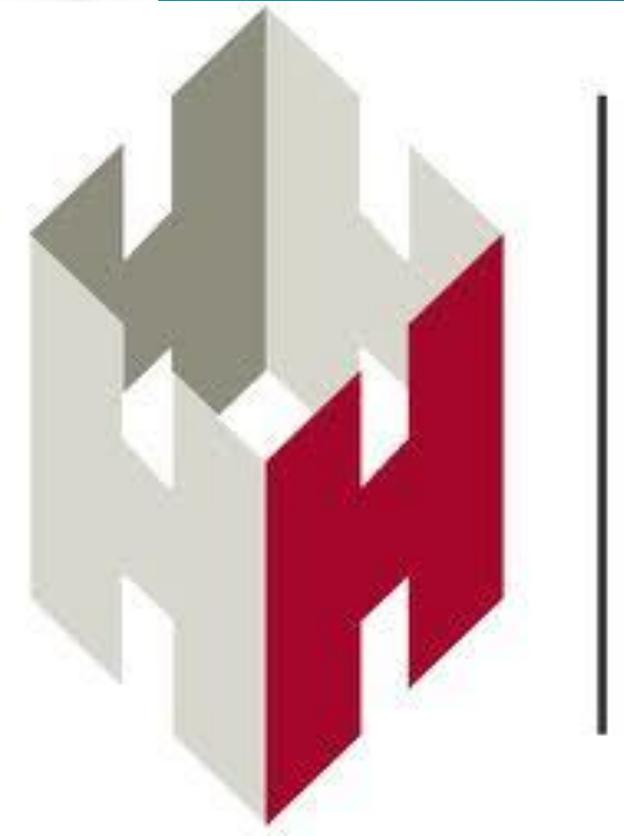




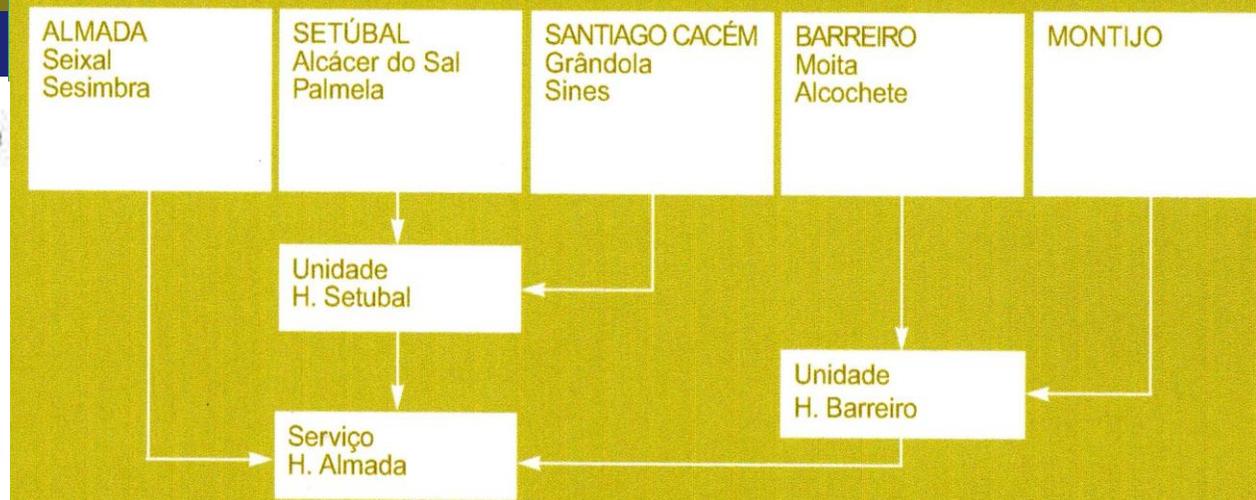
I)-REDE HOSPITALAR



Rede de Referenciação Hospitalar de **Infecciologia**

Rede de Referenciação Hospitalar - Infecciologia

Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo - Distrito de Setúbal



A Rede de Referenciação Hospitalar de Infecciologia foi aprovada por Despacho de Sua Excelência o Ministro da Saúde, Prof. Doutor António Correia de Campos, em 18 de Julho de 2001.



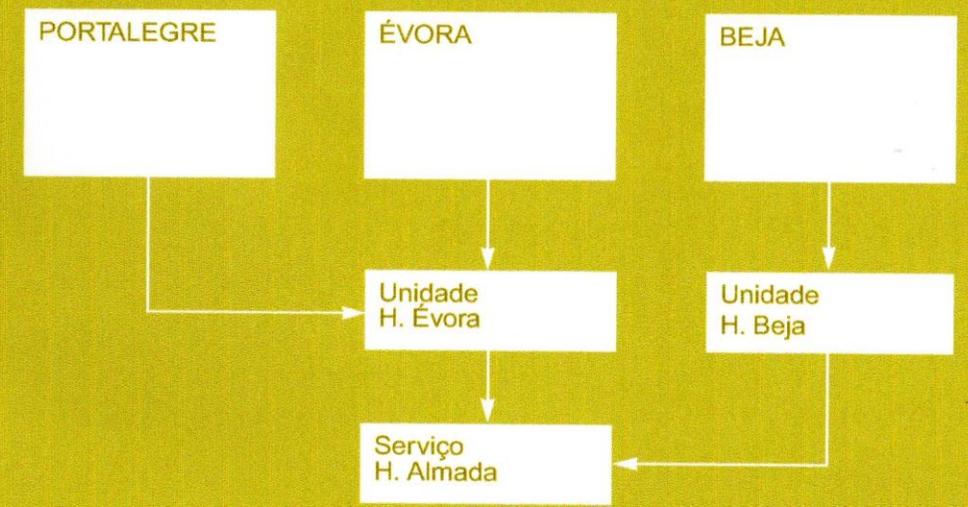
Direcção-Geral da Saúde - Direcção de Serviços de Planeamento

