação”, existem em Portugal cinco instituições que reúnem estas características (de Norte para Sul):

- ULS de Santo António associada à Universidade do Porto através do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar;
- ULS de São João associada à Universidade do Porto através da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;
- ULS de Coimbra associada à Universidade de Coimbra;

Contributo para a Comissão Técnica Independente

- ULS de Santa Maria associada à Universidade de Lisboa;
- ULS de São José associada à Universidade Nova de Lisboa.

Esta constatação não desmerece outras unidades de saúde ou escolas médicas nem o seu papel essencial na prestação de cuidados de saúde ou no ensino médico. Contudo, mesmo no ensino médico pré-graduado, em 2024, estas cinco entidades assumiram 78,8% das vagas para os mestrados integrados de medicina.

Há mais de uma década e meia, como Diretor-coordenador de Financiamento e Contratualização da Administração Central do Sistema de Saúde, participei no exercício que conduziu à definição de grupos hospitalares (ACSS, 2011) Este exercício técnico permitiu identificar os hospitais mais diferenciados (hospitais do grupo E):

- Centro Hospitalar do Porto
- Hospital de São João
- Hospitais da Universidade de Coimbra
- Centro Hospitalar Lisboa Norte
- Centro Hospitalar Lisboa Central
- Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (clusterização mais frágil)

Outras unidades do SNS com ensino universitário, não pertencem ao mesmo nível de diferenciação destas unidades. Exemplo, Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira (Grupo C) ou o Hospital de Braga (Grupo D).

Destaco que o modelo estatístico utilizado para a definição dos grupos hospitalares considerou o ensino universitário. Contudo, demonstrou apenas residualmente o seu impacto em termos de custos. Outros fatores foram identificados como mais determinantes, como a dimensão e a complexidade dos serviços prestados. No fator ensino, o peso dos médicos internos como variável representativa em função da capacidade explicativa dos custos apresentou uma correlação superior ao ensino universitário (0,59 *versus* 0,35).

Os resultados do exercício não constituem uma surpresa face à perceção geral à época, ou mesmo em relação à realidade atual. Atualmente, estas cinco unidades de saúde respondem por cerca de 30% da atividade do Serviço Nacional de Saúde, oferecendo os serviços de maior complexidade e diferenciação.

Por desempenharem um papel único e fundamental no sistema de saúde, há motivos significativos para que estas unidades tenham um planeamento específico e distinto da restante rede hospitalar.

A sua diferenciação exige equipas médicas altamente especializadas e uma infraestrutura tecnológica avançada. Estas unidades são locais de formação para futuros profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros e outros técnicos. O ensino clínico e a supervisão de profissionais em formação exigem uma organização e planeamento específicos para garantir um ambiente seguro para os doentes, enquanto proporciona uma experiência de formação de elevada qualidade. Esse planeamento permite alinhar o funcionamento hospitalar com os objetivos pedagógicos, formando profissionais preparados para enfrentar a complexidade do sistema de saúde.

As unidades de elevada diferenciação necessitam de equipamentos especializados, como tecnologia de imagem avançada, ciência de dados e robótica, laboratórios de elevada capacidade, e mais camas para cuidados intensivos. O planeamento específico facilita a gestão de recursos escassos, de modo a assegurar que as unidades tenham a infraestrutura necessária para responder a emergências, manter uma elevada capacidade de resposta e garantir que recursos críticos estão sempre disponíveis.

O funcionamento destas unidades acarreta custos elevados, decorrentes do uso de tecnologias de ponta e da elevada especialização das equipas. Um planeamento específico ajuda a otimizar recursos e controlar custos, integrando modelos de financiamento que valorizem a qualidade e a diferenciação dos cuidados prestados.

O planeamento específico para estas unidades permite alocar recursos humanos e materiais adequados, assegurando que estes possam continuar a desempenhar o seu papel com excelência. A autonomia no planeamento e gestão de recursos é, assim, fundamental para que estas unidades mantenham a sua viabilidade económica e contribuir positivamente para o sistema de saúde. Tratar estas unidades como as restantes, é um erro que conduzirá à redução da diferenciação e à insustentabilidade, mitigando o seu papel essencial no sistema de saúde.

Fruto de vários fatores, ao longo dos últimos anos não existiu uma política de investimento dirigido a estas unidades. Muitas vezes em favor de uma estratégia de tudo em todo o lado para satisfazer interesses locais e uma falsa noção de proximidade. Apenas por um pensamento mágico se pode acreditar que hospitais de menor diferenciação podem sustentar serviços altamente especializados como neurocirurgia, cirurgia plástica ou cirurgia maxilo-facial ou equipamentos altamente diferenciados na área da imagem e robótica. Em favor do populismo e de agendas particulares, as tentativas para a categorização dos serviços e estabelecimentos dos Serviço Nacional de Saúde (SNS) são fortemente atacadas — veja-se o caso da Portaria n.º 82/2014 com o objeto de estabelecer os critérios que permitiam categorizar os serviços e estabelecimentos do SNS, de acordo com a natureza das suas responsabilidades e quadro de valências exercidas, e o seu posicionamento da rede hospitalar e proceder à sua classificação. Proponha-se então que os hospitais, centros hospitalares e

unidades locais de saúde se classificavam hierarquicamente segundo a natureza das suas responsabilidades e o quadro das valências (carteira de serviços) efetivamente exercidas em quatro grupos. Mudou o Governo, e a portaria foi revogada pelo vazio.

Os resultados são conhecidos. Criam-se serviços que rapidamente se verificam insustentáveis. Para além da festa inicial da inauguração, da parangona no jornal local, dos gostos nas redes sociais e de alguns votos, os resultados são conhecidos com impacto na reputação do SNS e na sua capacidade para atração e retenção de talento. Para as unidades altamente diferenciadas verifica-se uma descapitalização dos recursos médicos, uma crescente obsolescência da tecnologia, e a crescente perda de terreno para o setor privado.

Sejamos claros, unidades de maior diferenciação são essenciais para o sistema de saúde devido ao seu papel na prestação de cuidados especializados, formação, investigação e inovação. Estas unidades beneficiam significativamente de um planeamento distinto, que reconheça a sua função central e permita uma gestão eficiente de recursos, assegurando que continuem a responder a necessidades complexas e urgentes. A adoção de uma estratégia de planeamento específica é, assim, uma abordagem fundamental para fortalecer o sistema de saúde e garantir que estes hospitais continuem a desempenhar o seu papel diferenciador de forma sustentável e eficaz.

Em termos práticos:

- A política de gestão de recursos humanos não pode ser similar à restante rede do SNS. Exemplo: estas unidades devem ter a possibilidade de contratar diretamente a nível nacional e internacional.
- O plano de investimentos não pode ser similar à restante rede do SNS. Exemplo: estas unidades devem ter acesso aos equipamentos mais modernos e não ser ultrapassadas por outras unidades públicas ou privadas.
- O modelo de financiamento deve assegurar a sustentabilidade da diferenciação dos serviços prestados. Exemplo: estas unidades devem ser incentivadas ao desenvolvimento de respostas inovadoras, ao ensino e investigação clínica.

“Deixar cair” — tratar estas unidades como as restantes — é conduzir o sistema de saúde ao insucesso na prestação pública de cuidados de saúde diferenciados, capacidade para formar médicos, enfermeiros e outros técnicos para o sistema de saúde, e mitigar o potencial de investigação e inovação em saúde.

O posicionamento que aqui transmito não desmerece o papel da restante rede de saúde do SNS. Muito pelo contrário, todas as unidades de saúde e escolas médicas têm um papel essencial para garantir o acesso universal a cuidados de saúde. Contudo, exige-se uma estratégia direcionada e capaz para as unidades de saúde universitárias. Uma discussão que

na minha opinião deveria estar mais centrada no número adequado de unidades com este perfil de diferenciação do que na diluição desta resposta por alargar este conceito a mais unidades. Face à dimensão do país, porventura seria mais avisado discutir se devemos ter cinco ou menos unidades com estas características do que pulverizar o seu número pelo País.

O alargamento da discussão, a outras unidades de saúde ou escolas médicas, merece outro tipo de enquadramento. Contudo, o alargamento de âmbito dilui a relevância do papel essencial das unidades verdadeiramente universitárias e a eficácia das medidas necessárias ao desenvolvimento desta importante componente do sistema de saúde.

DRAFT

O papel económico das unidades locais de saúde universitárias

As ULS universitárias desempenham fundamental no desenvolvimento económico, tanto regional como nacional, através de um conjunto de atividades que vão além da prestação de cuidados de saúde. Como centros de excelência em formação, investigação e inovação, estas unidades geram impacto direto e indireto na economia ao atrair investimentos, criar empregos altamente qualificados, impulsionar a inovação tecnológica e promover a saúde pública, fatores que contribuem para uma sociedade mais produtiva e próspera. As ULS universitárias são importantes empregadores nas suas regiões, oferecendo empregos não apenas na área da saúde, mas também em áreas de apoio, investigação e gestão. A presença de uma ULS universitária atrai médicos, investigadores, enfermeiros e técnicos altamente qualificados que, ao se fixarem na região, geram impacto positivo na economia local ao consumir serviços e ao aumentar a procura por habitação, comércio e educação. Adicionalmente, a possibilidade de formação contínua e de desenvolvimento de carreira nas ULS universitárias é um fator de retenção de talentos, essencial para manter profissionais qualificados na região e no País.

Como centros de investigação e inovação, as ULS universitárias desempenham um papel vital na geração de conhecimento e na sua transferência para o setor privado, contribuindo para o desenvolvimento de novos produtos e serviços. A colaboração entre as ULS universitárias, empresas de biotecnologia, farmacêuticas e startups tecnológicas permite a criação de soluções inovadoras em saúde, que podem ser transferidas para o mercado, gerando receitas e promovendo o desenvolvimento económico. Esta transferência de conhecimento fortalece o ecossistema de inovação e aumenta a competitividade da economia portuguesa no setor da saúde e biociências a nível internacional. Além disso, as ULS universitárias podem captar financiamento competitivo, tanto nacional como internacional, para o desenvolvimento de investigação e inovação. Este financiamento, que inclui bolsas de investigação, fundos europeus e parcerias com o setor privado, representa uma injeção de capital nas regiões onde estas unidades se localizam. Os fundos obtidos por meio de projetos de investigação e programas colaborativos com entidades estrangeiras fortalecem a capacidade financeira das ULS universitárias e criam novas oportunidades de emprego, investigação e desenvolvimento.

Adicionalmente, as ULS universitárias são centros de formação que contribuem diretamente para a capacitação de futuros profissionais de saúde e para o desenvolvimento de novas competências na área da saúde. Ao formarem milhares de estudantes de medicina, enfermagem e outras profissões de saúde, estas unidades garantem uma força de trabalho qualificada e bem preparada para o mercado, beneficiando a economia em geral. A formação contínua promovida pelas ULS universitárias, que inclui áreas de inovação e tecnologias

emergentes, assegura que a força de trabalho de saúde esteja atualizada, aumentando a competitividade e a produtividade do setor.

Além disso, ao promoverem programas de prevenção e educação em saúde, as ULS universitárias desempenham um papel significativo na melhoria da saúde pública, tendo impacto direto na produtividade e nos custos económicos. Uma população mais saudável resulta numa força de trabalho mais produtiva e reduz os custos associados ao absentismo e à perda de produtividade devido a doenças crónicas. As ULS universitárias, ao integrarem cuidados de saúde primários, hospitalares e de reabilitação, promovem um sistema de saúde mais eficiente e orientado para a prevenção, reduzindo o impacto económico das doenças e contribuindo para uma sociedade mais saudável e economicamente ativa.

Em síntese, as ULS universitárias são muito mais do que prestadoras de cuidados de saúde; são motores económicos que impulsionam o desenvolvimento regional e nacional. Através da criação de emprego qualificado, da transferência de conhecimento, da captação de investimentos e da promoção de um turismo de saúde de qualidade, estas instituições contribuem significativamente para a economia. Ao formarem uma força de trabalho preparada para os desafios contemporâneos e ao promoverem a saúde pública, as ULS universitárias fortalecem as bases para um desenvolvimento económico sustentável e inclusivo.

A sua importância no ecossistema económico sublinha a necessidade de políticas de apoio e investimento específico, que potenciem o papel destas unidades no progresso económico e social do país.

Desafios do sistema de saúde e a reforma dos hospitais universitários

Os sistemas de saúde enfrentam enormes desafios. A transformação do sistema de saúde exige uma adaptação rápida e contínua dos seus componentes, incluindo os hospitais universitários, para responder eficazmente ao aumento da procura, inovações tecnológicas, e restrições financeiras. Embora os hospitais universitários tenham um papel central na prestação de cuidados altamente especializados, na formação de profissionais e na promoção de investigação, é fundamental que esses hospitais não se tornem barreiras à reestruturação do sistema de saúde. Pelo contrário, devem ser agentes facilitadores desta transformação. Para enfrentar os desafios atuais, alguns investigadores sugerem que os hospitais universitários precisam de reformas para se adaptarem às mudanças no cenário da saúde e manterem o seu papel vital no avanço da medicina (Huynh, 2024; Medici, 2001).

No seu *position paper*, "*Rethinking Healthcare Systems in Europe*", a European University Hospital Alliance (2024) aborda o papel crucial dos hospitais universitários nas reformas dos cuidados de saúde. Este documento salienta a necessidade urgente de colaboração e financiamento à escala da União Europeia para assegurar sistemas de saúde resilientes e sustentáveis em toda a Europa.

Importa referir que a EUHA agrega os maiores e mais reconhecidos hospitais universitários europeus²:

- Vall d'Hebron Barcelona Hospital Campus, Barcelona
- Charité — Universitätsmedizin Berlin, Berlim
- Assistance Publique — Hôpitaux de Paris, Paris
- Erasmus Medical Center, Roterdão
- Karolinska University Hospital, Estocolmo
- King's Health Partners, Londres
- Ospedale San Raffaele, Milão
- Universitätsklinikum AKH Wien, Viena
- University Hospitals Leuven, Lovaina

² É apresentada uma caracterização destes hospitais no anexo 1.

- Aarhus University Hospital, Aarhus

Neste documento, os hospitais universitários são identificados como motores essenciais da transformação dos cuidados de saúde. Eles estão posicionados de forma única para integrar cuidados de saúde com investigação e educação, servindo como incubadoras de inovação e líderes em iniciativas de saúde pública. A EUHA **salienta a necessidade destas instituições expandirem o seu foco para além dos cuidados terciários, integrando os serviços de cuidados preventivos e primários, contribuindo simultaneamente para a investigação no domínio da saúde pública e das políticas de saúde. Esta abordagem destina-se a promover a saúde da população, a intervenção precoce e a melhoria da literacia em saúde.**

É relevante serem os maiores, mais diferenciados e mais destacados hospitais europeus a definirem a integração de cuidados entre hospitais, cuidados de saúde primários e saúde pública como o caminho a seguir.

Curiosamente, em Portugal, algumas vozes questionam se o modelo ULS é adequado para os hospitais universitários. Esta paroquialidade nacional resulta da confluência de várias correntes. Barreto (2024) desmonta cabalmente os argumentos da dimensão/complexidade, da perda da autonomia dos cuidados de saúde primários ou do âmbito nacional e não local.

Importa referir que, os cuidados de saúde primários mantêm um receio legítimo de perda da alcançada autonomia e de identidade própria. Contudo, desconsideram as vantagens para os cidadãos e para os profissionais que se podem obter através da integração com os hospitais universitários ao nível da prestação de cuidados de saúde, do ensino e da investigação.

Importa referir que os cuidados de saúde primários não devem autolimitar-se e autoexcluir-se do sistema de saúde, sendo essencial que as ULS universitárias garantam uma governação clínica e gestão autónoma dos cuidados em proximidade.

Por outro lado, continuam a surgir opiniões avulsas ecoando um temor quanto ao efeito da integração dos cuidados de saúde primários. Segundo essas vozes, este processo pode colocar em causa a existência dos hospitais universitários. É compreensível que algumas pessoas, ou entidades influenciáveis, sem estudarem devidamente a questão, possam enredar-se neste equívoco. Particularmente, se servir para censurar os atores do passado.

Todos concordamos que o processo poderia ter sido mais bem conduzido e implementado. Contudo, não existe nenhum racional para se afirmar que as ULS Universitárias colocam em causa a existência de Centros Académicos e Clínicos (como se tivessem sido extintos ou fossem incompatíveis), das redes de referência hospitalar e dos centros de referência (como se não se mantivesse o modelo de referência e a hierarquização das respostas), ou mesmo as redes europeias de referência. Insistir nestes argumentos vazios e sem qualquer suporte técnico arrisca a enquadrar-se em teimosia, manifesta má-fé ou ser fruto de algum interesse particular.