Quadro II. Definições de unidade e serviço hospitalar de Infecciologia

Unidade	Serviço
Integrados num Serviço de Medicina Interna, com ambulatório da especialidade de Infecciologia Mínimo de 10 camas Mínimo de 3 infecciologistas	Com instalações e secretariado próprio Mínimo de 25 camas Mínimo de 7 infecciologistas

Rede de Referenciação Hospitalar - Infecciologia

Região de Saúde do Alentejo



ESTUDO PARA A CARTA HOSPITALAR

ESPECIALIDADES DE MEDICINA INTERNA, CIRURGIA GERAL, NEUROLOGIA,
PEDIATRIA, OBSTETRÍCIA E INFECIOLOGIA

18 DE ABRIL DE 2012

Rua S. João de Brito, 621 L32, 4100 - 455 PORTO
e-mail: geral@ers.pt - telef.: 222 092 390 - fax: 222 092 351 - www.ers.pt

Alentejo:

CH/ULS	Hospital	Tipologias		Urgência Geral*	Especialidade
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	Hospital José Joaquim Fernandes - Beja	Primeira linha	Geral	SUMC	não
	Hospital de São Paulo - Serpa			x	
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE	Hospital Dr. José Maria Grande - Portalegre	Primeira linha	Geral	SUMC	não
	Hospital Santa Luzia de Elvas	Proximidade		SUB	não
Hospitais não integrados em CH/ULS	Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE	Referência	Geral	SUMC	sim
	Hospital do Litoral Alentejano, EPE - Santiago do Cacém	Primeira linha	Geral	SUMC	não

Algarve:

CH/ULS	Hospital	Tipologias		Urgência Geral*	Especialidade
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE	Hospital do Barlavento Algarvio - Portimão	Primeira linha	Geral	SUMC	não
	Hospital Distrital de Lagos	Proximidade		0	não
Hospitais não integrados em CH/ULS	Hospital de Faro, EPE	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Centro de Medicina de Reabilitação do Sul - São Brás de Alportel	Referência	Especializado	0	não

CH/ULS	Hospital	Tipologias		Urgência Geral*	Especialidade
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE	Hospital de Nossa Senhora do Rosário - Barreiro	Primeira linha	Geral	SUMC	não
	Hospital do Montijo	Proximidade		0	não
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	Hospital de São José - Lisboa	Referência	Geral	SUP e CT	não
	Hospital Curry Cabral, EPE - Lisboa			0	sim
	Hospital de Santa Marta - Lisboa			0	não
	Hospital de Santo António dos Capuchos - Lisboa			0	não
	Maternidade Dr. Alfredo da Costa - Lisboa			0	não
	Hospital de D. Estefânia - Lisboa			0	não
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	Hospital de São Francisco Xavier - Oeiras	Referência	Geral	SUP e CT	não
	Hospital de Egas Moniz - Lisboa			0	sim
	Hospital Santa Cruz - Oeiras				não
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	Hospital de São Bernardo - Setúbal	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Ortopédico de Sant'Iago do Outão - Setúbal	Referência	Especializado	0	não
Centro Hospitalar de Torres Vedras	Hospital Distrital Torres Vedras	Primeira linha	Geral	SUB	não
	Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior - Torres Vedras		Especializado	0	não
Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE	Hospital Distrital de Abrantes	Primeira linha	Geral	SUMC	não
	Hospital Distrital de Torres Novas			SUB c/ atend. ped.	não
	Hospital Distrital de Tomar			0	não
Centro Hospitalar do Oeste Norte	Hospital Distrital Caldas da Rainha (Centro Hospitalar das Caldas da Rainha)	Primeira linha	Geral	SUMC	não
	Hospital Bernardino Lopes de Oliveira - Alcoçoba			SUB	não
	Hospital de São Pedro Gonçalves Telmo - Peniche	Proximidade		0	não
	Hospital Termal Rainha D. Leonor - Caldas da Rainha			x	
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	Hospital de Santa Maria - Lisboa	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Hospital Pulido Valente - Lisboa			0	não
Hospitais não integrados em CH/ULS	Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE	Referência	Especializado	0	sim
	Hospital Garcia de Orta, EPE - Almada	Referência	Geral	SUMC	sim
	Hospital Beatriz Ângelo - Loures	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital de Santarém, EPE	Primeira linha	Geral	SUMC	não
	Hospital de Vila Franca de Xira	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Dr. José de Almeida - Cascais	Primeira linha	Geral	SUMC	não
	Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE - Amadora	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
		Hospital de Júlio de Matos - Lisboa (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa)	Referência	Especializado	0
	Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto - Lisboa	Referência	Especializado	0	não

A UNIDADE DE AMBULATÓRIO (1992 – 2012)



PRINCÍPIOS BÁSICOS DA REDE HOSPITALAR

O QUE FOI EFETUADO

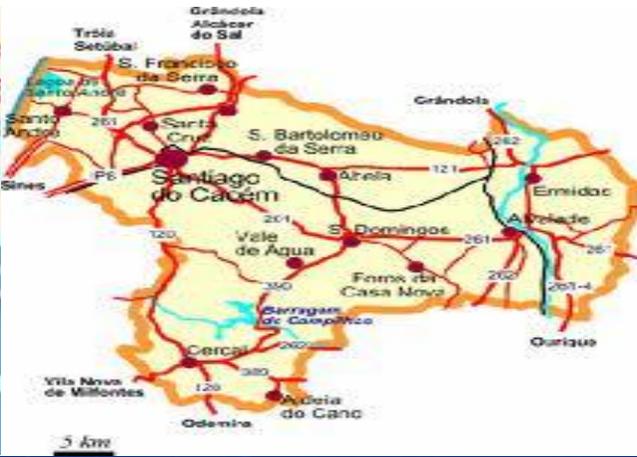
- - Não tomar em consideração os pareceres técnicos fundamentados em vigor, ou já propostos para serem implementados
- - Pretender colocar médicos isolados, sem a necessária inserção em Serviços idóneos da respetiva especialidade
- - Pretender colocar em Hospitais básicos especialidades de média diferenciação
- - Não distribuir os recursos proporcionalmente às necessidades assistenciais decorrentes de dados demográficos e da prevalência regional das doenças
- Constituir Júris de Concurso compostos por médicos de outra especialidade da dos concorrentes que irão ser avaliados