Ora, quanto mais não seja, são os hospitais universitários mais reputados e diferenciados da Europa e com maior participação da ERN³ que enunciam exatamente o contrário: *necessidade de os hospitais universitários expandirem o seu foco para além dos cuidados terciários, integrando os serviços de cuidados preventivos e primários, contribuindo simultaneamente para a investigação no domínio da saúde pública e das políticas de saúde.*

A bom tempo, esta comissão, abandonou esta discussão passadista e centrou-se no contexto das ULS universitárias como passo essencial para o desenvolvimento do sistema de saúde. As ameaças às ULS universitárias, tal como aos hospitais universitários, passam por ser desconsideradas as suas características e objetivos na definição do seu modelo governação (conduzindo a um desalinhamento estratégico), na política de gestão de recursos humanos, no plano de investimentos e no modelo de financiamento. Abordarei estes temas mais adiante em termos de recomendações.

A transformação do sistema de saúde exige uma adaptação rápida e contínua dos seus componentes, incluindo os hospitais universitários e das escolas médicas, para responder eficazmente à reestruturação da procura, inovações tecnológicas, e restrições financeiras. Embora as ULS universitárias tenham um papel central na prestação de cuidados, na formação de profissionais e na promoção de investigação, é fundamental que estas unidades não se tornem barreiras ao desenvolvimento do sistema de saúde.

As ULS universitárias, com a sua estrutura de integração de cuidados e foco académico, são elementos fundamentais para a transformação do sistema de saúde. Para maximizar este potencial, devem adotar uma postura de flexibilidade, inovação e colaboração intersectorial, sem perder o foco na missão de ensino e investigação. Com estas adaptações, as ULS universitárias deixam de ser vistas como estruturas rígidas e são agentes facilitadores de mudança, líderes em cuidados integrados e modelos para o desenvolvimento sustentável do sistema de saúde. Desta forma, reforçam a sua importância como promotoras de um sistema de saúde acessível, equitativo e resiliente, beneficiando tanto os profissionais de saúde como a população em geral.

O desenvolvimento das ULS universitárias não se pode apenas cingir ao modelo de governação e funcionamento destas, exigindo também a evolução e adaptação do ensino universitário a um contexto distinto. Com efeito, a atração e retenção de profissionais de saúde não é apenas uma responsabilidade dos prestadores de cuidados de saúde. A necessidade de reestruturar as escolas médicas e os seus currículos surgem como uma resposta à rápida evolução do sistema de saúde, ao surgimento de novas tecnologias, e às

³ *University Hospitals Leuven* pertence a 19 ERN (hospital mais representado); *Erasmus MC* pertence a 18 ERN (segundo hospital mais representado); a *Assistance Publique-Hôpitaux de Paris* pertence a 15 ERN (terceiro hospital mais representado).

mudanças nas necessidades de saúde das populações. As escolas médicas devem formar profissionais que estejam não só aptos a lidar com as doenças e os tratamentos atuais, mas também preparados para adaptar-se e liderar as futuras transformações. Ao incluir competências digitais, medicina preventiva, colaboração interprofissional, e uma abordagem centrada na pessoa, as escolas médicas tornam-se mais eficazes em preparar médicos que possam contribuir significativamente para um sistema de saúde resiliente, acessível e de alta qualidade. Esta transformação é indispensável para garantir que a formação médica acompanhe as necessidades da sociedade e responda proactivamente às inovações e desafios da medicina moderna.

Importa destacar que, a qualidade de ensino pré-graduado nas ULS universitárias está fortemente penalizado pelos rácios médico (tutor)/ aluno (ANEM, 2024). Tal deve-se ao elevado número de alunos e à sobrecarga exigida ao corpo clínico por esta tarefa adicional. Neste contexto, a salvaguarda do ensino médico pré-graduado e pós-graduado merece uma análise conjunta entre as escolas médicas e as ULS universitárias com vista à melhoria das condições pedagógicas nos anos clínicos.

Código Questão	Secção	N		EM-UM		FCS-UBI		FMCB-UAig		FMUC		FMUL		FMUP		ICBAS		NMSJFCM	
		N	% Insatisf.	N	% Insatisf.	N	% Insatisf.	N	% Insatisf.	N	% Insatisf.	N	% Insatisf.	N	% Insatisf.	N	% Insatisf.	N	% Insatisf.
A6	Condições de avaliação (exames)		21.94%		17.45%		11.52%		24.24%		36.16%		40.85%		12.39%		17.30%		15.71%
B4	Locais de Estudo		34.39%		17.09%		27.88%		24.24%		53.57%		25.61%		13.27%		34.18%		63.33%
C4	Aulas teóricas/seminários	1454	25.24%	275	25.09%	165	13.33%	66	36.36%	224	19.64%	164	28.66%	113	22.12%	237	31.65%	210	29.05%
D6	Aulas teórico-práticas		29.02%		18.55%		27.27%		16.67%		57.14%		40.24%		12.39%		31.65%		15.24%
E6	Aulas práticas/laboratoriais/de simulação (em meio não-clínico)		23.31%		16.00%		20.61%		10.61%		52.23%		22.56%		15.04%		20.68%		16.19%
F9	Ensino em meio clínico	612	41.01%	112	25.00%	56	42.86%	34	20.59%	105	77.14%	79	31.65%	41	41.46%	95	53.68%	90	20.00%
G1	Global	1454	29.78%	275	20.00%	165	29.09%	66	24.24%	224	62.95%	164	28.05%	113	14.16%	237	23.21%	210	26.67%

Figura 1. Percentagem de Insatisfação com a globalidade de cada tema avaliado, no total e por Escola Médica.

Fonte: ANEM (2024)

A Unidade Local de Saúde de Coimbra

Tal como as outras ULS com características universitárias, a ULS de Coimbra instituição promove simultaneamente a excelência na prestação de cuidados de saúde, a investigação científica, a inovação, o ensino e a formação médica avançada, que são componentes centrais da nossa matriz. A nossa estreita parceria com a Universidade de Coimbra é um alicerce fundamental da nossa instituição, materializada pelo *Coimbra Health* — Centro Clínico e Académico de Coimbra.

A ULS de Coimbra assume, atualmente, um papel ímpar no panorama nacional da saúde, integrando oito unidades hospitalares e vinte seis centros de saúde. Diariamente, através dos seus mais de 10 mil colaboradores, a ULS de Coimbra assegura mais de 200 cirurgias e 10 mil consultas médicas. Nacionalmente, assegura 8% da atividade hospitalar medida por doente padrão, sendo o maior e mais compreensivo prestador de cuidados de saúde. Com efeito, representamos uma oferta de cuidados ímpar em gama de serviços, da prevenção à reabilitação, sendo em muitas condições o único prestador de cuidados de saúde a nível nacional. Em termos de centros de referência nacionais, somos a unidade de saúde com maior número de centros. Com um orçamento várias vezes inferior a outros congéneres europeus, participamos ativamente em nove Redes Europeias de Referência (ERNs), tornando-nos a segunda unidade ibérica com maior participação nestas redes.

Ao nível da formação pré-graduada, acolhemos anualmente a formação clínica de mais de 1.500 estudantes dos mestrados integrados em medicina e de medicina dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC). Reconhecendo as deficiências na nossa organização, estamos a desenvolver, em parceria com a FMUC, um ambicioso programa de melhoria das condições de ensino nas nossas instalações hospitalares e de cuidados de saúde primários.

Por meio de parcerias com a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e com a Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Coimbra, acolhemos mais de 1.000 estudantes da licenciatura em enfermagem e de 500 estudantes de outras profissões de saúde. Esses estudantes beneficiam de um contexto prático, preparando-se para as complexidades da saúde moderna e garantindo um fluxo constante de profissionais de saúde qualificados.

O nosso corpo clínico é constituído por mais de 2.300 médicos, incluindo o maior programa de internato médico do País, onde 40% dos nossos médicos encontram-se em formação de especialidade, contribuindo para a capacitação de todo o Sistema Nacional de Saúde. A ULS de Coimbra desempenha um papel crucial na formação da próxima geração de profissionais de saúde.

Contributo para a Comissão Técnica Independente

Notavelmente, 7% dos nossos médicos especialistas possuem o grau de doutoramento, reforçando o nosso compromisso com a educação médica avançada e a excelência em investigação. Apesar deste resultado, almejamos alcançar um rácio de médicos doutorados de 1 para 10 nos próximos seis anos. Nesta senda, o Programa de Doutoramento em Ciências da Saúde é maioritariamente frequentado por profissionais da ULS de Coimbra.

Nos últimos cinco anos, a ULS de Coimbra obteve mais de sete milhões de euros em financiamento competitivo para inovação (de longe o prestador de cuidados de saúde português com maior financiamento), impulsionando avanços em investigação clínica, inovação em saúde e saúde pública. Como membros do EIT Health, estamos engajados num ecossistema europeu mais amplo de investigação e inovação, promovendo colaboração e partilha de melhores práticas entre instituições.

No âmbito do Centro Académico e Clínico de Coimbra, a ULS de Coimbra abriga um biobanco, uma Unidade de Ensaio Clínico (CTU) e uma incubadora em parceria com o Instituto Pedro Nunes. Recentemente, assumimos a liderança da *Portuguese Clinical Research Infrastructure Network* (PTCRIN), rede nacional que visa promover e facilitar a investigação clínica em Portugal. A rede é composta por várias instituições de saúde e de investigação, e visa melhorar a qualidade e a eficiência dos ensaios clínicos no país. Estes recursos reforçam o nosso compromisso com a inovação em saúde e o apoio a *startups* dentro do nosso ecossistema. Temos apoiado nos últimos anos bolsas de estudo e programas de incentivo à investigação clínica e biomédica.

Ao analisarmos os resultados de investigação dos últimos cinco anos (2020–2024) através dos artigos publicados em revistas com fator de impacto (usando a *Web of Science Core Collection* da Clarivate e *Journal Impact Factor/Journal a Citation Reports*) verificamos o seguinte:

- Coimbra (e as suas variantes): 2950 artigos; 25 897 citações; 57 H-index
- Santa Maria (e as suas variantes): 2186 artigos; 22 062 citações; 61 H-index
- Sao João (e as suas variantes): 2233 artigos; 13 769 citações; 47 H-index
- Santo António (e as suas variantes): 908 artigos; 4819 citações; 32 H-index

Em resumo, a ULS de Coimbra tem contribuído decisivamente para o desenvolvimento da prestação de cuidados de saúde, ensino médico, investigação e inovação:

- Prestação de cuidados, em volume (entidade com maior doente padrão) e diferenciação (entidade com mais centro nacionais de referência e pertença a redes europeias de referência);
- Ensino médico pré e pós-graduado, maior programa nacional de formação médica avançada;

Contributo para a Comissão Técnica Independente

- Investigação clínica (maior publicações e citação de artigos) e inovação (maior captação de financiamento competitivos).

A ULS de Coimbra é por todos os indicadores apresentados uma ULS de cariz universitário. Deixo à reflexão de todos os dados apresentados. Particularmente por, incompreensivelmente, não ter nenhum representante nesta Comissão Técnica Independente.

DRAFT

Propostas à Comissão Técnica Independente

Modelo de governação

A complexidade e relevância social das ULS Universitárias exigem modelos de governação robustos. Como afirmado anteriormente, a associação a uma ou mais instituições universitárias é chave para cada uma das ULS Universitárias. Contudo, a associação universitária representa apenas uma ou mais lógicas entre uma multitude de lógicas. Se tomarmos como exemplo as instituições pertencentes à EAUH, o papel das universidades na governança dos hospitais varia conforme a instituição. Em alguns hospitais, as universidades desempenham um papel executivo significativo, influenciando diretamente as decisões e políticas. Em outros, o papel é mais consultivo, focado na colaboração académica sem controlo direto sobre a gestão hospitalar. Cada uma das instituições evoluiu conforme a sua própria história.

A seguir proponho duas propostas e uma proposta adicional:

- Proposta maximalista — modelo de governação em dois níveis (exige alteração legislativa)
- Proposta minimalista — Centro Académico e Clínico em modelo associação
- Proposta complementar: regulamento interno das ULS.

Proposta maximalista — modelo de governação em dois níveis (exige alteração legislativa)

As entidades do setor empresarial do estado, onde estão representadas as ULS, utilizam uma estrutura de conselho de administração executivo único. Curiosamente, nas ULS, estão representados elementos nomeados pelo acionista, incluindo profissionais de saúde (dois diretores clínicos e um enfermeiro diretor), e um representante das autarquias.

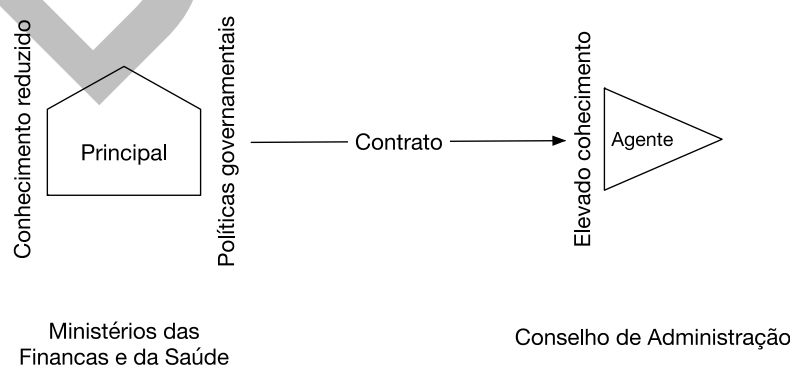


Figura 2. Modelo típico de Conselho de Administração do Setor Empresarial do Estado.

Nota: Elaboração própria

Do ponto de vista conceptual, importa questionar o motivo que leva um acionista a permitir outra parte interessada a ter poder executivo fora do seu controlo. Uma ideia benigna — envolver as autarquias na prestação de cuidados de saúde — pode conduzir a um desalinhamento interno do órgão executivo por manifesto conflito de interesses entre o principal e uma das partes interessada.

As relações de agente-principal tendem a ser particularmente complexas na área da saúde, devido à vantagem dos agentes em termos de conhecimento sobre a prestação de cuidados. Considerando a assimetria de informação, a teoria do agente-principal argumenta que os interesses dos acionistas necessitam de proteção através da separação dos papéis de presidente do conselho de administração (não executivo) e CEO (executivo), justificando a introdução do conselho não executivo como modelo de governação dos hospitais públicos em muitos sistemas de saúde (Chambers et al., 2013). Acredita-se que “a sua combinação de contributos executivos e não executivos, internos e independentes, profissionais e leigos, e o requisito de perspetivas e competências diversas para serem conjugadas para alcançar decisões coletivas no melhor interesse da organização, da sua estratégia e da responsabilidade operacional” (Chambers et al., 2020).

Sem prolongar a justificação teórica, faz sentido propor que as ULS Universitárias obedeçam a um modelo de dois níveis à semelhança dos *Foundation trusts* ingleses. Segundo a teoria das partes interessadas, as organizações são influenciadas pelos seus stakeholders e vice-versa (Frooman & Murrell, 2016). Dentro desta teoria, a gestão pode envolver estrategicamente as partes interessadas na administração (Frooman, 1999), o que pode trazer benefícios para o seu alinhamento estratégico e desempenho financeiro (Altman, 1998)(Berman et al., 1999)(Pfeffer, 1996; Youndt et al., 1996). Embora existam várias definições e classificações de stakeholders (Berman et al., 1999; Clarkson, 1995; Donaldson & Preston, 1995; Goodpaster, 1991; Savage et al., 1991) tem sido dada especial atenção, na investigação, aos profissionais, à comunidade e aos doentes.

Na prática, sugiro que as ULS universitárias passem a dispor de um modelo de dois níveis. O principal (Ministério das Finanças e Ministério da Saúde) delega num conselho não executivo competências para a definir os critérios de seleção, recrutamento e avaliação do agente (órgão executivo). No conselho não executivo, para além de representantes indicados pelo principal, estão representados representantes das universidades, autarquias, profissionais de saúde ou dos colaboradores da organização, e representantes dos doentes. Tal abordagem, permitiria um melhor alinhamento estratégico entre as partes interessadas para a prossecução da missão das ULS Universitárias.

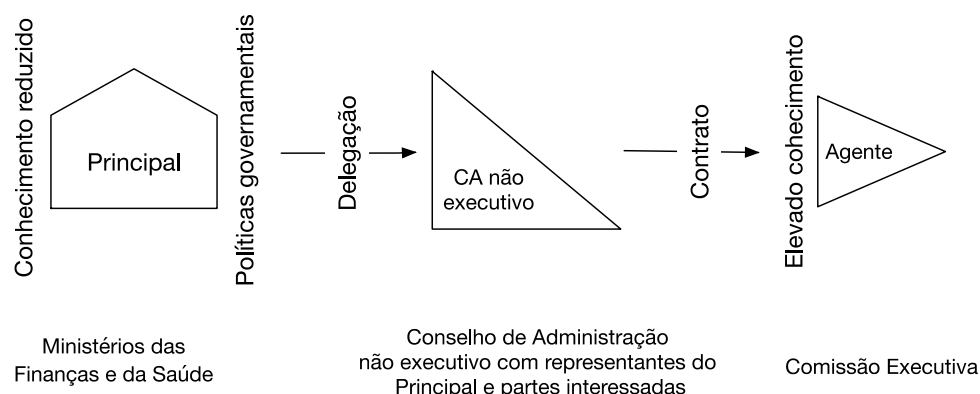


Figura 3. Modelo de governação proposto para as ULS universitárias.