O QUE DEVERIA TER SIDO FEITO

- Implementar uma Rede Hospitalar baseada em estudos aprofundados com a participação de reconhecidos especialistas
- Garantir uma acessibilidade adequada a todos os doentes ultrapassando os reconhecidos estrangimentos geográficos
- Rentabilizar a capacidade instalada e a experiência acumulada, garantindo uma adequada massa crítica imprescindível a uma prática clínica de qualidade
- Institucionalizar uma consultadoria presencial de algumas especialidades e deslocalizar a prestação dos cuidados em termos da Consulta Externa entre Hospitais cuja distância quilométrica o justifique



II)-O CHS / HSB E O HLA



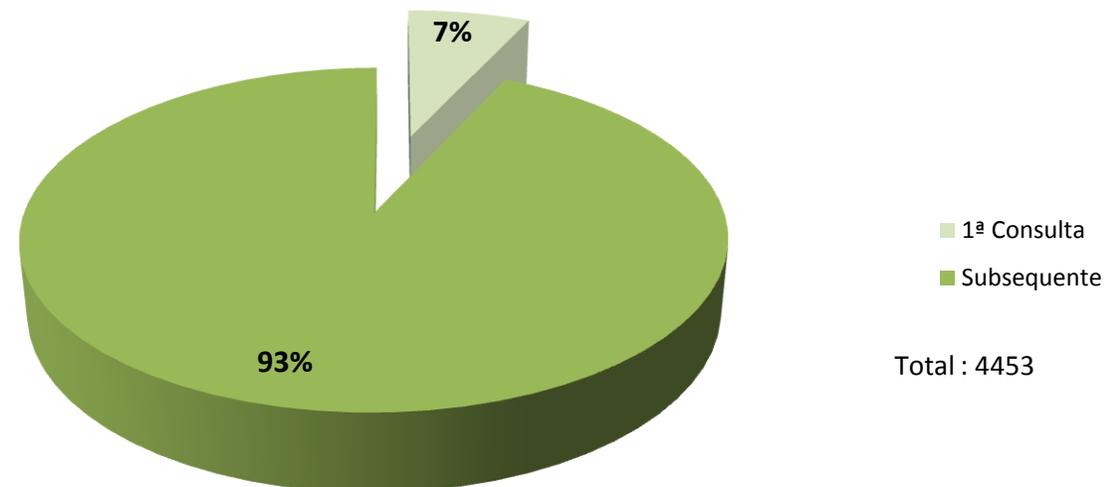
CONSULTA EXTERNA INFECCIOLOGIA PROVENIÊNCIA GEOGRÁFICA DOS UTENTES

Acumulado a Setembro de 2013

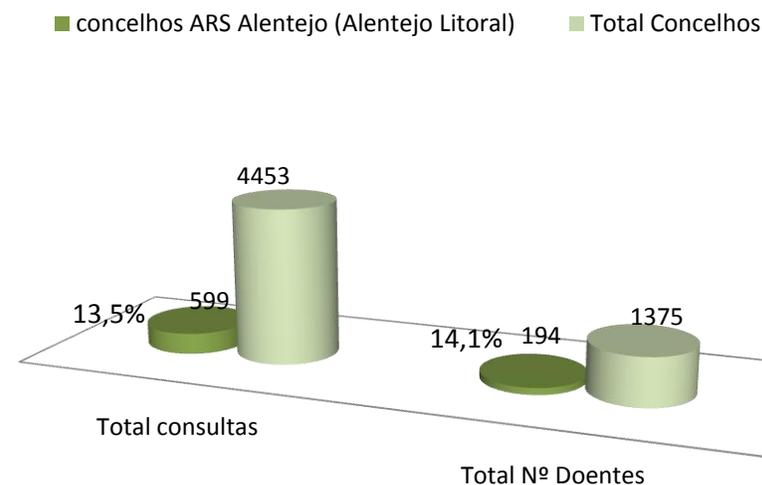
Concelho	Tipo Consulta		Total consultas	% Consultas	Nº Doentes	% Doentes
	1ª Consulta	Subsequente				
SETUBAL						
PALMELA	62	656	718	21,4%	219	
SETUBAL	155	2.425	2.580	76,8%	770	
SESIMBRA	20	43	63	1,9%	26	
Sub-total	237	3.124	3.361	75,5%	1015	73,8%
concelhos ARS Alentejo (Alentejo Litoral)						
ALCACER DO SAL	12	137	149	24,9%	41	
GRANDOLA	8	175	183	30,6%	69	
SANTIAGO DO CACEM	7	131	138	23,0%	43	
SINES	9	104	113	18,9%	38	
ODEMIRA	1	15	16	2,7%	3	
Sub-total	37	562	599	13,5%	194	14,1%
Outros Distritos/regiões						
sub-total	33	460	493	11,1%	166	12,1%
Total	307	4146	4453	100,0%	1375	100,0%

	Total consultas	Total Nº Doentes
SETUBAL	3361	1015
concelhos ARS Alentejo (Alentejo Litoral)	599	194
Outros Distritos/regiões	493	166
Total Concelhos	4453	1375