Nota: Elaboração própria

Proposta minimalista — Centro Académico e Clínico em modelo associação

Tal como os hospitais universitários, as ULS podem ser polos de excelência na produção científica, na inovação e essenciais para a formação de profissionais de saúde. A criação dos CAC favorece uma colaboração mais estruturada entre ULS e Universidades. Contudo, têm ficado bastante distantes dos objetivos para os quais foram propostos. Estes objetivos são demasiado ambiciosos e, particularmente, inalcançáveis se considerarmos a inexistência de um modelo de governação que ultrapasse os espartilhos administrativos das ULS e das universidades.

Atualmente, o modelo seguido pela maioria dos CAC corresponde a um modelo de consórcio sem personalidade jurídica, limitando a sua capacidade de ação para além da soma das atividades das partes que o compõem. A exceção à regra é o modelo de associação sem fins lucrativos iniciado pelo 2CA-Braga, sendo o que mais garante sinergias entre hospitais e academia. O 2CA-Braga é uma parceria entre a Universidade do Minho (através da Escola de Medicina e do Instituto de Investigação em Ciências da Vida e Saúde), o Hospital de Braga, E.P.E., e o Hospital CUF-Porto. Este CAC dispõe de uma equipa diferenciada e multidisciplinar, que responde às necessidades dos investigadores, dos promotores e dos participantes dos ensaios clínicos, prestando serviços de *Contract Research Organization* e Centro de Investigação Clínica. Ou seja, oferece mais do que apenas a conjunção dos esforços das suas unidades constituintes. Contudo, o 2CA-Braga foi criado no contexto do contrato de gestão em parceria público-privada do Hospital de Braga, entretanto terminada, o que significa que os restantes CAC, para avançarem para o modelo de associação sem fins lucrativos irão necessitar de autorização do acionista dos Hospitais do SEE, tal como nos CoLab. Assim, o sucesso da iniciativa dependerá da prioridade política dada ao tema.

Os Centros Académicos e Clínicos (CAC) foram um bom passo que apenas foi limitado pela incapacidade em dotar estes centros de personalidade jurídica e respetivos meios. O

dinamismo e capacidade transformadora dos CAC estão fortemente limitados pelo modelo societário de consórcio, estando comprometidos, por manifesta falta de autonomia, os objetivos últimos que presidiram à sua criação, designadamente:

- O aproveitamento efetivo de sinergias e a partilha de recursos humanos;
- A introdução de inovação que possibilite a elevação do nível de qualidade da atividade assistencial, de ensino e investigação clínica e de translação;
- A promoção de uma cultura comum focada na excelência científica e clínica num contexto internacional;
- A melhoria global da qualidade dos cuidados de saúde prestados às populações.

A concretização destes objetivos reclama a alteração do modelo societário dos CAC, do modelo de consórcio para o estatuto de associação sem fins lucrativos, para dispor dos instrumentos indispensáveis à prossecução dos seus fins. Este desiderato está alinhado com o Programa do XXIV Governo Constitucional que estabelece como objetivo "Desenvolver e acelerar os Centros Académicos Clínicos em projetos de I&D+I com impacto nos resultados de saúde dos doentes e na conceção/validação/produção industrial de bens e produtos".

Em suma, uma terceira entidade com personalidade jurídica assumiria o papel executivo da parceria entre a ULS Universitária e a Academia. Contudo, esta hipótese subentende algum grau de alinhamento e definição estratégica entre as partes.

Proposta adicional — regulamento interno das ULS

A título de exemplo, o novo regulamento interno da ULS de Coimbra estabelece:

- a nomeação de um diretor pedagógico-científico sob proposta da FMUC, de entre os professores universitários que exerçam funções assistenciais. Compete ao diretor pedagógico-científico a coordenação das atividades de ensino pré e pós-graduado;
- A criação de um conselho médico-universitário como órgão de participação, auscultação e alinhamento estratégico entre a ULS de Coimbra e a FMUC.

Modelo de financiamento operacional

Tal como os hospitais universitários, as ULS universitárias enfrentam situações económicas e financeiras mais complexas que as restantes unidades da rede do SNS. No caso do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, se não tivéssemos sido atribuídos reforços financeiros, terminaríamos o ano de 2023 com cerca de 102 milhões de euros de défice e uma dívida de 246 milhões de euros. O agravamento crescente da situação financeira deve-se a uma notória

ineficiência operacional, mas também ao subfinanciamento de áreas de prestação de cuidados de saúde diferenciados.

Sendo um prestador altamente diferenciado, importa garantir que o financiamento deve promover a eficiência, mas também cobrir os custos da diferenciação, merecendo estas instituições uma discriminação positiva.

O modelo de financiamento proposto pela Administração Central do Sistema de Saúde contempla várias componentes que procuram salvaguardar a diferenciação das unidades mais diferenciadas. Para além da capitação ajustada pelo risco, as componentes de fluxos de compensação (circulação de doentes) e alguns programas verticais procuram criar uma justa alocação de meios financeiros no sistema. Não sendo uma abordagem nova (ACSS, 2010), visa ir de encontro às preocupações legítimas sobre a adequação do modelo exclusivamente capitolacional para as ULS.

Contudo, as ULS Universitárias não merecem distinção na alocação de recursos financeiros. Com efeito,

- As atividades de prestação de cuidados de saúde não são cobertas pelos fluxos de compensação (os grupos de diagnóstico homogéneo ou o ICM não capturam esta complexidade). Por exemplo, a introdução de técnicas cirúrgicas por robótica ou tratamentos mais avançados não são capturados pela codificação clínica.
- As atividades de ensino pré e pós-graduado não são consideradas. Por exemplo, existe um enorme desajustamento entre o valor financiado por interno (500€) e os reais custos da formação especializada.
- As atividades de investigação e inovação não são consideradas. Pode ser argumentado que estas atividades devem recorrer a financiamento competitivo.
- Qualquer mudança com vista à promoção da investigação e ensino merece o devido ressarcimento financeiro.

Por hipótese, se for atribuído 20% de tempo dedicado para investigação a cada médico, estaríamos a reduzir em 20% as atividades assistenciais com impacto no custo das prestações de saúde. Para manter a atividade assistencial, tal esforço deveria ser acompanhado da contratação de mais 20% de médicos e a assunção dos respetivos custos.

A nível do financiamento operacional, propõe-se que ao modelo de financiamento comum a todas as ULS, sejam criadas duas linhas de financiamento vertical para as ULS universitárias com as seguintes características:

- Financiamento da formação médica pós-graduada. O objetivo desta linha de financiamento é apoiar a formação da especialização médica (pode ser comum a outras ULS, atualizando o valor pago por médico interno) e a formação médica

contínua. As ULS universitárias devem liderar a atualização dos profissionais de saúde do SNS e prestar serviços a outras unidades do SNS;

- Financiamento dos cuidados altamente diferenciados. O objetivo desta linha é incentivar o desenvolvimento tecnológico das ULS universitárias. Efetivamente, o modelo atual não captura os desenvolvimentos tecnológicos na prestação de cuidados de saúde diferenciados, incluindo o diagnóstico e o tratamento. Esta linha permitiria a negociação prospetiva com a Direção Executiva quanto ao desenvolvimento de linhas inovadoras na prestação de cuidados no contexto da rede públicas. As áreas a desenvolver considerariam o cumprimento de objetivos e o adequado ressarcimento financeiro.

Modelo de financiamento do investimento

A criação de um programa de financiamento dedicado para as ULS universitárias é essencial para garantir que estas instituições possam manter e expandir a sua capacidade em prestar cuidados de saúde avançados, desenvolver investigação de ponta e formar futuros profissionais de saúde. Apesar do seu papel crucial na resposta às necessidades complexas da população, as ULS universitárias têm operado sem um programa de investimento específico, limitando o seu potencial e colocando em risco a sustentabilidade e a qualidade dos cuidados prestados, e da formação dos profissionais de saúde.

As ULS universitárias assumem um papel de liderança na prestação de cuidados especializados e de elevada complexidade, como transplantes de órgãos, tratamento de doenças raras e cirurgias avançadas. Estes procedimentos requerem equipamentos médicos de última geração, infraestruturas específicas e equipas multidisciplinares altamente qualificadas. Sem um programa de financiamento dedicado, a renovação e a expansão dos recursos tecnológicos e humanos são limitadas, comprometendo a capacidade de resposta às necessidades dos doentes mais complexos e colocando em risco a qualidade e a eficácia dos cuidados oferecidos. Além disso, as ULS universitárias são também centros de investigação e inovação médica, gerando conhecimento que contribui para o avanço da biomedicina e beneficia o sistema de saúde como um todo. No entanto, o desenvolvimento de investigação exige financiamento para infraestruturas como laboratórios, biobancos e plataformas de dados clínicos, além de recursos para atrair e reter investigadores qualificados. Um programa de financiamento específico permitiria que as ULS universitárias continuassem a desenvolver investigação de ponta, aplicando as suas descobertas na prática clínica e promovendo uma medicina mais avançada e baseada em evidências.

As infraestruturas das ULS universitárias muitas vezes necessitam de investimentos substanciais para responder à procura crescente por serviços e aos avanços tecnológicos. Equipamentos modernos, como ressonância magnética de última geração e sistemas de

robótica cirúrgica, requerem espaços e instalações específicos, que necessitam de construção ou reestruturação frequente. Um programa de financiamento planeado e específico permitiria às ULS universitárias adaptar as suas infraestruturas de forma contínua e estratégica, garantindo que estejam à altura das exigências dos cuidados especializados e das expectativas dos utentes.

A integração de tecnologias digitais e de sistemas interoperáveis é essencial para otimizar a eficiência, a segurança e a acessibilidade dos cuidados de saúde nas ULS universitárias. Investir em sistemas de informação robustos, como registos eletrónicos de saúde, *datalakes* e plataformas de telemedicina, requer uma alocação significativa de recursos. Sem um financiamento específico, a capacidade das ULS universitárias para adotar e integrar essas tecnologias é limitada, o que pode comprometer a eficiência dos serviços e dificultar a partilha de dados críticos para uma abordagem de cuidados integrada e centrada no paciente.

Como centros de referência em cuidados complexos, as ULS universitárias desempenham um papel crítico em crises de saúde pública, como pandemias e outras emergências. No entanto, responder adequadamente a estas crises exige uma capacidade de expansão rápida e uma preparação contínua que inclui equipamentos de proteção, unidades de cuidados intensivos e recursos de laboratório e diagnóstico. Um programa de financiamento específico garantiria que as ULS universitárias estivessem sempre prontas para responder a estas emergências, protegendo a população e assegurando a continuidade dos cuidados em tempos de crise.

Por fim, as ULS universitárias atendem a populações que, muitas vezes, não encontram tratamentos de alta complexidade em outras instituições, promovendo a equidade no acesso a cuidados avançados. Para que esta acessibilidade seja uma realidade sustentável, é necessário um financiamento que assegure a disponibilidade de recursos e a capacidade de expansão das ULS universitárias, permitindo que estas unidades respondam ao aumento da procura e que evitem longos tempos de espera. O investimento específico garantiria que o acesso aos cuidados especializados fosse universal e atempado, independentemente da localização geográfica ou da condição socioeconómica dos pacientes.

As ULS universitárias são instituições-chave para a prestação de cuidados de alta complexidade, para a inovação em saúde e para a formação de novos profissionais. Contudo, sem um programa de financiamento específico e estruturado, estas unidades enfrentam limitações que comprometem a sua capacidade de continuar a desempenhar este papel crítico de forma sustentável e com qualidade. Um programa de investimento dedicado às ULS universitárias asseguraria os recursos necessários para modernizar infraestruturas, promover a inovação, formar e reter profissionais qualificados e garantir uma resposta eficaz e equitativa às necessidades de saúde da população. Assim, este programa de financiamento específico é essencial para fortalecer estas unidades, garantindo que continuem a ser pilares de excelência e inovação no sistema de saúde. Neste sentido, os programas de investimento,

como o PRR ou o PT2030, devem dispor de linhas de financiamento específicas para a modernização das infraestruturas das ULS universitárias.

Modelo de gestão de recursos humanos

Como afirmado, as ULS universitárias desempenham um papel vital na formação de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, assegurando que o sistema de saúde disponha de profissionais qualificados e preparados para enfrentar a complexidade crescente da prática clínica. No entanto, para poderem manter-se competitivas e atrativas para os melhores talentos, estas instituições necessitam de maior flexibilidade no recrutamento direto de médicos, enfermeiros e técnicos de saúde, incluindo novas profissões emergentes na área.

Atualmente, o sistema de contratação centralizado, mediante concursos nacionais, impõe limitações consideráveis, criando um processo moroso e padronizado que nem sempre responde eficazmente às necessidades específicas e urgentes das ULS universitárias. Estes concursos são, muitas vezes, generalistas e pouco ágeis, dificultando a rápida resposta ao aumento da procura por determinados profissionais ou à necessidade de recrutar especialistas em áreas específicas. Para uma ULS universitária que presta cuidados altamente diferenciados e lidera em áreas de formação e investigação, a capacidade de atrair e contratar diretamente profissionais altamente qualificados e com perfis adequados às suas especialidades é essencial para garantir a continuidade e a qualidade dos cuidados.

Além disso, a possibilidade de realizar contratações diretas permitiria que as ULS universitárias competissem em igualdade com outras unidades de saúde, incluindo o setor privado e organizações internacionais, oferecendo condições atrativas para captar e reter os melhores profissionais. Esta flexibilidade no recrutamento possibilitaria ainda a criação de planos de carreira e incentivos ajustados às necessidades locais e institucionais, incluindo pacotes de benefícios, oportunidades de desenvolvimento profissional e incentivos específicos para funções de alta complexidade ou de difícil colocação. Isso é particularmente relevante nas áreas que exigem competências especializadas e novas áreas emergentes de saúde digital.

Para responder eficazmente às exigências da formação contínua e à constante inovação no setor da saúde, as ULS universitárias precisam de estruturas de recursos humanos que acompanhem a sua missão educativa e clínica. Ter flexibilidade para contratar diretamente permitiria também a criação de equipas multidisciplinares ajustadas às necessidades locais e à missão académica das ULS universitárias, promovendo uma maior adaptação ao desenvolvimento das profissões de saúde emergentes, como a ciência dos dados de saúde, a engenharia biomédica e a gestão de cuidados de saúde integrados.

Assim, a flexibilização no recrutamento direto torna-se não apenas uma vantagem, mas uma necessidade estratégica para as ULS universitárias, permitindo-lhes agilidade e autonomia para formar equipas alinhadas com o seu perfil de excelência, com a sua função diferenciada no sistema de saúde e com o seu compromisso com a formação e investigação de qualidade.

A questão semântica

A denominação “Unidade Local de Saúde” (ULS) pode parecer limitada e inadequada para descrever o papel verdadeiramente complexo e diferenciador que estas instituições desempenham no sistema de saúde. Os termos “local” e “unidade” sugerem uma abordagem restrita e regional, focada em cuidados primários ou num serviço específico, o que não reflete a natureza abrangente e integrada destas instituições que, para além de prestarem cuidados de saúde de elevada complexidade, têm funções centrais em ensino, investigação, e inovação.

O termo “local” indica uma ligação ao território e à proximidade com a comunidade, que é, de facto, uma função essencial das ULS na sua componente de cuidados primários e na promoção da saúde comunitária. No entanto, ao restringir-se ao conceito de “local”, o termo subestima o papel das ULS como centros de referência que atraem doentes de regiões distintas e, em alguns casos, até de outros países, especialmente em áreas de elevada diferenciação, como os transplantes e tratamentos para doenças raras. Além disso, o carácter “local” limita semanticamente a perceção do alcance destas instituições no que se refere ao ensino e à investigação, de natureza universal e nacional, produzindo conhecimento e formando profissionais que impactam todo o sistema de saúde.

“Unidade” sugere uma estrutura isolada ou restrita a uma função específica, o que não é adequado para descrever a amplitude das atividades desenvolvidas nas ULS. Estas entidades são redes integradas e multifuncionais, englobando serviços de cuidados primários, hospitalares, de reabilitação, e até centros de investigação e inovação em saúde. O termo “unidade” é frequentemente associado a estruturas de menor complexidade, enquanto as ULS universitárias assumem um carácter institucional robusto, com áreas especializadas e recursos de ponta, além de serem ambientes de formação de estudantes e residentes. Este termo pode, assim, ser desajustado para captar a profundidade e a importância das suas funções académicas e científicas.

Para reforçar a internacionalização e a visibilidade das ULS universitárias, é importante adotar uma terminologia que não apenas capture a complexidade e a abrangência dos seus serviços, mas que também ressoe internacionalmente, permitindo fácil reconhecimento e prestígio em contextos globais. Abaixo sugere-se uma terminologia em inglês que reflete essas necessidades, com uma adaptação para o português, garantindo uma marca sólida e compreensível tanto no mercado nacional quanto no internacional.

A designação **“Centro Académico e Clínico”**, traduzida para inglês como **“Clinical and Academic Centre”**, é adequada e reflete bem a natureza dual da instituição, enfatizando tanto a componente clínica quanto a académica. Apesar de ser já utilizada pelos CAC, esta designação poderia ser cooptada para estas instituições.