Consultas de Infecciologia - Janeiro a Setembro de 2013

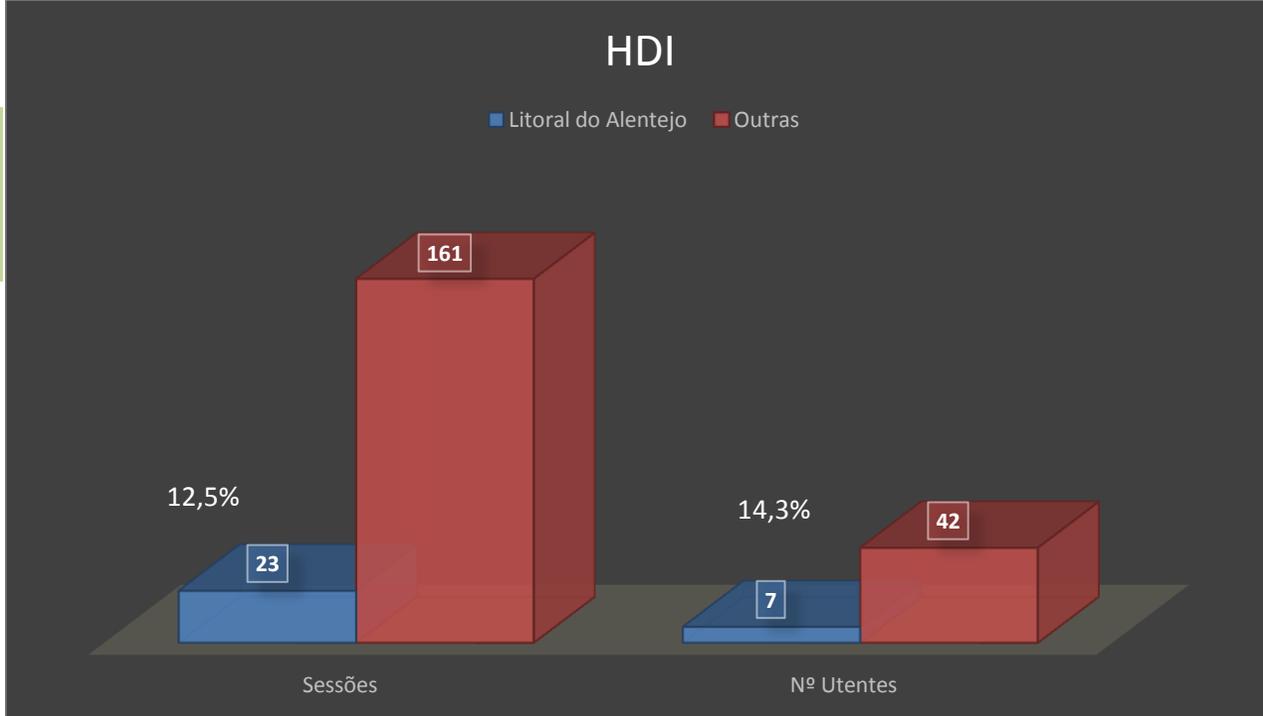


Consulta Externa de Infecciologia - Acumulado a Setembro de 2013



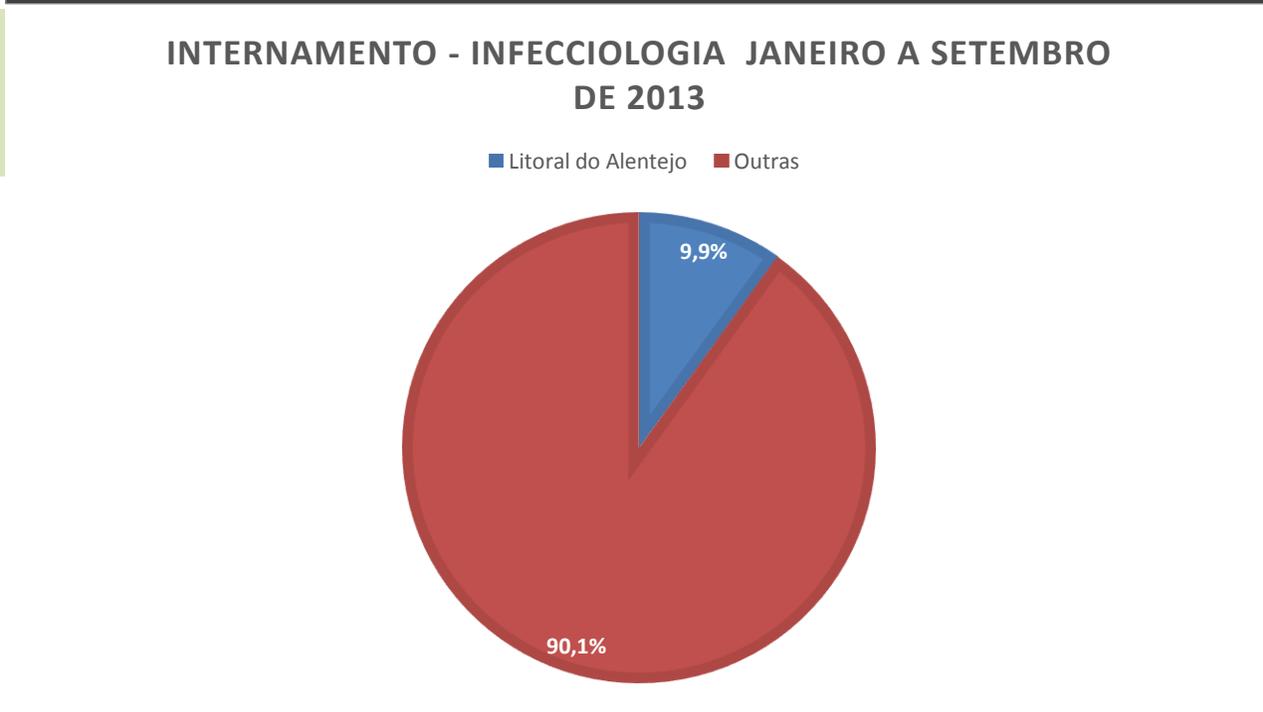
Hospital Dia - Janeiro a Setembro 2013

Area de residência	Sessões	Nº Utentes	% Sessões	% Nº utentes
Litoral do Alentejo	23	7	12,5%	14,3%
Outras	161	42	87,5%	85,7%
TOTAL	184	49		