A utilização da designação **“Centro Académico e Clínico”** para as Unidades Locais de Saúde (ULS) universitárias é igualmente relevante e apresenta uma série de benefícios que reforçam a identidade e a missão destas instituições. Esta expressão é clara e intuitiva, refletindo diretamente as funções que a instituição desempenha. A palavra **“Académico”** indica a ligação à formação e à educação, enquanto **“Clínico”** destaca o compromisso com a prestação de cuidados de saúde. Esta combinação comunica eficazmente o propósito da instituição tanto para a comunidade em geral quanto para profissionais da saúde e estudantes. Além disso, a designação enfatiza a interligação entre a formação académica e a prática clínica, um aspeto particularmente importante no contexto das ULS universitárias, sendo centros de formação de profissionais de saúde e, ao mesmo tempo, prestam cuidados diretos aos doentes. Essa relação simbiótica entre ensino e prática é um dos pilares que distingue as ULS, e esta nomenclatura reflete essa dualidade eficazmente.

A adoção de uma designação que é imediatamente compreensível e relevante para o contexto português também facilita colaborações com outras instituições de saúde, universidades e entidades governamentais. Um nome claro e acessível pode fomentar parcerias e colaborações vitais para a investigação, a formação e a prestação de cuidados, ao criar uma plataforma comum de entendimento entre as partes envolvidas.

Adicionalmente, a inclusão de “Centro” na designação confere uma conotação de solidez e prestígio à instituição. Este termo é frequentemente associado a centros de referência e excelência em várias áreas, incluindo a saúde. Portanto, **“Centro Académico e Clínico”** não apenas indica a natureza da instituição, mas também promove a ideia de que se trata de um local de excelência em formação e cuidados de saúde, elevando a perceção pública da qualidade dos serviços prestados.

Em inglês, a expressão **“Clinical”** destaca a função essencial da instituição em prestar cuidados de saúde diretos aos pacientes, reforçando a ideia de que se trata de um centro que não só forma profissionais de saúde, mas que também está envolvido na prática clínica diária. Este termo é amplamente reconhecido em contextos médicos sendo associado a instituições que operam com padrões elevados de cuidado. O termo **“Academic”** enfatiza a ligação da instituição com a educação e a formação de profissionais de saúde. Isso indica que a instituição não se limita apenas à assistência médica, mas também se dedica à investigação e ao ensino, promovendo o desenvolvimento de novas competências e conhecimentos. O

termo **“Centre”** sugere uma instituição robusta e multifuncional, capaz de abranger uma ampla gama de serviços, desde cuidados primários até cuidados de alta complexidade. Essa flexibilidade permite que a instituição se adapte a diferentes necessidades e desafios no campo da saúde, além de promover uma abordagem integrada e centrada nas pessoas.

Por fim, a simplicidade da designação permite que seja facilmente utilizada em campanhas de comunicação, marketing e na divulgação de atividades. A clareza e a concisão do nome auxiliam na promoção da marca, facilitando o reconhecimento e a recordação por parte do público e dos stakeholders.

Em inglês, a designação **“Clinical and Academic Centre”** é clara e acessível para audiências internacionais. Essa terminologia é fácil de entender em várias línguas e culturas, o que é crucial para a promoção da instituição num contexto global. O uso de termos comuns em ambientes académicos e clínicos aumenta a capacidade de comunicação e a colaboração com outras instituições internacionais.

Em resumo, a designação **“Centro Académico e Clínico”** em português é uma escolha apropriada que reflete a missão e as atividades das ULS universitárias. Esta nomenclatura comunica eficazmente a ligação entre a formação e a prática clínica, promove a identidade local e apoia a colaboração com outras instituições, enquanto reforça a imagem de excelência. Ao adotar esta designação, as ULS podem posicionar-se de forma mais clara no sistema de saúde, beneficiando tanto a comunidade como os profissionais de saúde. Essa escolha é uma oportunidade de fortalecer a missão académica e clínica das instituições e de elevar a qualidade e a visibilidade dos cuidados de saúde prestado.

Anexo 1 – Caracterização não exaustiva dos hospitais universitários membros da EUHA.

Hospital Universitário	Associação universitária	Propriedade	Governança	Papel da Universidade	Receita em milhões de euros (1)	Camas (2)	Trabalha dores (3)
Vall d’Hebron Barcelona Hospital Campus	Afiliado à Universidade Autónoma de Barcelona (Universitat Autònoma de Barcelona) . Serve como hospital universitário principal para os estudantes de medicina.	Público. É um hospital público gerido pelo Instituto Catalão de Saúde (Institut Català de la Salut) , parte do governo regional. O hospital não é propriedade da universidade, mas mantém uma estreita parceria académica.	O papel da universidade é mais consultivo. A gestão do hospital é realizada pelo Instituto Catalão de Saúde, e a universidade não tem representação executiva direta no conselho de administração.	A Universidade Autónoma de Barcelona colabora com o hospital principalmente em atividades académicas e de investigação.	980	1100	7000
Charité – Universitätsmedizin Berlin	Serve como a faculdade de medicina conjunta para a Universidade Humboldt de Berlim e a	Público. A Charité é uma instituição pública propriedade do Estado	O conselho supervisor da Charité inclui representantes das universidades associadas	A Charité serve como a Faculdade de Medicina conjunta da Universidade	2000	3000	20000

Contributo para a Comissão Técnica Independente

	Universidade Livre de Berlim	de Berlim. Embora opere de forma independente, está intimamente integrada com as universidades para fins educacionais e de pesquisa. Não é propriedade das universidades.	(Universidade Humboldt de Berlim e Universidade Livre de Berlim).	Humboldt de Berlim e da Universidade Livre de Berlim.			
Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP)	Colabora com várias universidades, incluindo a Universidade Sorbonne e a Université de Paris . Funciona como uma rede de hospitais universitários para educação médica e investigação.	Público. A AP-HP é uma instituição pública propriedade do governo francês. Não é propriedade de nenhuma universidade, mas tem fortes afiliações académicas.	O papel das universidades é principalmente consultivo. A governação é gerida pelo governo francês, e as universidades não têm representação executiva direta.	Várias universidades, como a Universidade Sorbonne, colaboram com o AP-HP em educação e investigação.	7,5	22000	100000

Contributo para a Comissão Técnica Independente

Erasmus Medical Center, Roterdão	Público Centro médico afiliado à Universidade Erasmus de Roterdão . Serve como o local principal da universidade para educação e investigação clínica.	O Erasmus MC opera como uma entidade legal independente. Está intimamente afiliado com a universidade.	A universidade desempenha um papel executivo significativo. O hospital está sob a estrutura universitária, e a liderança inclui membros nomeados pela universidade, permitindo influência direta nas decisões.	O Erasmus MC é parte integrante da Universidade Erasmus de Roterdão.	2,4	1400	14000 (inclui docentes)
Karolinska University Hospital	Público Estreitamente ligado ao Instituto Karolinska , uma das principais universidades médicas do mundo. Integrado nas atividades de ensino e investigação do instituto	Propriedade do Conselho do Condado de Estocolmo . O hospital opera independentemente da universidade, mas mantém uma forte relação de colaboração. Não é propriedade da universidade.	Representantes da universidade podem participar de comissões conjuntas, mas não nomeiam diretamente membros para o conselho de administração.	Colabora estreitamente com o Instituto Karolinska em ensino e investigação.	2	1600	15000

Contributo para a Comissão Técnica Independente

King's Health Partners, Londres	Público. Um centro académico de ciências da saúde formado pelo King's College London e três Fundações Trust do NHS: Guy's and St Thomas', King's College Hospital e South London and Maudsley	Os hospitais são propriedade do Serviço Nacional de Saúde (NHS) . A parceria melhora a colaboração entre a universidade e os hospitais, mas não implica propriedade. Os hospitais não são propriedade da universidade.	Como um Centro Académico de Ciências da Saúde, o King's College London é um membro- chave desta parceria.	A universidade tem um papel executivo no Centro Académico de Ciências da Saúde mas não nos hospitais.	3,6	3350	36000
Ospedale San Raffaele, Milão	Privado sem fins lucrativos. Afiliação à Universidade Vita-Salute San Raffaele , que foi estabelecida pelo hospital para se concentrar em medicina, filosofia e psicologia.	É um hospital privado propriedade do Grupo Hospitalar San Donato . Embora sirva como uma importante instalação de ensino e investigação para a universidade, não é propriedade dela.	A Universidade Vita-Salute San Raffaele foi fundada pelo hospital.	Há uma integração significativa entre o hospital e a universidade, com governança compartilhada e influência direta nas operações.	1	1350	3600

Contributo para a Comissão Técnica Independente

Universitätsklinikum AKH Wien (Hospital Geral de Viena), Viena	Público. Serve como o principal hospital universitário para a Universidade Médica de Viena	Propriedade da Cidade de Viena . O hospital opera independentemente da universidade, mas mantém uma estreita parceria académica. Não é propriedade da universidade.	Colabora com a Universidade Médica de Viena.	O papel é principalmente consultivo. A universidade participa em comissões, mas a gestão principal é da responsabilidade da cidade.	1,5	2200	9000
University Hospitals Leuven, Lovaina	Privado sem fins lucrativos. Estreitamente associado à KU Leuven (Katholieke Universiteit Leuven) . Serve como o hospital universitário da universidade.	Embora o UZ Leuven esteja intimamente ligado à KU Leuven, opera como uma entidade independente. Não é propriedade da universidade, mas colabora extensivamente em educação e investigação.	O UZ Leuven está estritamente ligado à KU Leuven.	A universidade tem um papel executivo significativo. Há membros da universidade no conselho de administração, permitindo influência direta.	1,8	2000	10000

Contributo para a Comissão Técnica Independente

Aarhus University Hospital, Aarhus	Público Afilado à Universidade de Aarhus , servindo como o seu principal local para educação clínica e investigação.	Propriedade da Região da Dinamarca Central , um órgão governamental. O hospital não é propriedade da universidade, mas colabora estreitamente para fins académicos.	A universidade tem um papel executivo significativo. Há membros da universidade no conselho de administração, permitindo influência direta.	O papel é mais consultivo, com alguma representação executiva. O hospital é gerido regionalmente, mas a universidade influencia através de conselhos consultivos.	1,2	1150	10000
------------------------------------	--	---	---	---	-----	------	-------

(1) Estimativas baseadas em dados disponíveis publicamente até 2023 e podem não refletir os números mais recentes. As receitas podem variar anualmente devido a fatores como mudanças no financiamento governamental, investimentos em infraestrutura, projetos de pesquisa e flutuações económicas. Alguns hospitais podem consolidar as suas receitas com instituições parceiras ou subsidiárias, o que pode afetar os números reportados. As responsabilidades financeiras de cada entidade podem variar consoante a realidade local, por exemplo em termos de responsabilidade pela prescrição de medicamentos ou local de dispensa de medicamentos.

(2) Estimativas baseadas nos dados públicos mais recentes disponíveis. O número exato de camas pode variar devido a expansões, renovações ou reorganizações internas. Alguns hospitais podem ter camas adicionais para cuidados de emergência, unidades de cuidados intensivos ou instalações especializadas.

(3) Estimativas baseadas em dados públicos disponíveis até 2023. O número exato de funcionários pode variar devido a mudanças organizacionais, novas contratações ou outros fatores. Algumas instituições incluem nos seus números tanto o pessoal clínico quanto o não clínico, abrangendo todos os níveis operacionais.

DRAFT

Bibliografia

- ACSS. (2010). *Modalidade de Pagamento da Unidades Locais de Saúde*. Administração Central do Sistema de Saúde.
- ACSS. (2011). *Modelo de financiamento dos hospitais: Clusters dos hospitais*. Administração Central do Sistema de Saúde.
- Altman, B. W. (1998). Corporate Community Relations in the 1990s: A Study in Transformation. *Business & Society*, 37(2), 221-227.
<https://doi.org/10.1177/000765039803700205>
- ANEM. (2024). *Relatório do estudo: condições pedagógicas nas escolas médicas portuguesas*. Associação Nacional de Estudantes de Medicina.
- Barreto, X. (2024). Unidades Locais de Saúde Universitárias - porque não? *Observador*.
<https://observador.pt/opiniao/unidades-locais-de-saude-universitarias-por-que-nao/>
- Berman, S. L., Wicks, A. C., Kotha, S., & Jones, T. M. (1999). Does Stakeholder Orientation Matter? The Relationship Between Stakeholder Management Models and Firm Financial Performance. *Academy of Management Journal*, 42(5), 488-506.
<https://doi.org/10.5465/256972>
- Chambers, J. D., Weiner, D. E., Bliss, S. K., & Neumann, P. J. (2013). What can we learn from the U.S. expanded end-stage renal disease bundle? *Health Policy*, 110(2-3), 164-171.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.01.011>
- Chambers, N., Smith, J., Proudlove, N., Thorlby, R., Kendrick, H., & Mannion, R. (2020). Roles and behaviours of diligent and dynamic healthcare boards. *Health Serv Manage Res*, 33(2), 96-108. <https://doi.org/10.1177/0951484819887507>
- Clarkson, M. E. (1995). A Stakeholder Framework for Analyzing and Evaluating Corporate Social Performance. *Academy of Management Review*, 20(1), 92-117.
<https://doi.org/10.5465/amr.1995.9503271994>
- Donaldson, T., & Preston, L. E. (1995). The Stakeholder Theory of the Corporation: Concepts, Evidence, and Implications. *Academy of Management Review*, 20(1), 65-91.
<https://doi.org/10.5465/amr.1995.9503271992>
- European University Hospital Alliance. (2024). *Rethinking Healthcare Systems in Europe: A Call for Urgent, Europe-Wide and EU-Funded Research and Collaboration*.
- Frooman, J. (1999). Stakeholder Influence Strategies. *The Academy of Management Review*, 24(2), 191-205. <https://doi.org/10.2307/259074>
- Frooman, J., & Murrell, A. J. (2016). Stakeholder Influence Strategies: The Roles of Structural and Demographic Determinants. *Business & Society*, 44(1), 3-31.
<https://doi.org/10.1177/0007650304273434>
- Goodpaster, K. E. (1991). Business Ethics and Stakeholder Analysis. *Business Ethics Quarterly*, 1(1), 53-73. <https://doi.org/10.2307/3857592>

- Huynh, T. (2024). Collaborative research in healthcare: uncovering the impact of industry collaboration on the service innovativeness of university hospitals. *The Journal of Technology Transfer*. <https://doi.org/10.1007/s10961-024-10083-9>
- Medici, A. C. (2001). Hospitais universitários: passado, presente e futuro. *Revista Da Associacao Medica Brasileira*, 47, 149-156.
- Pfeffer, J. (1996). *Competitive Advantage Through People: Unleashing the Power of the Work Force*. Harvard Business School Press.
- Raus, K., Mortier, E., & Eeckloo, K. (2020). Past, present and future of university hospitals. *Acta Clinica Belgica*, 75(3), 177-184. <https://doi.org/10.1080/17843286.2019.1590024>
- Savage, G. T., Nix, T. W., Whitehead, C., & Blair, J. (1991). Strategies for Assessing and Managing Organizational Stakeholders. *Academ of management executive*, 5(2), 61-76. <https://doi.org/10.2307/4165008>
- Sorana, D. (2011). University hospitals--design excellence. *Health estate*, 65 10, 84-88.
- Youndt, M. A., Snell, S. A., James W. Dean, J., & Lepak, D. P. (1996). Human Resource Management, Manufacturing Strategy, and Firm Performance. *Academy of Management Journal*, 39(4), 836-866. <https://doi.org/10.5465/256714>

Anexo 8 - Audição e Contributo

Ordem dos Enfermeiros

Exmo. Senhor
Presidente da Comissão Técnica Independente
Prof. Doutor Adalberto Campos Fernandes

E-mail: secretariageral-MS@sg.min-saude.pt

N. Ref
SAI-OE/2024/13457

V. Ref

Data
26-11-2024

Assunto: Centros Académicos Clínicos | Contributos da Ordem dos Enfermeiros

Senhor Presidente,

Na sequência de audição no âmbito dos trabalhos da Comissão Técnica Independente, nomeada pelo Despacho n.º 10677/2024, de 11 de Setembro, vem a Ordem dos Enfermeiros apresentar os seus contributos e reflexões face ao actual contexto de reforma das Unidades de Saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

A criação da Comissão Técnica Independente e a ponderação que o seu mandato evidencia não podem deixar de ser considerados pela Ordem dos Enfermeiros como uma oportunidade crítica para avaliar, reflectir e ponderar sobre o percurso realizado pelos hospitais com ensino integrado e o futuro que, enquanto sociedade, se espera e pretende para estes estabelecimentos de saúde.

Como naturalmente se compreende, a integração entre o ensino, a investigação e o desenvolvimento de actividade assistencial é, há muito, considerada um factor crítico na formação dos profissionais de saúde.

Contudo, para que a mesma se efective, será necessário que a natureza, particularidades, características e exigências das três vertentes enunciadas sejam reflectidas e espelhadas na sua forma de governo, organização e funcionamento.

Este momento é, assim, essencial e deve ser entendido como uma oportunidade para, com base na história destas instituições, reflectir e adequar o seu modelo de governação, funcionamento e financiamento, reafirmando a sua essencialidade no contexto dos serviços de saúde e sistemas de saúde.



Sendo reconhecido que os Centros Académicos Clínicos desempenham um papel fundamental na educação, formação, assistência e investigação, considera-se que o seu modelo de governação deve, não só adaptar-se às suas características e missão estratégica (ensino, prestação de cuidados e investigação), como integrar, em cada uma das suas três vertentes, a Enfermagem.

Numa lógica de transparência, responsabilidade e de prossecução do interesse público em causa, o modelo de gestão integrado carece, necessariamente, de envolver os Enfermeiros no órgão de gestão estratégico, a quem compete definir, de acordo com as políticas e compromissos assumidos, a visão e planeamento estratégico para o Centro Académico Clínico, num equilíbrio entre as políticas públicas de saúde, de ensino e investigação, bem como a monitorização e fiscalização do desempenho de cada uma das três vertentes, num todo que se pretende vocacionado para uma prestação de cuidados de excelência em todas as áreas e níveis de cuidados de saúde.

Como se compreende, o conhecimento, experiência e competências detidos pelos Enfermeiros constituem-se como essenciais, pelo que se considera fundamental a integração do Enfermeiro Director no órgão estratégico de gestão dos Centros Académicos Clínicos, tal como se verifica no contexto dos restantes estabelecimentos de saúde.

Integração esta que se justifica, igualmente, pelo impacto que estes centros terão nos recursos humanos, materiais e financeiros de todas as unidades, serviços e entidades envolvidas, o que implica que o grupo profissional de maior expressão e responsável pela prestação contínua de cuidados de saúde não possa ser afastado dos processos de tomada de decisão em todos os níveis de gestão, estratégica, intermédia e operacional.

Reconhecendo-se a importância de prever a existência de um órgão de natureza executiva a quem incumba a implementação e acompanhamento das decisões estratégicas definidas, o modelo de governação adoptado deve prever e definir de forma clara, nas suas normas orgânicas, as responsabilidades, atribuições e obrigações dos diferentes órgãos e unidades funcionais de cada uma das três vertentes presentes, ensino, prestação de cuidados e investigação.

Tal clarificação implica, como se compreende, o respeito pela norma vigente. A integração de Enfermeiros, e o reconhecimento formal da assunção de funções de chefia e de direcção nos diferentes níveis de gestão e de decisão dos Centros Académicos Clínicos, é essencial para uma prestação de cuidados mais segura, acessível e conforme às melhores práticas.

Questão particularmente importante na dimensão da actividade assistencial, tendo presente que a Enfermagem é uma profissão regulada, científica, profissional e hierarquicamente autónoma de qualquer outra profissão de saúde, o que implica a não existência de subordinação hierárquica ou dependência funcional.

Assim, é da exclusiva competência das Direcções de Enfermagem elaborar e publicitar a regulamentação interna relativa a todas as matérias que respeitem à gestão e ao desenvolvimento dos Enfermeiros e de todas as dimensões da sua actividade profissional, nas quais se incluem, entre outras, a definição e planeamento de horários de trabalho e planos de férias, controlo de assiduidade e pontualidade, a avaliação de desempenho, a formação e investigação, bem como demais domínios de gestão do serviço de Enfermagem, em todos os níveis e áreas de cuidados.

De idêntica forma, é da exclusiva competência de Enfermeiros a gestão dos cuidados de Enfermagem, a organização do trabalho e a afectação de recursos em cada uma das unidades funcionais que compõem os Centros Académicos Clínicos e as suas unidades funcionais.

Em suma, e no que se refere aos diferentes níveis de gestão existentes nos Centros Académicos Clínicos, as funções de direcção e chefia são asseguradas por Enfermeiro-Gestor formalmente nomeado pelo órgão competente, incluindo no que se refere ao conselho de gestão dos Centros de Responsabilidade Integrados que vierem a ser criados nestas Unidades de Saúde.

No que concerne ao ensino e à investigação, reconhecendo a literatura disponível, e as organizações internacionais, os Enfermeiros como um importante motor de mudança e transformação dos serviços, contribuindo para a produção e traslação de conhecimento, para a melhoria da qualidade do funcionamento dos serviços e a obtenção de ganhos em saúde, considera-se que a integração do ensino e da investigação em Enfermagem não pode, ou deve ser afastada da actividade dos Centros Académicos Clínicos.

A promoção de uma cultura de excelência científica e clínica nos serviços de saúde, com vista à promoção da qualidade dos cuidados prestados à população nos diferentes níveis, não pode ser alcançada sem que os Enfermeiros sejam plenamente integrados em todas as vertentes essenciais, assistência, ensino e formação e investigação.

Em suma, a Ordem dos Enfermeiros acompanha a necessidade do reconhecimento das especificidades dos Centros Académicos Clínicos nos sistemas de saúde e de ensino, dotando-os dos meios necessários ao seu funcionamento e potencial de desenvolvimento de todas as suas dimensões, através de um modelo de governação mais adequado e capaz de responder aos desafios e necessidades identificadas em cada vertente, potenciando o atendimento, o ensino e a investigação, pilares essenciais de qualquer sistema de saúde.

Certos de que os contributos serão devidamente ponderados, a Ordem dos Enfermeiros encontra-se disponível, como sempre até aqui, para a colaboração considerada necessária.

Com os melhores cumprimentos e a mais elevada estima,

O Bastonário



Luís Filipe Barreira

Anexo 9 - Audição e Contributo

Ordem dos Farmacêuticos



**Audiência Comissão Técnica Independente
para o estudo das Unidades Locais
de Saúde Universitárias**

25 de novembro de 2024



Eixos estratégicos

1. Implementar um novo modelo de organização farmacêutica nas Unidades Locais de Saúde Universitárias (ULSU)
2. Integração e Valorização dos Profissionais de Saúde
3. Incentivo à Investigação
4. Farmácia Clínica e Centros de Investigação Clínica
5. Monitorização do novo modelo de organização do SNS e medição de Resultados em Saúde
6. Apoio à Inovação em Modelos de Ensino



Enquadramento

Na sequência do Despacho n.º 10677/2024, que criou uma comissão técnica independente (CTI) com o objetivo de estudar as Unidades Locais de Saúde de cariz Universitário (ULSU) e a sua relação com o ensino médico, a formação e a investigação e determina a sua composição, foi ouvida a Ordem dos Farmacêuticos (OF), em reunião de 6 de novembro de 2024.

A OF concorda com a necessidade de aprofundar a organização e modelo de funcionamento de ULSU, que devem surgir como um modelo inovador e centradas na sua vocação de conjugar vertente assistencial diferenciada, ensino e investigação, distinguindo-as de outras Unidades Locais de Saúde (ULS).

Atenta a sua complexidade e diferenciação no sistema de saúde português, as ULSU têm de assumir-se como as entidades promotoras, ao incorporar diretamente instituições universitárias e, consequentemente, fomentar um ambiente de excelência científica e da investigação clínica mais diferenciada.

O modelo de ULSU deve assim assumir os seguintes papéis:

- Centros de investigação clínica, liderando a produção de conhecimento no Serviço Nacional de Saúde (SNS);
- Unidades diferenciadas de ensino e especialização, desenvolvendo o ensino clínico pré e pós-graduado, com especial papel na especialização de profissionais de saúde em articulação com restantes ULS;
- Cuidados de maior especialização, assumindo o topo da referência de cuidados de saúde, implicando também áreas de referência em relação a outras ULS.

A OF considera que as ULSU devem, assim, centrar-se nos cuidados de saúde hospitalares mais diferenciados, no ensino mais especializado e na promoção de investigação científica, rentabilizando e maximizando o impacto das atividades académicas e científicas. Em consequência, é necessário repensar a



fórmula de integração de cuidados de saúde primários nas áreas geográficas agora abrangidas diretamente por ULSU, também tendo em conta o elevado número de unidades dos cuidados de saúde primários por ULSU (Anexo I). Importa, assim, encontrar modelos de equilíbrio que assegurem a cobertura da população em relação ao acesso a cuidados primários e hospitalares comuns a todas as ULS não é distorcida ou prejudicada pelas obrigações adicionais das ULSU.

Em termos conceptuais (e para efeitos de exercício) poderá ser relevante considerar-se a possibilidade de assumir uma carteira de assistência universal face a uma capitação atribuída (comum a todas as unidades) e, complementarmente, determinar se a carteira de serviços diferenciados das ULSU (onde se incluem prestações mais diferenciada, componentes de ensino e de investigação).

No que à intervenção farmacêutica diz respeito, importa também que as ULSU considerem maior diferenciação no âmbito da assistência diferenciada, na investigação farmacêutica e no próprio ensino e especialização.

Neste contexto, a OF vê como positiva a possibilidade de uma maior integração de carreiras profissionais e de docência na área farmacêutica nas ULSU, contribuindo para um quadro inovador de reforço de interligação entre Faculdades de Farmácia e Hospitais Universitários.

O reforço clínico do ensino pré-graduado, o aumento da investigação clínica em áreas farmacêuticas (nomeadamente ensaios clínicos, mas também na evidência de mundo real) e a maior especialização dos farmacêuticos seriam áreas de interesse relevante.

Em muitos hospitais a rúbrica do medicamento já ultrapassa a rúbrica de recursos humanos, o que implica uma nova estratégia de gestão do medicamento e de equilíbrio entre custo-efetividade e acesso à inovação. Face a esta evolução, será assim também importante considerar a evolução dos Serviços Farmacêuticos das ULSU, dotando-os de qualificação e diferenciação



próprias e, naturalmente, de uma maior relevância no quadro orgânico da respetiva gestão, como por exemplo, na decisão referente à rubrica do medicamento nos Conselhos de Administração.

Acresce que a proposta de uma carreira integrada numa ULSU, referida pela CTI, é uma oportunidade para profissionais de saúde, como farmacêuticos, médicos e enfermeiros, entre outros, desenvolverem atividades clínicas, académicas e de investigação de forma interligada. Este modelo está em linha com as prioridades da OF de aproximar a prática à farmácia clínica.

Por fim, e no contexto do Despacho de Criação da Comissão Técnica Independente, a OF considera que a expressão "ensino médico" pode beneficiar de ser ajustada ou complementada, como "ensino clínico" por exemplo, para refletir plenamente o carácter multidisciplinar das ULSU, abrangendo todas as profissões da saúde.

A OF expressa o seu compromisso em colaborar ativamente com a implementação deste modelo, fornecendo apoio técnico e promovendo a participação dos farmacêuticos no novo modelo de organização das ULSU.



Propostas

1. Implementar um novo modelo de organização farmacêutica nas Unidades Locais de Saúde Universitárias (ULSU)

1. A implementação de ULSU deve constituir a oportunidade de **modernizar a intervenção farmacêutica** nos cuidados diferenciados, apostando na inovação e fazendo o salto necessário para a modernidade da prestação destes cuidados.
2. Garantir, nas ULSU, o **cumprimento das boas práticas farmacêuticas** para o circuito do medicamento, dispositivos médicos e outros produtos de saúde, introduzindo nova ambição e prioridade na sua gestão clínica e na absoluta necessidade de medição do impacto da inovação nos resultados em saúde.
3. Diferenciar a intervenção farmacêutica nas ULSU assegurando que opções terapêuticas mais complexas (e geralmente mais onerosas) beneficiam de uma intervenção farmacêutica mais qualificada, rentabilizando adequadamente os ganhos em saúde.
4. Implementar programas ambiciosos de investigação clínica (nomeadamente ensaios clínicos e evidência de mundo real) tirando partido da especialização e diferenciação das ULSU. Reestruturar e **modernizar o funcionamento dos serviços farmacêuticos hospitalares**, assegurando a sua integração clínica e um efetivo apoio ao desenvolvimento da missão das ULSU.
5. Investir na **qualidade de instalações, equipamentos e materiais** essenciais para o desempenho da atividade farmacêutica nas unidades hospitalares, garantindo um ambiente tecnicamente adequado e seguro para a prática profissional.
6. Desenvolver **programas de formação, ensino e especialização** que incluam farmacêuticos nas equipas de saúde (por exemplo no



acompanhamento do doente em hospital de dia), garantindo uma visão multidisciplinar e integrada da equipa de saúde.

7. Promover **estágios para estudantes** do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF), quer do ensino pré como pós-graduado, em ULSU, permitindo a prática em ambiente real e o contacto com a investigação clínica e farmacêutica.

2. Integração e Valorização dos Profissionais de Saúde

1. Para garantir que os farmacêuticos desenvolvem a **formação adequada** nas unidades ULSU, deve ser implementada uma estratégia de valorização destes profissionais no SNS.
2. É incontornável a necessidade de um **plano de recursos humanos** farmacêuticos para o reforço necessário urgente que garanta o cumprimento das atividades desenvolvidas nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares e nos Serviços de Patologia Clínica, efetivando uma adequada contratação de farmacêuticos para a Carreira Farmacêutica.

3. Incentivo à Investigação

1. Estabelecimento de **protocolos com universidades e ULSU** para o desenvolvimento de projetos de investigação aplicados à farmácia clínica e à gestão do medicamento e de outros produtos de saúde, promovendo a inovação científica, bem como a ligação entre a prática clínica e a investigação académica nos Serviços Farmacêuticos das ULSU.
2. Apoio à criação de **bolsas de investigação** direcionadas para a área farmacêutica das ULSU, incentivando projetos que promovam a segurança do medicamento e o seu uso racional.
3. Fomentar o **desenvolvimento de ensaios clínicos** através dos Serviços Farmacêuticos Hospitalares.



4. Farmácia Clínica e Centros de Investigação Clínica

1. Incentivo à **investigação translacional na farmácia clínica**, analisando como o uso de medicamentos afeta diretamente os resultados em saúde e a qualidade de vida dos doentes.
2. Promover o **envolvimento formal de farmacêuticos na rede de investigação clínica** e não apenas no circuito do medicamento experimental.
3. Fortalecimento de **Centros de Investigação Clínica** nas ULS universitárias, onde o farmacêutico contribua ativamente para a condução da investigação clínica no contexto hospitalar.
4. Desenvolvimento de **normas e protocolos de uso e gestão do medicamento específicos para ULSU**, promovendo práticas que garantam a eficácia, segurança e o seu custo-efetividade, em colaboração com a Direção Executiva do SNS, INFARMED, I.P. e a OF.

5. Monitorização do novo modelo de organização do SNS e medição de Resultados em Saúde

1. É necessário **monitorizar a reorganização** do SNS avaliando o impacto da reorganização em ULS e de que forma acesso, qualidade, segurança e resultados em saúde se comparam com a estrutura anterior.
2. Desenvolver, em relação a ULSU, **indicadores de qualidade e impacto** das práticas farmacêuticas, permitindo avaliar um maior desenvolvimento das atividades farmacêuticas e suportar a tomada de decisão face às restantes ULS.
3. Estudar o **impacto económico da optimização** do uso de medicamentos e de dispositivos médicos nas ULSU, para as questões de segurança e do custo-efetividade, através dos Serviços Farmacêuticos Hospitalares em colaboração com universidades, contribuindo com dados para a racionalização de custos.



6. Apoio à Inovação em Modelos de Ensino

1. Desenvolvimento de **módulos interdisciplinares**, com recurso às melhores tecnologias de formação, que permitam aos estudantes do MICF e de outras áreas da saúde colaborar em contexto multidisciplinar.
2. Promoção de **outras atividades técnico-científicas e de contexto formativo** em ULSU, em parceria com instituições de ensino e outras, explorando temas inovadores da área farmacêutica, como as terapias avançadas e a farmacogenómica.



Anexo I: Organização das “Unidades Locais de Saúde Universitárias”, em Portugal

1. **ULS de Santa Maria:** Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte com o ACeS Lisboa Norte e o Centro de Saúde de Mafra.
2. **ULS de São José:** Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa e Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto, com ACeS de Lisboa Central e o Centro de Saúde de Sacavém.
3. **Unidade Local de Saúde São João:** Centro Hospitalar Universitário de São João com os ACeS do Grande Porto III – Maia/Valongo e do Grande Porto VI – Porto Oriental.
4. **ULS de Santo António:** Centro Hospitalar Universitário de Santo António com os ACeS do Grande Porto II – Gondomar e do Grande Porto V – Porto Ocidental.
5. **ULS de Coimbra:** Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Hospital Arcebispo João Crisóstomo – Cantanhede e o Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais, com o ACeS do Pinhal Interior Norte e os Centros de Saúde de Cantanhede, de Celas, de Eiras, de Fernão Magalhães, de Norton de Matos, de Santa Clara, de São Martinho do Bispo, de Condeixa-a-Nova, da Mealhada, de Mira, de Mortágua e de Penacova.
6. **ULS da Cova da Beira:** Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira com o ACeS da Cova da Beira.
7. **ULS do Algarve:** Centro Hospitalar Universitário do Algarve com os ACeS Algarve I – Central, do Algarve II – Barlavento e do Algarve III – Sotavento.