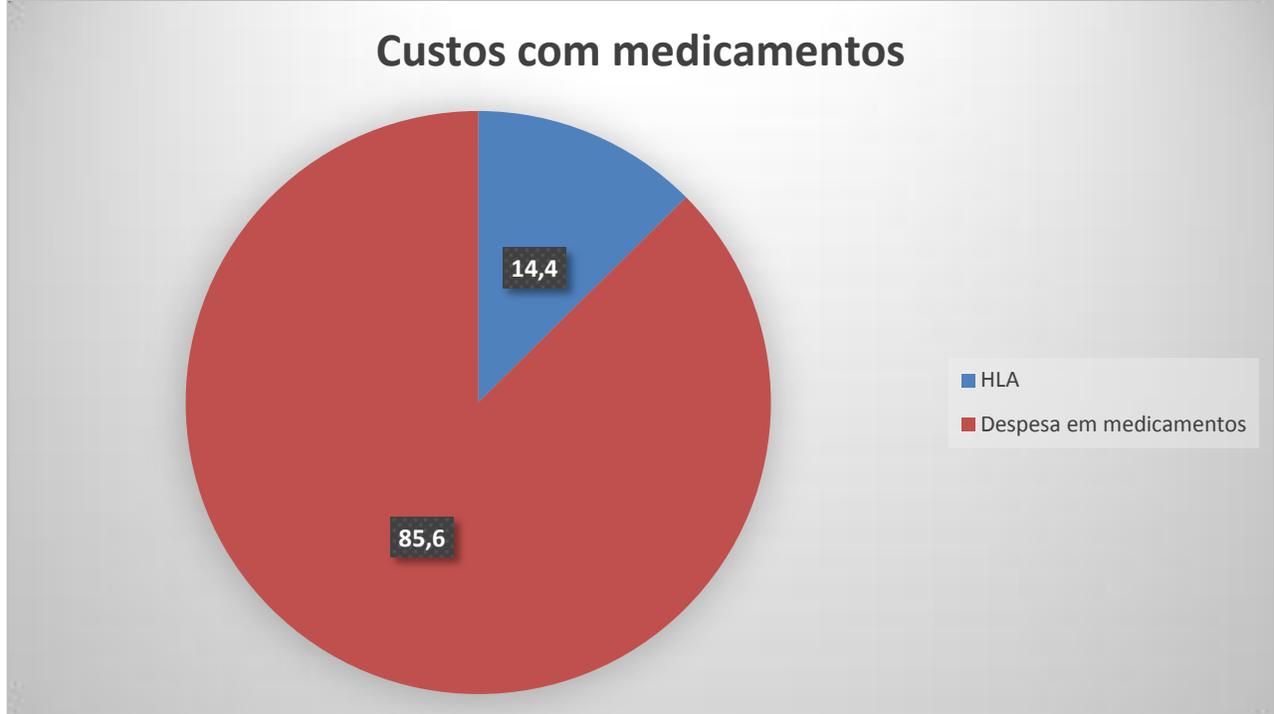


Internamento - Infecçciologia Janeiro a Setembro de 2013

Doentes Saídos por área de residência	Total de doentes saídos	%
Litoral do Alentejo	13	9,9%
Outras	118	90,1%
TOTAL	131	