Anexo 10 - Audição e Contributo

Ordem dos Nutricionistas

PROPOSTA DE CONTRIBUTOS ORDEM DOS NUTRICIONISTAS

COMISSÃO INDEPENDENTE ULS UNIVERSITÁRIAS

No seguimento da reunião do passado dia 07 de novembro, vem a Ordem dos Nutricionistas remeter os seus contributos escritos, tal como ficou combinado no decorrer da mesma.

A Ordem realizou uma consulta aos Serviços de Nutrição das Unidades Locais de Saúde de cariz universitário, bem como às Instituições de Ensino Superior com ligação próxima a estas Unidades Locais de Saúde.

A este respeito, os principais desafios elencados na prestação de cuidados de nutrição nas ULS universitárias, prendem-se com os seguintes fatores:

- Número insuficiente de nutricionistas.
- Ausências prolongadas sem possibilidade de contratação para substituição (contratos FP)
- Desconhecimento e ausência em reuniões de trabalho e negociação do plano de negócios com a DE ou Comissão Instaladora das ULS. Seria importante a presença dos DS nestas reuniões.
- Indefinição de indicadores.
- Priorização de resposta clínica e comunitária conforme a população que abrange.
- Integração do Serviço de Alimentação Hospitalar no Serviço de Nutrição.
- Interoperabilidade dos Sistemas Informáticos dos cuidados de saúde primários e dos cuidados de saúde hospitalares.
- A grande dispersão geográfica da população servida produz uma ineficiência que se traduz na perda de tempo em deslocações e coloca em causa a programação das atividades
- Existe uma falta crónica e/ou obsolescência de equipamentos de avaliação antropométrica e de avaliação da composição corporal, tanto nos cuidados de saúde primários, como nos cuidados de saúde hospitalares, o que condiciona a atividade do nutricionista.

Do ponto de vista estratégico, as ULSU de cariz Universitário (ULSU) devem desde logo ser transparentes sobre a sua missão de serviço universitário e enquadrar a sua missão no serviço à comunidade universitária com critérios bem definidos. Devem prestar serviço de formação e acolhimento às diversas áreas da saúde (nomeadamente aos nutricionistas em formação), privilegiando o ensino público.

Atendendo a que se prevê que as ULSU deverão *aprofundar a sua missão, no contexto do sistema de saúde, enquanto referencial estratégico, promovendo a diferenciação clínica, através de uma cultura de base científica, de abertura à incorporação da inovação e do desenvolvimento contínuo da tripla dimensão que as define e caracteriza: ensino e formação, assistência e investigação*¹ a sua análise estratégica confere-se de enorme mais-valia, sendo essencial a articulação entre a formação académica de profissionais de saúde e a prática clínica ao serviço da formação diferenciada para a prestação do melhor serviço de saúde. A este respeito, é importante robustecer as parcerias existentes entre as ULSU, para uma resposta adequada às exigências atuais do ensino e da investigação das instituições de ensino. Este ensino deve ainda abranger todas as profissões de saúde, para refletir em pleno o caráter multidisciplinar das ULSU. Paralelamente devem promover o desenvolvimento de ações que contribuam para o desenvolvimento de cuidados integrados inovadores com base na articulação que se pretende entre os diferentes níveis de cuidados: cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e paliativos.

Assim, as ULSU devem garantir os seguintes aspetos que a Ordem dos Nutricionistas considera fundamentais:

- Promover um ensino baseado no contexto real de trabalho, permitindo a criação de canais diretos para implementação de estratégias e metodologias de ensino, tipo “*bedside teaching*”, que permitem ao estudante uma aprendizagem prática em contexto real de trabalho. No contexto do ensino médico, estes tipos de metodologias já se encontram integradas no plano de estudos, com exigências administrativas e burocráticas já bem

¹ Despacho n.º 10677/2024, de 11 de setembro. Cria uma comissão técnica independente (CTI) com o objetivo de estudar as unidades locais de saúde de cariz universitário (ULSU) e a sua relação com o ensino médico, a formação e a investigação e determina a sua composição.

estabelecidas e mitigadas, no caso do ensino das ciências da nutrição, existe claramente espaço para otimização destes processos;

- Para um melhor cumprimento de uma abordagem “*bedside teaching*” é essencial a existência de equipas estruturadas e robustas de nutricionistas. A colaboração ativa dos profissionais (nutricionistas) da ULSU no ensino dos estudantes é imprescindível. Assim, para os profissionais da ULSU que cumulativamente são docentes das IES, a distribuição horária semanal deverá permitir atribuir carga horária semanal para horas de ensino tanto na ULSU como na IES (atualmente é possível aos médicos lecionarem aulas durante o seu horário laboral na unidade de saúde, não sendo o mesmo permitido aos nutricionistas);
- Assumindo-se as ULSUs, como entidades potenciadoras para o desenvolvimento de investigação nas áreas da nutrição clínica e nutrição comunitária e saúde pública, será de refletir sobre a melhor estratégia de acesso a dados clínicos pelas equipas académicas, nomeadamente pelos profissionais das IES envolvidos em projetos de investigação, salvaguardando as exigências éticas e de RGPD. Contribuindo, assim, não apenas para a aprendizagem clínica, como também de áreas transversais, como sejam o rigor ético e confidencialidade.
- As IES deverão proporcionar aos profissionais de saúde da ULSU oferta formativa de excelência, alinhada com os interesses e necessidades que melhor sirvam o cidadão, garantindo aos profissionais um acesso privilegiado aos progressos e à evolução científica.
- A definição clara do estatuto de docente, de clínico e de investigador é essencial. Isso permitirá que cada profissional tenha um papel bem estabelecido e reconhecido, refletindo a natureza interdisciplinar e as exigências académicas da ULS de cariz universitário. Esse reconhecimento ajudará a assegurar que os nutricionistas e demais profissionais de saúde atuem tanto no âmbito clínico/ assistencial como em atividades de ensino e investigação, contribuindo para um ambiente educativo robusto e integrado.
- As ULSU devem ter um caráter universitário fortalecido, não apenas no ensino pré-graduado, mas também na formação pós-graduada. A inclusão de um centro de investigação vinculado

à Unidade contribui para a formação contínua, proporcionando uma base sólida para investigação em nutrição clínica e outras áreas da nutrição e da saúde.

- As ULSU devem promover a colaboração com a comunidade, reforçando a importância da saúde pública e da assistência local. Além disso, a sustentabilidade das práticas e a incorporação de abordagens preventivas são diferenciais que devem fazer parte do modelo das ULS, refletindo a necessidade de uma visão holística de saúde.
- As ULSU e a colaboração estreita com as IES constituirão ainda oportunidades de integração dos estagiários à Ordem como recursos humanos a contratar pelo SNS num plano formativo e de integração no sistema de saúde.

Porto, 27 de novembro d 2024

Liliana Sousa

Bastonária da Ordem dos Nutricionistas

Anexo 11 - Audição e Contributo

Professor Miguel Gouveia

Notas da Comunicação à
Comissão Técnica Independente das ULSU
Miguel Gouveia

4 de novembro de 2024

1. Nesta comunicação apresentarei algumas ideias sobre ULS em geral e argumentarei que se aplicam ainda mais a propósito às ULSU. Peço desculpa pelas marcas de oralidade da peça, mas, ainda assim, aqui fica um registo escrito, como me foi pedido.
2. Na minha opinião, a decisão sobre a universalização das ULS deveria ter sido precedida de um estudo experimental, comparativo, como que um ensaio clínico. Não foi, e a evidência sobre as vantagens das ULS está longe de ser inquestionavelmente positiva (ao contrário dos hospitais PPP, para dar um contraexemplo). Na minha opinião, tomar decisões tão pesadas e cheias de consequências com tão pouca base em evidência é um pouco surpreendente num país europeu no século XXI...
3. Eu não fiz um estudo das ULS de modo que tenho apenas algumas ideias superficiais a comunicar. Não tenho a certeza de que valham o tempo e a atenção desta Comissão, mas aqui vão de qualquer maneira.
4. Fui ver o que se encontra nos *media* sobre as ULS e as ULS universitárias e creio ter ficado com um sumário razoável do que se escreve sobre o tema. Presumo que a Comissão conheça todas estas ideias muito melhor do que eu, não vale a pena maçá-los muito. Encontrei sobretudo opiniões vindas da perspetiva dos cuidados primários, com reportes de falta de autonomia, problemas com gestão de recursos materiais, informáticos e humanos nos cuidados primários das ULS, bem como as universais queixas sobre o financiamento ser insuficiente.
5. O que não encontrei foram algumas coisas que aprendi com a minha experiência. Tenho quatro ideias muito diferentes a comunicar.
6. Como muitos outros, a minha reação inicial, em 1999, à ideia de sistemas integrados foi positiva. Essa impressão foi totalmente desfeita no meu primeiro contacto com a realidade. Esse contacto ocorreu quando estava a presidir a um grupo de trabalho da Associação Portuguesa de Economia da Saúde, em 2005-2006, constituído a pedido da Unidade de Missão dos Cuidados Primários, liderada pelo Dr. Luís Pisco, para estudar o Regime Remuneratório Experimental (REE), uma experiência iniciada em 1998, com vista a estudar a possibilidade de constituição do que viriam a ser as USF. Trata-se de um caso exemplar em que houve recolha de dados e estudos antes da implementação. O estudo teve acesso a dados detalhados e relativamente completos dos custos económicos das unidades de cuidados primários, Centros de Saúde e, separadamente, unidades em Regime Remuneratório Experimental.

- a. Apesar de não termos referido isso no relatório final, porque era um assunto muito tangencial, lembro-me de que os dados sobre os custos dos cuidados primários em Matosinhos eram chocantes, muito mais elevados do que os custos comparáveis nos outros sistemas.
 - b. Não aprofundámos o assunto, mas havia pelo menos duas explicações possíveis: A primeira seria que a ULS de Matosinhos afetava a contabilização dos custos do hospital aos cuidados primários, para melhorar a aparência das contas do hospital (se sim, mesmo nesse caso o hospital de Matosinhos não era particularmente eficiente, como vim a constatar mais tarde, ao visitar a eficiência dos hospitais SPA e EPE, num estudo para o Ministério da Saúde).
 - c. A segunda explicação possível seria bem pior: Em Matosinhos, os custos dos cuidados primários na ULS eram mesmo muito maiores do que nas outras unidades de cuidados primários pelo país fora.
 - d. Em qualquer dos casos, a ULS de Matosinhos dava indicações de estar a deteriorar gravemente a eficiência dos seus cuidados primários.
7. A segunda ideia, muito menos factual, é a minha interpretação da universalização das USL pela Direção Executiva do SNS, então liderada pelo Prof. Fernando Araújo. As escolhas da DE desapontaram-me fortemente. Na minha opinião, tratou-se de uma forma abrupta de fabricar artificialmente espaço político e administrativo para a DE, criado sem se olhar com cuidado suficiente para as suas consequências. Não tenho nada contra a existência de uma DE, mas a sua inserção no sistema de saúde deveria ter sido feita aliviando, a montante, a gestão política do dia-a-dia e não a jusante, arrasando precipitadamente as estruturas do SNS no terreno, em particular as ARS e os ACS.
8. A terceira ideia tem a ver com a excelência das organizações e o apego dos seus colaboradores ao espírito de missão. Na minha opinião, uma boa parte dos problemas que o SNS enfrenta vem da decadência deste espírito de missão e da degradação da eficiência dos serviços que lhes está associada. A redução da eficiência tem sido comprovada nos mais variados estudos recentes, quer da eficiência hospitalar, quer da eficiência nos cuidados primários. Tanto quanto consigo descortinar, a missão e vocação dos Cuidados de Saúde Primários (com ênfase na proximidade e na prevenção) difere do que é a missão dos cuidados hospitalares (com ênfase no tratamento diferenciado e atualizado). Parece-me que um contexto onde o SNS consegue a excelência nestas duas áreas exige instituições autónomas. O que se perde por alguma menor coordenação ganha-se com o desenvolvimento e manutenção de culturas próprias, com efeitos estruturantes e com a manutenção de um espírito de missão com muita dedicação por parte dos seus profissionais.
9. Por fim, uma ideia sobre financiamento das ULSU, não preparada previamente, mas que foi abordada na resposta a uma pergunta da Comissão. Na minha opinião, a forma de financiamento adequada dos hospitais universitários nunca poderá ser simples porque tem de refletir a variedade das funções desempenhadas. Estas serão, no mínimo, quatro. A primeira é a prestação de cuidados hospitalares à população da área afetada a cada hospital. A segunda é a função educação desempenhada pelos hospitais universitários. Naturalmente, a maior parte desses custos deverá caber às Faculdades de Medicina, mas os hospitais deverão também ser financiados pela sua

“produção de educação”. A terceira área, no mesmo espírito do caso anterior, é o reconhecimento e financiamento do papel dos hospitais universitários na investigação. Finalmente, a quarta área, ligada à prestação de cuidados, mas necessitando de um tratamento separado, é a missão dos hospitais universitários como hospitais de fim de linha. Apesar do sistema de faturação dos GDH ter em conta as transferências de doentes, creio que será necessário melhorar esta área de financiamento, quer compensando devidamente os recetores, quer onerando os emissores a fim de desincentivar o que efetivamente é um comportamento de desnatação por parte dos hospitais locais. Estas quatro funções necessitam de ser medidas, custeadas e de formas de financiamento individualmente adequadas.

Anexo 12 - Audição e Contributo

Professor Pita Barros e Professor Julian Perlman

Depoimentos à Comissão Técnica Independente de estudo das Unidades Locais de Saúde de cariz Universitário (ULSU)

Julian Perelman (Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa)

Pedro Pita Barros (Nova School of Business and Economics, Universidade Nova de Lisboa)

07 de novembro de 2024

O presente documento apresenta os principais contributos para discussão apresentados em audiência solicitada pela Comissão Técnica Independente (CTI), instituída pelo Despacho n.º 10677/2024, com o objetivo de estudar as unidades locais de saúde de cariz universitário (ULSU) e a sua relação com o ensino médico, a formação e a investigação, de Julian Perelman (audiência realizada em 05 de novembro de 2024) e Pedro Pita Barros (audiência realizada em 06 de novembro de 2024).

Termos de referência da CTI:

- a) Avaliar o modelo atual de funcionamento das ULSU, identificando os desafios estratégicos e o potencial de desenvolvimento, nomeadamente em contexto de articulação com os centros académicos clínicos;
- b) Analisar a articulação entre as ULSU, as instituições de ensino superior e de investigação e os diferentes agentes e entidades de prestação de cuidados de saúde, com especial enfoque nos cuidados de saúde especializados de proximidade;
- c) Propor modelos e estratégias de articulação sinérgicas das suas diferentes dimensões ao nível do ensino, da formação e da investigação nas ULSU, bem como a sua integração e articulação no quadro das redes de referência local, regional e nacional do Serviço Nacional de Saúde;
- d) Identificar as melhores práticas nacionais e internacionais que possam ser adaptadas ao contexto e realidade das ULSU.

Posições comuns dos autores:

1. O principal objetivo das ULSUs é melhorar a integração dos cuidados, combinando serviços primários e hospitalares dentro de uma estrutura unificada.
2. Existem problemas na definição das verbas disponibilizadas às ULS, e consequentemente às ULSU, em que as verbas se têm revelado insuficientes. Há a necessidade de uma revisão sistemática do modelo de financiamento e de governação das ULS.

3. Há o reconhecimento de desafios específicos associados com o financiamento por capitação das ULSU, dado que estas têm, em geral, casos mais complexos e recebem doentes oriundos de áreas geográficas cobertas por outras ULS. Uma possibilidade é uma abordagem “money follows the patient”, que obriga a uma definição de preços internos ao SNS. Deverá existir um valor de capitação ajustada para a complexidade, idade e patologia do doente.
4. Há o reconhecimento de as ULSU terem um papel crucial na educação médica (formação) e na investigação científica, sendo adequado ter orçamentos dedicados e afetação específica de tempo para as atividades de investigação.
5. No caso das ULSU, um desafio específico decorre dos tratamentos inovadores de elevado custo. A participação das ULSU nas negociações de preços de medicamentos inovadores a serem introduzidos no SNS é vista favoravelmente. É vista desfavoravelmente a criação de um orçamento específico para a inovação (ou fundo dedicado a pagar a inovação).

Visões diferentes dos autores:

1. Sobre modelo de governação, uma posição defende um modelo geral de governação que se aplique uniformemente em todas as ULS, incluindo as ULSU, para abordar questões como o subfinanciamento e a falta de autonomia. Sugere que as questões de governação e financiamento sejam tratadas de forma ampla, propondo alterações a nível de todo o sistema.
2. Outra posição, por seu lado, enfatiza que as ULSU, devido à sua relação próxima com universidades e estrutura mais complexa, exigem um modelo de governação distinto que inclua quadros específicos de representação e tomada de decisão dentro da ULSU. Esta perspetiva realça a necessidade de uma governação personalizada que tenha em conta as funções educativas e de investigação exclusivas das ULSU.

Considerações de Julian Perelman:

1. O objetivo declarado da constituição das ULS é a maior integração de cuidados. Não há razão para que este não seja também objetivo das ULS Universitárias (ULSU).
2. A problemática central, apresentada publicamente, é a inadequação do orçamento. Esta inadequação não é específica às ULS-U, é referida por todas as ULS (e anteriormente pelos CH), e prende-se com desafios antigos de sub-orçamentação crónica, falta de autonomia e desresponsabilização das administrações. Estes temas devem ser tratados de forma genérica, para todas as ULS, com modelos mais adequados de orçamentação e governação.
3. Uma questão específica é o pagamento maioritariamente baseado na capitação, inadequado para ULSU que recebem utentes de fora da sua área de abrangência. Este problema, embora

se coloque de forma mais aguda para as ULSU, que oferecem cuidados mais complexos, pode também ser vivenciado por todas as ULS. Uma solução deveria ser “money follows the patient”, condição imprescindível para implementar melhor e credibilizar a liberdade de escolha. A ULS de origem financia a ULS de destino, como incentivo para as de origem manter os doentes e compensação para as de destino. A capitação deverá, no entanto, manter-se como fonte principal de financiamento.

4. O ajustamento ao risco do pagamento per capita deverá ser adequado, tendo em conta não apenas a idade, sexo e patologia, mas também o nível de complexidade dos casos. Os ACG, que consta estarem a ser utilizados, poderão ser completados com dados dos GDH, que capturam melhor a complexidade.
5. As funções de docência e formação dos especialistas das ULSU são contempladas através do seu estatuto nas universidades (como docentes convidados, principalmente). No entanto, não existe orçamento para investigação clínica independente. Seria proveitoso existir um orçamento dedicado, por parte da FCT (ou AICIB) para promover esta investigação, e incentivos para a realizar através de libertação de tempo para investigação.
6. A questão dos tratamentos inovadores de preços extremamente elevados pode ser contemplada de várias formas. Em primeiro lugar, ao contrário do que é referido, existe previsibilidade da entrada de novos fármacos (*horizon scanning*, aprovações pela EMA, entrada do pedido de financiamento no Infarmed), pelo que é possível estabelecer orçamentos adaptados com base em estimativas da despesa associada à entrada prevista dos novos tratamentos. Em segundo lugar, as ULS-U deveriam apoiar o Infarmed no processo de negociação com a indústria farmacêutica. Não é aceitável que quem paga os tratamentos não seja envolvido na negociação dos preços. Será uma forma de serem envolvidos numa problemática que lhes diz respeito, ganhar *awareness* quanto aos desafios da inovação, e poderem contribuir diretamente para a sua própria sustentabilidade e a sustentabilidade do SNS. Em terceiro lugar, deverá ser reforçado o processo de normas de orientação clínicas, redigidas imediatamente após a aprovação de financiamento, e a monitorização do seu cumprimento. Finalmente, não é desejável existir um orçamento separado para a inovação gerido centralmente, que desresponsabilizaria as ULSU, contribuindo para um aumento desnecessário da despesa.

Considerações de Pedro Pita Barros

1. Não disponho de informação estatística publicamente disponível suficiente para fornecer uma resposta baseada em evidência.

2. As considerações apresentadas referem-se a análise estratégica.
3. A criação de ULS, incluindo as ULSU, conjugam duas transformações simultâneas, ambas com efeitos relevantes: há uma integração vertical entre hospitais (universitários, no caso das ULSU) e há um financiamento definido por capitação (ajustada).
4. A integração vertical de hospitais universitários com unidades de cuidados de saúde primários tem potenciais vantagens estratégicas: 1) coordenação / integração de cuidados, desde que se proceda a uma análise e redefinição de percursos clínicos e de fluxos de informação, reduzindo atrasos no tratamento e levando a uma melhor experiência do doente. 2) partilha de recursos, como equipamentos de diagnóstico e aproveitamento de economias de escala associadas com investimentos em tecnologias de informação e tarefas administrativas, melhor gestão de recursos, com coordenação e ligação entre os vários níveis de cuidados. Há eventuais vantagens de economias de escala em compras e em serviços partilhados; 3) partilha de riscos por agregação de unidades, e sua melhor gestão conjunta; 4) espaço de educação e oportunidades de investigação, incluindo investigação clínica nos cuidados de saúde primários, facilitada; 5) visão integrada das atividades de prevenção e de promoção da saúde, na medida em que a ULS internaliza os ganhos respetivos; 5) partilha de dados facilitada por decisões sobre sistemas de informação e métricas a utilizar para avaliação de desempenho e de saúde da população.
5. A integração vertical de hospitais universitários com unidades de cuidados de saúde primários tem potenciais desvantagens estratégicas: 1) juntar hospitais universitários e cuidados de saúde primários numa única entidade administrativa pode conduzir a um aumento da complexidade administrativa e dos custos associados. Tal pode compensar os potenciais ganhos de eficiência. 2) Os hospitais universitários têm frequentemente custos operacionais mais elevados devido a atividades de investigação e formação. Quando se integra um hospital universitário com cuidados de saúde primários, a estrutura de custos pode mudar, potencialmente levando a despesas globais mais elevadas a serem distribuídas por todo o sistema; 3) maior complexidade de gestão - diferenças na cultura organizacional, prioridades e modelos operacionais entre hospitais universitários e unidades de cuidados de saúde primários podem levar a ineficiências. Os hospitais universitários normalmente têm missões académicas e de investigação que podem não se alinhar com as missões mais focadas na comunidade dos cuidados de saúde primários. 4) A integração vertical pode levar à padronização dos protocolos que guiam os percursos clínicos para agilizar as operações, o que pode ser inibidor de inovação (mais difícil introduzir inovações em sistemas organizacionais mais complexos); 5) choque de prioridades, os hospitais universitários podem

dar mais importância à investigação e à formação, o que poderia desviar recursos das necessidades de cuidados de saúde primários. 6) menor autonomia dos cuidados de saúde primários, que podem perder a sua independência e capacidade de tomar decisões que respondam especificamente às necessidades da comunidade local. As decisões tomadas ao nível do hospital universitário podem nem sempre estar alinhadas com o que é melhor para os cuidados de saúde primários.

6. A segunda transformação fundamental é o pagamento por capitação. Pagar hospitais universitários por capitação tem várias desvantagens: 1) sendo os hospitais universitários de elevada complexidade e tendo eventuais custos de formação a serem incluídos, a capitação ajustada apenas de acordo com o risco da população servida poderá não ser compensador financeiramente (o que no Serviço Nacional de Saúde acarreta dívida, pagamentos em atraso e regularizações extraordinárias, com efeitos negativos na qualidade de gestão. A capitação, se o valor não for definido adequadamente, pode desencorajar o investimento em novas tecnologias ou procedimentos. Acresce que há a considerar que os hospitais universitários servem procuras de serviços de outras ULS, devendo ou a capitação ser ajustada ou serem usados preços internos ao SNS. 3) a capitação poderá não ser suficiente para as missões mais vastas dos hospitais universitários, como o ensino e a investigação. 4) maior dificuldade técnica no estabelecimento do valor da capitação. Embora os modelos de capitação geralmente incluam ajuste de risco, ajustar com precisão para a maior complexidade e gravidade dos casos que são tratados pelos hospitais universitários pode ser difícil. Um ajustamento inadequado dos riscos da população servida pode resultar em perdas financeiras e desafios operacionais. 5) riscos de instabilidade financeira, pois a capitação exige que as ULS façam a gestão dentro de orçamentos fixos, o que pode ser particularmente arriscado para as ULS com hospitais universitários devido ao seu duplo foco em cuidados de elevada diferenciação e educação.
7. Por outro lado, existem vantagens estratégicas em termos de controle de custos, eficiência e qualidade assistencial: 1) o financiamento por capitação permite, em princípio, um orçamento mais previsível e estável, tanto para o Estado quanto para a ULS (embora esta maior segurança orçamental possa ser subvertida se a regra de capitação resultar de uma posição relativa face a um valor global de orçamento arbitrário, em vez de um valor absoluto de despesa adequado ao movimento assistencial para a população coberta). 2) incentivos à eficiência: o pagamento fixo per capita incentiva as ULS a controlar custos, evitando exames e procedimentos desnecessários. Tal pode conduzir a uma utilização mais eficiente dos recursos e a uma redução das despesas gerais com cuidados de saúde. 3) como o pagamento da capitação não

está ligado ao número de serviços prestados, as ULSU têm um incentivo financeiro para investir em prevenção e estratégias de promoção da saúde. O financiamento por capitação fomenta uma abordagem de saúde da população, incentivando a considerar os resultados de saúde da população. 4) o financiamento por capitação desencoraja o uso excessivo de testes de diagnóstico, procedimentos e outros serviços que podem não ter valor terapêutico suficiente e assim reduzir as despesas de saúde desnecessárias. 5) o financiamento por capitação incentiva as ULSU a adotarem uma abordagem mais integrada e baseada em equipas multidisciplinares para o atendimento. Isto pode levar a uma melhor coordenação entre várias especialidades e serviços, melhorando os resultados dos doentes e a qualidade geral dos cuidados, enquanto está associada a menor despesa. 6) os pagamentos por capitação dão às ULSU mais flexibilidade na forma como usam os seus recursos do que modelos de pagamento baseados em processos ou atividade. Tal pode incentivar a adoção de práticas assistenciais inovadoras, como serviços de telessaúde ou equipas multidisciplinares. 7) uma vez que o benefício financeiro sob capitação vem de manter a população saudável e não do volume de serviços prestados, as ULSU são incentivadas a dar mais atenção em alcançar melhores resultados de saúde e maior satisfação do paciente – a lógica dos cuidados de saúde baseados no valor (value-based health care).

8. Optar por integrar verticalmente um hospital universitário com unidades de cuidados primários na mesma área de abrangência implica ponderar os potenciais benefícios face aos desafios e riscos.
9. A integração vertical em ULSU, para resultar, deverá satisfazer várias condições: a) estrutura de governação clara - deverá ter um modelo de governação interno que inclua a representação tanto do hospital universitário quanto das unidades de cuidados de saúde primários, com mecanismos que mitiguem a tendência para a predominância da visão hospitalar. Deverá ser criada uma missão e uma visão partilhadas que integrem os objetivos académicos, de investigação, e clínicos do hospital universitário com os objetivos orientados para a comunidade das unidades de cuidados de saúde primários. 2) Deverá ser clara a divisão orçamental entre atividades hospitalares correntes, atividades de ensino e investigação, e atividades de cuidados de saúde primários, a fim de identificar, e corrigir, desequilíbrios de recursos e assegurar que cada área de atividade recebe financiamento adequado (eventualmente de fonte diferente, no caso das atividades de ensino e investigação); 3) Deverá existir clareza quanto à forma de tratar o risco financeiro, no contexto de financiamento por capitação, das ULSU, nomeadamente o que sucede se a verba atribuída for insuficiente face à despesa efetiva da ULSU. 4) deverá ser preservada a integridade académica e de investigação

científica, sustentando um quadro global de apoio à inovação (na investigação produzida e no ensino ministrado). 5) Aplicação de programas de gestão da mudança e formação de pessoal para criar uma cultura unificada (juntando três culturas numa mesma entidade: académica, hospitalar e de cuidados de saúde primários).

10. Da discussão realizada durante a audição, foi dado o exemplo de remunerações bastante assimétricas entre profissionais de saúde do meio hospitalar e do meio académico e profissionais de saúde nos cuidados de saúde primários como exacerbando choques de cultura organizacional entre os vários grupos. No caso das ULSU, a existência dos profissionais em meio académico é uma fonte adicional de tensão a necessitar de acompanhamento, bem como eventuais assimetrias crescentes dentro das diferentes unidades, e das ULSU versus ULS. Aqui, a medida de assimetria deverá calculada com base no valor médio mensal depositado na conta bancária de cada profissional de saúde. A medida mais simples será o rácio $S90/S10$, em que $S90$ é o valor do percentil 90% nos valores de remuneração e $S10$ é o valor do percentil 10% nos valores de remuneração. Apenas as instituições possuem a capacidade de cálculo deste indicador de assimetria.
11. Na definição dos pagamentos por capitação ajustada, face ao receio que a capitação ajustada não refletir ainda todos os custos diferenciais justificáveis associados às ULSU, será de considerar a possibilidade de um fundo de compensação ex-post, com regras definidas de forma a manter incentivos à eficiência e desincentivo à seleção dos doentes com menores custos. Tanto ULSU como ULS deverão fazer parte deste fundo de compensação, em que unidades com uma composição de doentes menos complexos contribuem em termos líquidos e unidades com doentes mais complexos recebem, sendo as contribuições calibradas pela eficiência de cada ULS. Para uma descrição de regras de cálculo possíveis, sugere-se a consulta de Pedro Pita Barros, Cream-skimming, incentives for efficiency and payment system, *Journal of Health Economics*, Volume 22, Issue 3, 2003, pages 419-443. Um exemplo de aplicação a um sistema de saúde é a Cuenta de Alto Costo (<https://cuentadealtocosto.org>), criada na Colômbia.
12. Quanto à questão (colocada) de existência de fundo específico para medicamentos inovadores, a experiência internacional de fundos específicos, nomeadamente no Reino Unido, sugere que não é uma alternativa interessante aos procedimentos atualmente em vigor em Portugal, sendo que no caso nacional será de contemplar uma intervenção mais ativa das ULSU na definição de preços e acordos de entrada no mercado de novos medicamentos, em cooperação com o Infarmed.

13. Quanto à questão (colocada na audiência) de ajustamento para custos definidos com informação deferida, não é um aspeto específico das ULSU, e poderá seguir mecanismos automáticos de correção posterior (já usados oficialmente noutros contextos de definição de pagamentos em sistemas regulados).
14. Quanto à questão (colocada na audiência) de pagamentos adicionais dirigidos a aspetos específicos, definidos de forma ad-hoc, não deverão ser uma regularidade na definição do financiamento das ULSU (ou de qualquer ULS) pelos efeitos de incentivos, contrários à procura de eficiência, que criam.
15. Quanto à questão (colocada na audiência) de como medir o benefício do ensino e da investigação científica, não é claro em que medida essa informação deverá fazer parte do sistema de financiamento, por um lado. Por outro lado, se garantir esse benefício for um objetivo, então deverá procurar-se a melhor forma de o alcançar, o que dispensa a sua medição exata em termos de comparação das alternativas.
16. Quanto à questão (colocada na audiência) de como financiar as atividades associadas à formação pré-graduada, graduada e investigação, estas deverão ser financiadas por fórmulas próprias, depois de uma adequada valorização. Não deverão ser valores incluídos na capitação associada com as necessidades de cuidados de saúde da população abrangida pela ULSU.
17. Quanto à questão (colocada na audiência) da relevância de uma carreira integrada com profissionais dedicados quer ao trabalho assistencial quer ao trabalho académico, sem prejuízo de opinião baseada em estudo adicional, considero ser adequado procurar-se a solução que oferecer maior flexibilidade quer às ULSU quer às Universidades, através de acordos bilaterais que sejam estabelecidos em termos de emprego. A existência de reconhecimento de competências específicas associadas a esta carreira integrada deverá ser independente dos vínculos laborais.
18. Quanto à questão (colocada na audiência) de concorrência (na escolha do cidadão) entre unidades do SNS financiadas por capitação e unidades do SNS financiadas por produção que servem a mesma população, numa primeira abordagem, é, a meu ver, tratável numa lógica de preços internos do SNS ("Money follows the patient"), embora mereça reflexão adicional antes de uma posição definitiva.
19. Globalmente, as características adicionais de uma ULSU face a uma ULS estão ligadas aos dois aspetos de integração vertical e de financiamento por capitação. O financiamento por capitação é sobretudo um problema técnico de definição do valor adequado, não um problema conceptual.

20. Se o SNS não tiver a capacidade técnica de realizar os cálculos apropriados, o financiamento por capitação pode funcionar contra a ideia de ULSU. Se o financiamento por capitação não for credível nas suas implicações financeiras, então será essencialmente irrelevante para a discussão entre haver ou não ULSU. A complexidade adicional da estrutura vertical com ensino universitário tem de ser contrastada com os benefícios de coordenação entre níveis de cuidados de saúde através de elementos organizacionais.
21. Se houver uma atenção adequada à gestão da mudança, à conciliação das diferentes culturas existentes, e ao equilíbrio entre hospital universitário e cuidados de saúde primários em termos de poder de decisão, a integração em ULSU poderá ser preferível a manter as entidades em separado.
22. Numa lógica global do SNS, será preferível a manutenção das ULSU face à alternativa de fragmentação de modelos organizativos dentro do SNS, com mecanismos distintos de financiamento para cada tipo de unidade.

Anexo 13 - Audição e Contributo

Conselho das Escolas Médicas Portuguesas

CTI ULS UNIVERSITÁRIAS

POSIÇÃO CONSELHO ESCOLAS MÉDICAS PORTUGUESAS

O Conselho de Escolas Médicas Portuguesas (CEMP) agradece a oportunidade de poder contribuir na discussão sobre ULSU.

O CEMP reconhece a diferença no propósito, recursos, atividades e diferenciação entre as ULSU e as ULS não-U.

Para que a sua missão possa ser desenvolvida com sucesso, há que dotar as ULSU e as instituições que as constituem, dos instrumentos necessários e adequados à sua função.