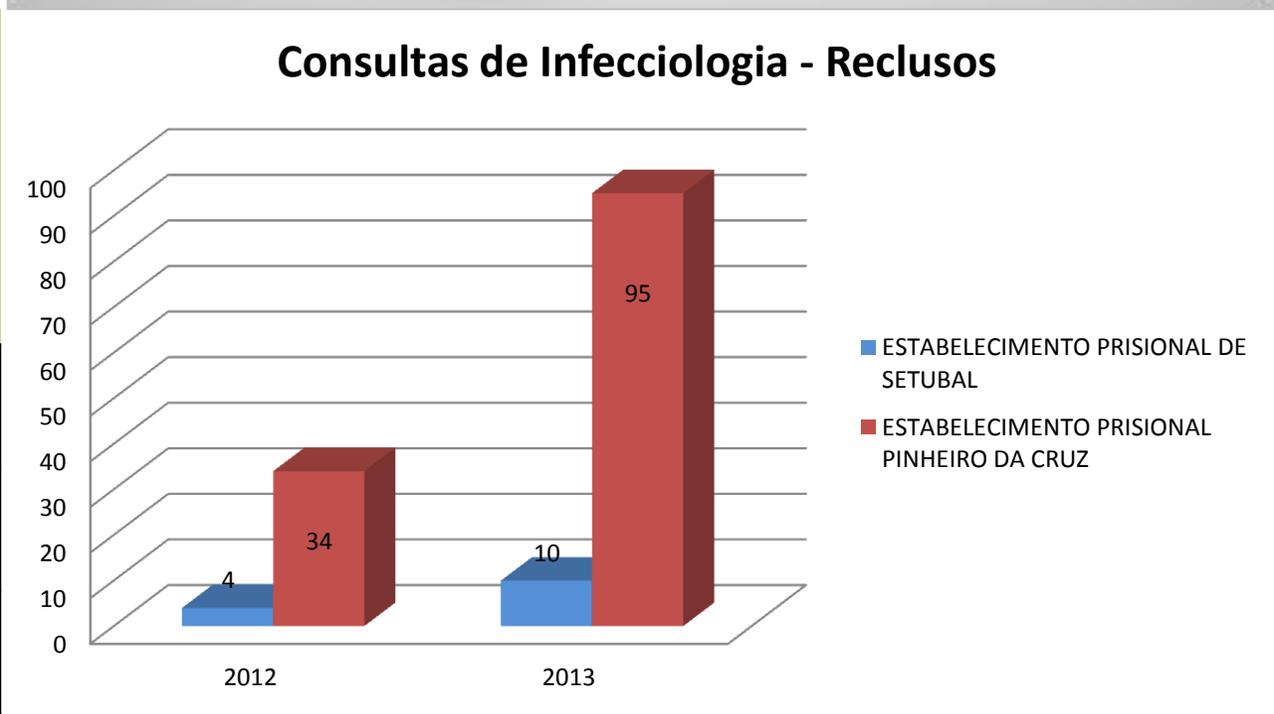


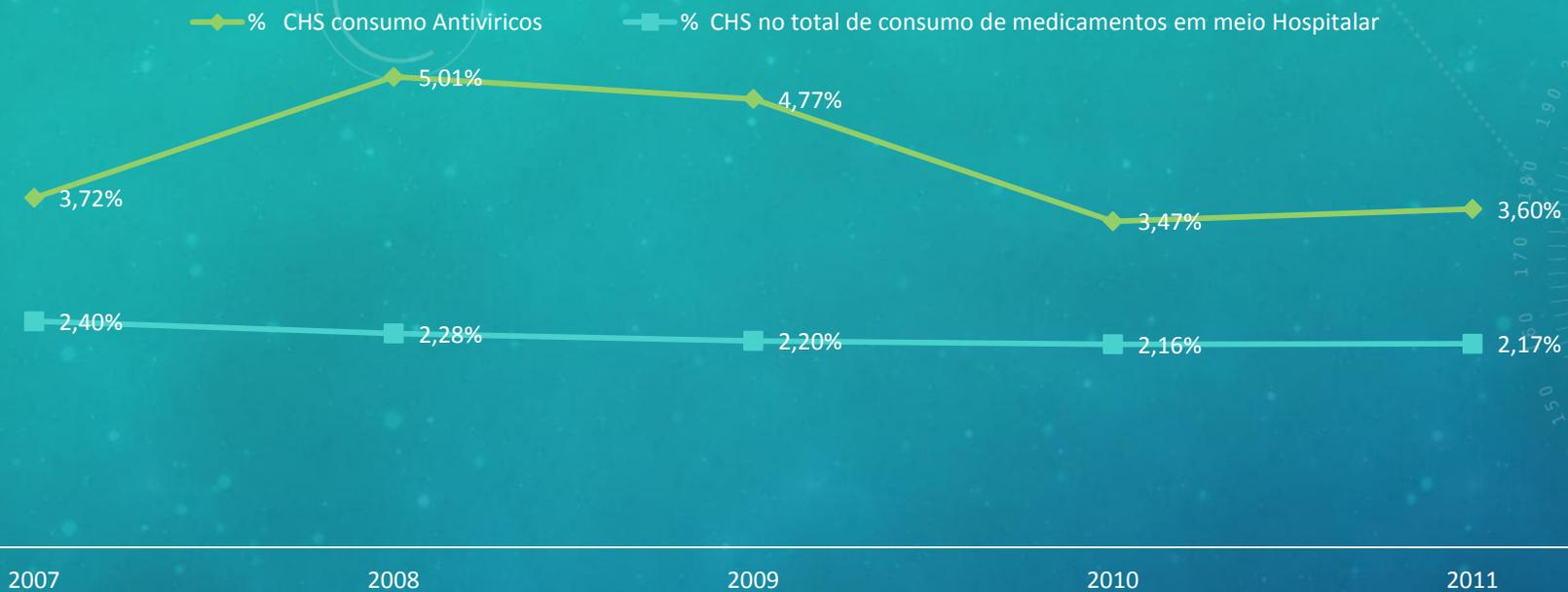
Custos com medicamentos - Janeiro a Setembro de 2013		%
Total Internamento	170.469,22 €	2,64%
Litoral do Alentejo	16.452,98 €	9,65%
Outras	154.016,24 €	90,35%
Total Consulta Externa	6.287.237,29 €	97,32%
Litoral do Alentejo	912.331,17 €	14,51%
Outras	5.374.906,12 €	85,49%
Total Hospital de Dia	2.567,00 €	0,04%
Litoral do Alentejo	- €	0,00%
Outras	2.567,00 €	100,00%
Total	6.460.273,52 €	
Média mensal (Total)	717.808,17 €	
Litoral do alentejo	103.198,24 €	14,4%