Assim

- 1 - Definir Âmbito e Conceito e relação e abrangência ULSU e CAC.
- 2 - Qual a Governance e Organização
- 3 - Instrumentos, Incentivos e Indicadores de desempenho – KPI
- 4 - Modelo de financiamento
- 5 - RH e carreira docente clínico nas ULSU. Revisão DL 312/84

1- Âmbito e conceito

As ULSU têm um papel fundamental no ensino, investigação e inovação e na prestação de cuidados diferenciados de âmbito local, regional, nacional e internacional.

Algumas dessas atividades estão no racional de criação dos Centros Académicos Clínicos (CAC), em 2018. É, pois, fundamental distinguir ULSU e CAC. Estes conceitos serão fundidos? O CAC deve ser mais abrangente do que a ULSU? Estas entidades confundem-se na estrutura, organização e mesmo governance. Não devemos ter multiplicação de estruturas para o mesmo fim, pelo que os conceitos e pertinência devem ser revisitados.

CAIS - centro académico integrado de saúde ou CIAS - centro integrado académico de saúde (pode fazer sentido se ocorrer fusão dos conceitos CAC-ULSU para uma só estrutura).

2- Organização e Governance

Dois níveis na Governance da ULSU. Um Board estratégico e consultivo (com um Chairman acadêmico) e uma direção executiva.

A ULSU deve incluir na sua direção executiva pelo menos um representante da universidade / escola médica.

3- Instrumentos, Incentivos e Indicadores de desempenho – KPI

Para que haja incentivos à integração de atividades de ensino, investigação e inovação nas unidades de saúde das ULSU, é necessário que sejam incluídos indicadores científicos e pedagógicos e não apenas indicadores de produção assistencial.

4- Modelo de financiamento

A definição do modelo de financiamento é também fundamental. Há um único orçamento global? Como seria gerido? A Universidade teria poder executivo.

Atualmente temos um orçamento para a ULS e um orçamento para a Universidade.

Irá haver 3 orçamentos? Um para a ULS (vacionado essencialmente para a prestação de cuidados clínicos, tendo em conta as necessidades de horas dedicadas ao ensino e investigação), outro para a Universidade (enquadrando a realidade das necessidades logísticas, funcionais e de RH para formação e Investigação, em articulação com a ULS) e o terceiro que é partilhado? Para atividades relacionadas com docência clínica e investigação clínica? Criar uma associação independente que desenvolva essas atividades?

5- RH – Docentes clínicos DL 312/84

O DL 312 / 84 regulamenta o ensino médico e a relação entre a instituição académica e a instituição de saúde. Este DL tem 40 anos, está desatualizado e necessita ser revisto ou substituído por um novo.

Os RH médicos das ULSU podem integrar três perfis diferentes contratuais.

- a. Uma carreira apenas clínica e assistencial (alguns dos médicos que trabalham nas Unidades Locais de Saúde Universitárias (ULSU) podem ser recrutados para exercer funções de tutores clínicos, desempenhando esta atividade nas próprias unidades de saúde. Adicionalmente, alguns poderão celebrar um contrato como assistentes ou professores convidados, numa percentagem reduzida, com a universidade, caso assumam funções de ensino em disciplinas mais fundamentais, com atividades predominantemente realizadas nas Escolas Médicas, ou quando têm responsabilidades mais específicas na gestão do ensino, como supervisores de ensino clínico de Unidades Curriculares (UC) ou

disciplinas dos últimos anos do MIM. Idealmente, os docentes convidados devem demonstrar iniciativa para uma diferenciação académica, preferencialmente através da realização de um doutoramento ou até da obtenção da agregação.

- b. Uma carreira apenas académica sem relação com a unidade de saúde (docente não clínico, não incluído na ULSU, apenas na universidade).
- c. Uma carreira integrada académica clínica (docente clínico), que não existe atualmente e deve ser exclusiva das ULSU. O docente clínico tem contrato com a universidade e com a unidade de saúde (duplo vínculo), com salário calculado em % de dedicação a cada instituição e em função da categoria que ocupa em cada uma das carreiras. A relação contratual integrada não deve comprometer o regime tenure, mas as condições de integração (por exemplo % alocada a cada instituição) devem ser reavaliadas periodicamente (pex. de 3 em 3 anos) e o incentivo salarial marginalmente mais alto (não pode nunca ser inferior ao da dedicação plena, nem a quem opte por uma solução de carreira clínica + professor convidado).

Esta carreira pode ser criada de novo, com um novo DL, ou definida por modificação do DL 312 /84. Nesta carreira o médico tem obrigações de ensino, investigação e assistencial.

As ULSU devem ver o seu orçamento reforçado por forma a poderem compensar financeiramente os médicos de carreira clínica recrutados como tutores clínicos, desonerando as Escolas médicas que não necessitam assim contratar tantos convidados. As verbas dos docentes convidados que ainda assim sejam contratados (para UCs mais fundamentais ou para atividade de supervisão clínica) ficam a cargo das Universidades.

Os docentes convidados continuam a poder ser contratados pelas universidades nas ULS não-U.

Mantem-se a independência na progressão de carreiras, mas ao longo do tempo a % de dedicação a cada uma das entidades pode variar. Tendencialmente os Diretores de serviço das ULSU devem ser clínicos académicos.

As alterações ao DL devem ter origem numa resolução do conselho de ministros, sob proposta do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação (ratificado pelas Finanças).

O CEMP irá apresentar ao Ministério da Educação esta possibilidade.

Anexo 14 - Audição e Contributo

Plataforma Saúde em Diálogo

// Contributo da Plataforma Saúde em Diálogo para o Relatório da Comissão Técnica Independente das ULS Universitárias:

As Unidades Locais de Saúde (ULS) de cariz universitário apresentam-se como um modelo que combina assistência, ensino e investigação, visando uma melhoria contínua na prestação de cuidados de saúde. Contudo, este contexto desafia as instituições a garantir uma abordagem centrada nas necessidades do doente, onde a humanização dos cuidados assume um papel essencial. O envolvimento dos utentes através da sua representação nos conselhos consultivos e da criação da figura do Provedor do Doente torna-se ainda mais relevante para promover um ambiente de cuidados que valorize a dignidade, os direitos, a privacidade e o conforto dos doentes. Abaixo, exploram-se as perspetivas dos doentes, incluindo os pontos positivos, preocupações e desafios, e sugestões de melhoria, enfatizando a importância da humanização dos cuidados.

Pontos Positivos do Ponto de Vista dos Doentes

1. **Continuidade dos Cuidados:** Uma mais eficiente integração entre diferentes níveis de cuidados, especialmente em condições crónicas e complexas, assegura um percurso terapêutico mais fluido e evita a fragmentação do atendimento. Esta continuidade é fundamental para melhorar a experiência do doente, que se sente mais seguro e valorizado ao perceber que o seu historial clínico é compreendido e acompanhado de forma integrada. Nas ULS Universitárias esta possibilidade é potenciada. Por outro lado, sabemos que os cuidados em proximidade e integrados permitem que os profissionais tenham mais tempo e oportunidade para se dedicarem às áreas da investigação e da inovação. (ex.: redução das admissões de doentes crónicos nas Urgências e Internamento devido a uma maior controlo/gestão da doença).
2. **Acesso a Conhecimento e Inovação:** As ULS de cariz universitário, por estarem ligadas a instituições académicas, beneficiam de uma maior proximidade a avanços tecnológicos e práticas clínicas inovadoras. Para os doentes, o acesso a tratamentos inovadores e a abordagens clínicas mais sofisticadas traduz-se num cuidado mais eficaz, que responde com mais precisão às suas necessidades. Para além disso, há uma oportunidade de ouro para desenvolver a investigação e inovação na área dos CSP.
3. **Presença de Profissionais em Formação:** A prática supervisionada de estudantes e internos oferece aos doentes a possibilidade de contribuir para a formação de profissionais mais bem preparados. No entanto, este aspeto apenas é positivo quando os doentes sentem que a qualidade do atendimento e o respeito pela sua individualidade são mantidos, o que é possível através de uma formação sólida em práticas de humanização e empatia.

4. **Participação dos doentes nos Conselhos Consultivos:** Os conselhos consultivos permitem aos doentes expressar as suas necessidades, preocupações e sugestões de forma ativa, proporcionando uma via de participação que reforça a humanização e melhoria do atendimento. Ao ter uma voz nas decisões e práticas da ULS, os doentes sentem-se mais respeitados e incluídos no sistema de saúde.
5. **Provedor do Doente:** A figura do Provedor do Doente funciona como um elo de comunicação direto entre os utentes e a instituição, assegurando que queixas, sugestões e preocupações são ouvidas e tratadas com imparcialidade e sensibilidade. Este papel é essencial para fortalecer a confiança dos doentes, que sabem que a sua voz será ouvida e respeitada, promovendo um ambiente de atendimento onde a dignidade do utente é prioritária.

Preocupações e Desafios

1. **Rotatividade de Profissionais:** A rotação de profissionais em formação pode dificultar a criação de vínculos de confiança entre doente e equipa de saúde. A humanização dos cuidados requer uma relação terapêutica consistente, que gera confiança, que é desafiada quando os doentes enfrentam constantemente novas equipas ou profissionais, especialmente em situações que exigem apoio contínuo.
2. **Tempo de Espera e Acessibilidade:** A elevada procura de serviços, associada à componente formativa das ULS, pode prolongar os tempos de espera e limitar a acessibilidade. Para os doentes, a demora no atendimento pode ser percebida como falta de consideração pelas suas necessidades, contrastando com o ideal de um sistema de saúde centrado no utente e focado na sua experiência e bem-estar.
3. **Privacidade e Conforto:** A presença de estudantes e observadores durante consultas ou procedimentos clínicos pode representar um desafio para a privacidade dos doentes. Este é um aspeto central na humanização dos cuidados, pois cada doente deve sentir-se respeitado e confortável durante o atendimento. A abordagem deve ser cuidadosa, informando previamente o doente e respeitando a sua vontade em relação à presença de estudantes.
4. **Foco na Pesquisa e Educação:** Embora a componente investigativa e educativa seja uma parte fundamental das ULS universitárias, existe o risco de que as necessidades dos doentes fiquem secundarizadas face aos objetivos académicos. Este aspeto preocupa alguns utentes, que receiam que o foco na formação e na investigação afete a personalização e a empatia nos cuidados, desviando o foco da pessoa para o ensino.

Sugestões de Melhoria Sugeridas pelos Doentes

- **Maior Transparência e Comunicação:** Para que os doentes se sintam parte integrante do sistema de saúde, sugerem que seja promovida uma comunicação clara sobre o papel dos estudantes e internos nas consultas e sobre os benefícios que essa presença pode trazer. Uma abordagem transparente fortalece a confiança dos doentes e demonstra um compromisso com a humanização do atendimento.
- **Aumento de Recursos e Gestão de Fluxo:** Os doentes recomendam que as ULS universitárias sejam dotadas de recursos suficientes para responder à elevada procura sem comprometer a qualidade do atendimento. Com um sistema mais eficiente, será possível reduzir os tempos de espera, um fator que contribui significativamente para a satisfação e bem-estar do doente e para os resultados em saúde.
- **Formação em Competências de Comunicação e Empatia:** Para os doentes, a humanização dos cuidados depende de uma comunicação eficaz e empática por parte dos profissionais. Recomenda-se que a formação dos estudantes e profissionais inclua competências de comunicação e sensibilização para o bem-estar do utente, assegurando que cada pessoa é tratada com respeito e dignidade.
- **Reforço do Papel do Provedor do Doente:** Os doentes sugerem que a função do Provedor seja amplamente divulgada e que os casos reportados sejam acompanhados de forma transparente. O Provedor pode desempenhar um papel fundamental na humanização dos cuidados, garantindo que cada queixa ou sugestão é tratada com a devida atenção e contribuindo para uma melhoria contínua no atendimento.

Conclusão

As ULS de cariz universitário representam uma evolução no sistema de saúde, com um enorme potencial para aliar a inovação e o conhecimento, ao atendimento centrado no utente ao longo da sua jornada, proporcionando uma abordagem mais abrangente, articulada e coordenada em termos de gestão dos serviços de saúde, uma melhor gestão de recursos e uma resposta mais eficaz às necessidades de saúde da população, com melhores resultados em saúde.

É também essencial que a humanização dos cuidados seja uma prioridade nestes modelos, assegurando que cada doente é tratado com respeito, empatia e dignidade. A participação ativa dos utentes nos conselhos consultivos e a criação do Provedor do Doente são fundamentais para reforçar uma abordagem colaborativa e centrada na pessoa. Este equilíbrio entre formação, investigação e cuidados integrados e

humanizados é o caminho para um sistema de saúde que, além de eficaz, seja também respeitador das necessidades e direitos dos doentes.

Lisboa, 13 novembro 2024.

Jaime Melancia.

Anexo 15 - Audição e Contributo

Professor Hugo Marques

Contributo para a Comissão Técnica Independente para as ULS Universitárias

1. Os Hospitais Universitários actualmente existentes são, na maioria dos casos, apenas hospitais onde se pratica ensino, com uma componente de investigação e inovação geralmente abaixo do que seria desejável. Não são verdadeiros hospitais universitários, onde há sinergias entre as duas vertentes que beneficiam ambas as instituições.
2. A existência de uma ligação mais profunda entre estes hospitais e as Escolas Médicas Portuguesas (EMP) é fundamental para:
 - a. Permitir uma Medicina de melhor qualidade, assente numa prática clínica académica bem fundamentada;
 - b. Garantir a qualidade do ensino médico criando condições mais adequadas nas instituições clínicas onde se realiza;
 - c. Incrementar a investigação científica em quantidade e qualidade;
 - d. Implementar mais inovação biomédica;
 - e. Estabelecer pontes com outros serviços académicos dentro e principalmente fora do País. Neste sentido, o “networking” das instituições académicas internacionais pode ter uma contribuição importante no desenvolvimento das ULSU, sendo também um motor de mudança.
3. A criação dos Centros Académicos Clínicos (CAC), visa cimentar a ligação, fundamental, entre os Hospitais Universitários e as EMP.
4. As Unidades Locais de Saúde Universitárias devem ter uma articulação entre a actividade clínica e as atividades de docência, de investigação científica e de inovação biomédica.

Propostas:

1. Para que este regime funcione é necessário que as ULSU e as EMP não estejam de costas voltadas. É importante que nos Conselhos de Administração existam elementos da Faculdade, permitindo decisões mais alinhadas com a Academia nestas matérias.
2. Os polos de excelência clínica das ULSU são também, geralmente, os que mais produzem cientificamente, devendo ser os serviços académicos por excelência.
3. A ULSU deveria favorecer a contratação de recursos humanos com perfil académico, que poderiam constituir 50% do total, pelo menos no que diz respeito aos médicos.
 - a. Os académicos teriam a obrigação da docência e uma quantidade mínima de actividade científica, traduzida em publicações, bolsas de investigação etc.
 - b. Esses elementos poderiam ter eventualmente direito a um suplemento adicional, além do que é pago actualmente pelas Faculdades, manifestamente insuficiente no momento. Esse suplemento poderia advir de um financiamento específico do estado para as ULSU, adicional ao financiamento específico já existente para as ULSU e para as EMP.

- c. Conceptualmente deveria existir uma definição clara do tempo para actividades clínicas e académicas, com tempo protegido para estas últimas. Considerando por outro lado que as ULSU são as instituições onde a actividade assistencial é mais avançada e complexa na generalidade, reduzir esta actividade é na prática muito difícil. Assim, com a pressão da actividade clínica nestas ULSU, considero aceitável o regime de funções de exercício simultâneo.
- 4. Poder-se ia pensar na criação de uma carreira médica independente com uma vertente académico-clínica.
- 5. Os Serviços académicos das ULSU devem eles próprios ter objectivos não só clínicos, mas também de investigação, com números mínimos de publicações, comunicações e projectos científicos. Na docência, o número de estudantes de doutoramento deve ser contemplado.
- 6. Governação:
 - a. Importa definir com rigor o papel dos CAC na governação: Se é esta estrutura que coordena a integração das ULSU e Faculdades, em que medida é que se integra na gestão?
 - b. A definição do modelo de governação é crucial, devendo evitar-se a multiplicação de órgãos homólogos com funções sobreponíveis. A título de exemplo, veja-se o órgão Conselho Científico: já existe nas Faculdades, já existe nos CAC e agora poderá existir também nas ULSU. Não parece racional esta multiplicação.
 - c. A regra deve ser a redução de todos os órgãos que não sejam realmente necessários para gerir o funcionamento colaborativo. Esta questão é particularmente sensível no que se refere ao planeamento estratégico, em que temos 3 órgãos envolvidos: a ULS, a Universidade e o CAC, todos com direções e conselhos diferentes que têm de alguma maneira convergir nas suas decisões.
- 7. Legislação
 - a. A legislação da relação entre hospitais e faculdades rege-se pelo decreto 312/84. Se a ULSU está integrada no CAC terá de ter uma legislação comum. Essa legislação não pode ser retirada do decreto 312/84, que se encontra desatualizado, pelo que é urgente uma actualização do decreto.

Com os melhores cumprimentos,

Hugo Pinto Marques

Director do Serviço de Cirurgia e Unidade de Transplantação da ULS S. José

Professor Associado Convidado com Agregação da NMS