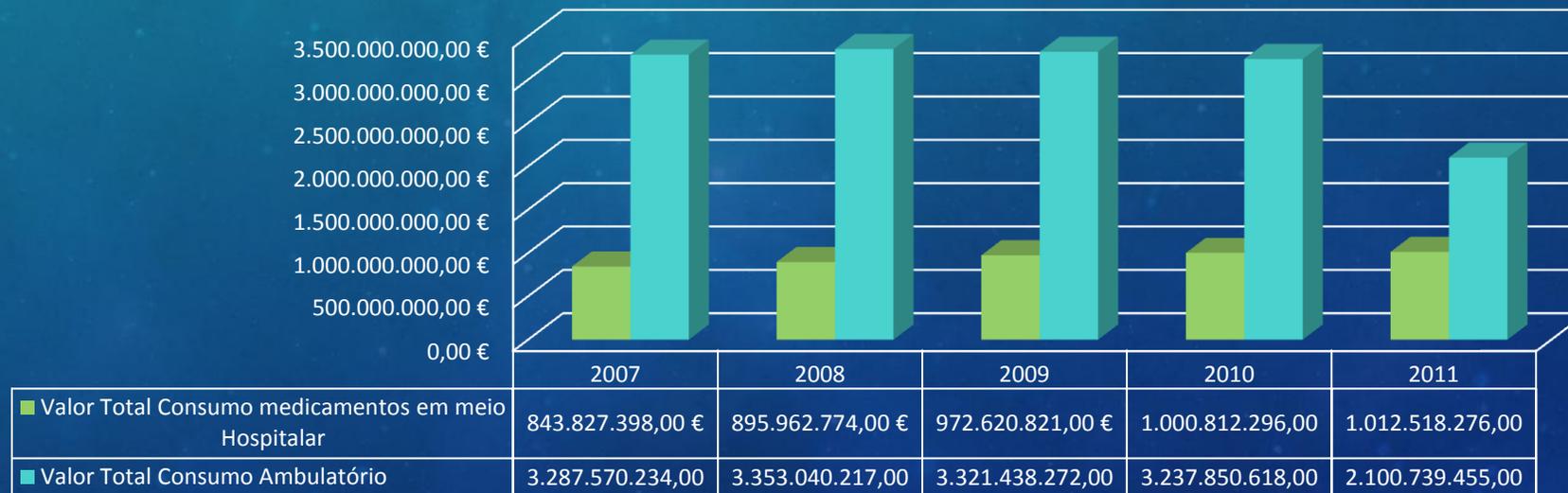
Consultas realizadas - Janeiro a Setembro

Proveniência	Nº de Doentes			Nº Consultas		
	2012	2013	% 2013/2012	2012	2013	% 2013/2012
ESTABELECIMENTO PRISIONAL DE SETUBAL	4	8	100,0%	10	19	90,0%
ESTABELECIMENTO PRISIONAL PINHEIRO DA CRUZ	34	32	-5,9%	95	79	-16,8%
Total	38	40	5,3%	105	98	-6,7%



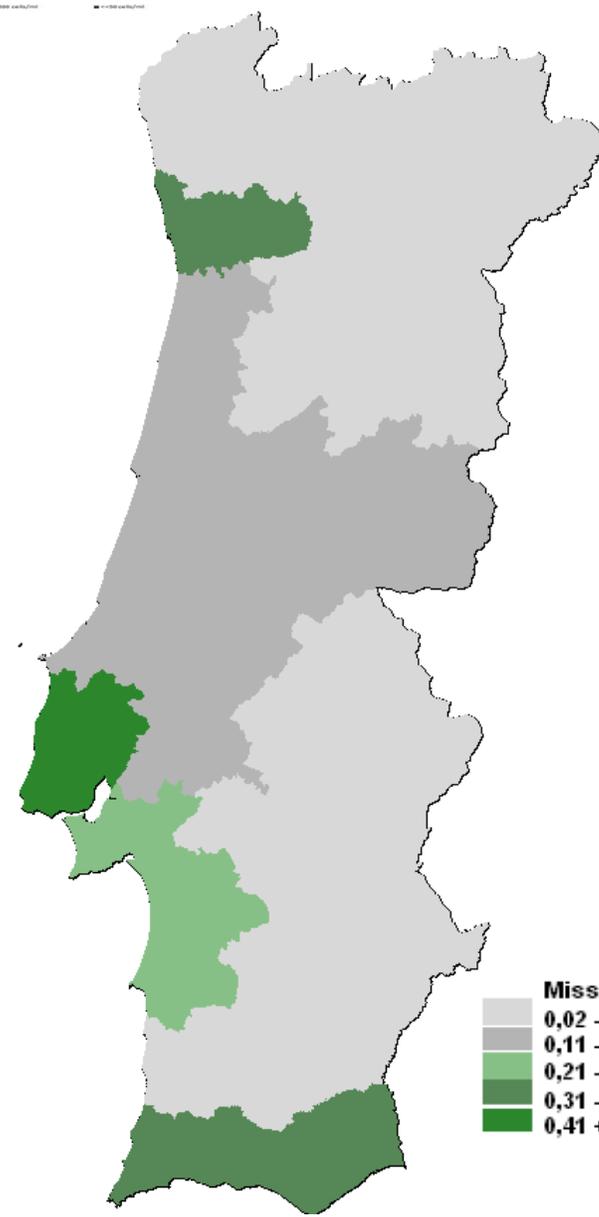
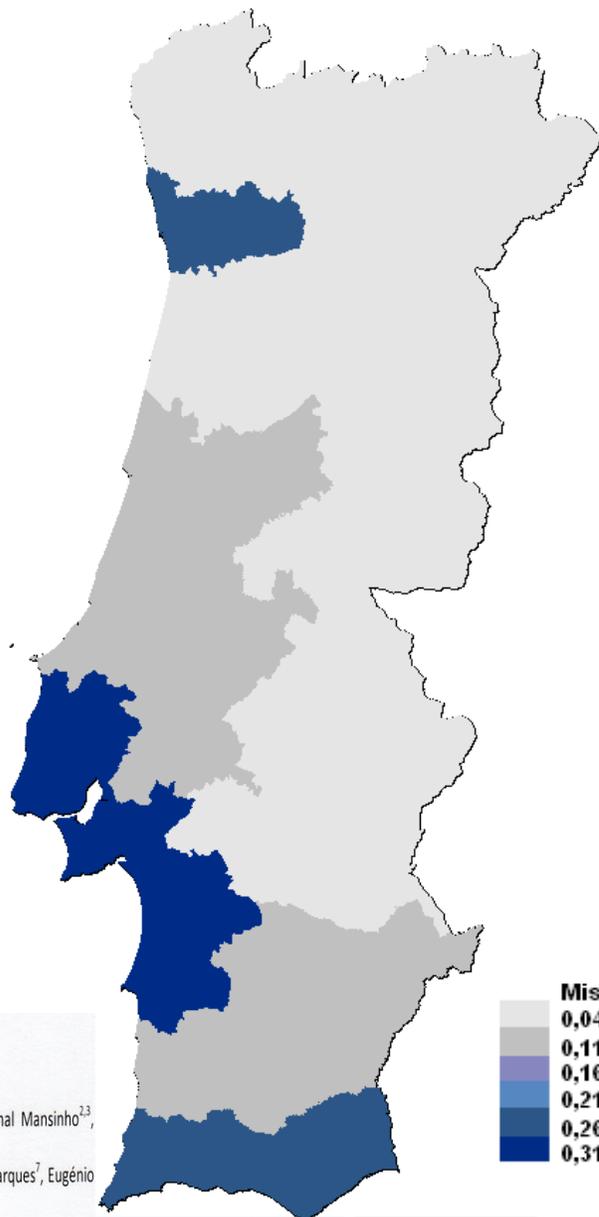
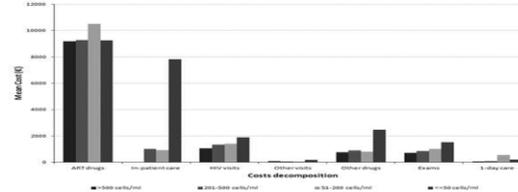


Consumo de medicamentos em Portugal



Undiagnosed Prevalence

Yearly Incidence



Missing or Excluded
 0,04 - 0,10
 0,11 - 0,15
 0,16 - 0,20
 0,21 - 0,25
 0,26 - 0,30
 0,31 +

Missing or Excluded
 0,02 - 0,10
 0,11 - 0,20
 0,21 - 0,30
 0,31 - 0,40
 0,41 +

DIRECT TREATMENT COSTS OF HIV/AIDS IN PORTUGAL

Julian Perelman^{1,2}, Joana Alves¹, Ana Cláudia Miranda³, Céu Mateus^{1,2}, Kamal Mansinho^{2,3},
 Francisco Antunes⁴, Joaquim Oliveira⁵, José Poças⁶, Manuela Doroana⁴, Rui Marques⁷, Eugénio
 Teófilo⁸, João Pereira^{1,2}

ABSTRACT
 Measuring the cost of treating HIV-infected persons is indispensable for allocating resources, planning future health expenditures, producing budget impact analyses, and defining financing policies that ensure universal high-quality treatments at reasonable cost. The present study aims at estimating the direct medical costs of HIV/AIDS in Portugal from the National Health Service (NHS) perspective.
 A retrospective analysis of patient records was conducted for a sample of 150 patients from five specialised centres. Data on utilization of medical resources and patients' characteristics were collected over a time horizon of 12 months. A unit cost was applied to each care component using official sources and accounting data from NHS hospitals.
 The average cost of treatment is 14,274€ per patient-year. The main cost-driver is antiretroviral treatment (ART) (9,598€), followed by inpatient costs (1,323€). Treatment costs increase with the severity of disease from 11,901€ (<math>< 500</math> CD4 cells/
 In Portugal, the high burden related to ART is counterbalanced by relatively low in-patient costs, which however increase with severity of disease. Nonetheless, the relatively modest progression of total costs highlights that alternative public health strategies that do not affect transmission of disease may only have a limited impact on expenditures, since treatment costs are largely dominated by constant ART costs.

Cost-effectiveness of expanded testing

(Julian Perelman et al, ENSP, CNLCCS, 2011)

Cost-effectiveness of one-time expanded testing improves with higher estimated undiagnosed prevalence

- Lisboa 0.39%, Setúbal 0.33%, Porto 0.26%, Faro 0.26%
- Highly cost-effective among high-risk groups (undiagnosed prevalence >1%): MSM, IDUs
- Additional preliminary results for IDUs: testing cost-effective every 5 years

LIGAÇÕES PERIGOSAS ?

Responda quem souber

Os médicos não podem continuar a ser os "bodes expiatórios" do mau funcionamento do sistema

José M. D. Peças



Velhos Problemas e Novos Contextos: Uma Realidade Inversa?

("... hoje assistimos a um regresso ao séc. XVIII: ao despojar o Estado das suas responsabilidades e prerrogativas, minámos a sua reputação..." sic. Tony Judt, in Jornal The Guardian; "... uma das características do Liberalismo Social foi a renúncia a políticas redistributivas e a políticas fiscais progressistas..." sic. Viveç Navarro in Revista Sistema)

• Perguntas Incómodas, mas Pertinentes:

• Fará algum sentido?

- O preço dos medicamentos variar de Hospital para Hospital num mesmo país!
- O preço do medicamento ser determinado com base numa negociação que envolve volumes de vendas que remetem para várias especialidades, e isso pesar nas estratégias de tratamento dentro de cada hospital;
- O preço compreensivo pago para os doentes com HIV ter sido calculado para os doentes "naíve", e ser agora aplicado a todos, sem se ter em conta o custo das terapêuticas de resgate;
- O modelo experimental concebido para o preço compreensivo dos doentes com HCV só prever a biterapia, e só abranger alguns hospitais! (> 150 doentes);
- Os Hospitais PPP terem ficado de fora das negociações na ARSLVT (ex: Cascais, Loures, VF Xira, etc);
- Os Hospitais incluídos em ULS não receberem nenhuma verba decorrente da aplicação daquilo que se prevê para o preço compreensivo do doente com HIV (ex: Matosinhos);
- Qual será o Hospital que trata doentes a 402 euros/mês?!...

ACESSIBILIDADE
Direito de Todos



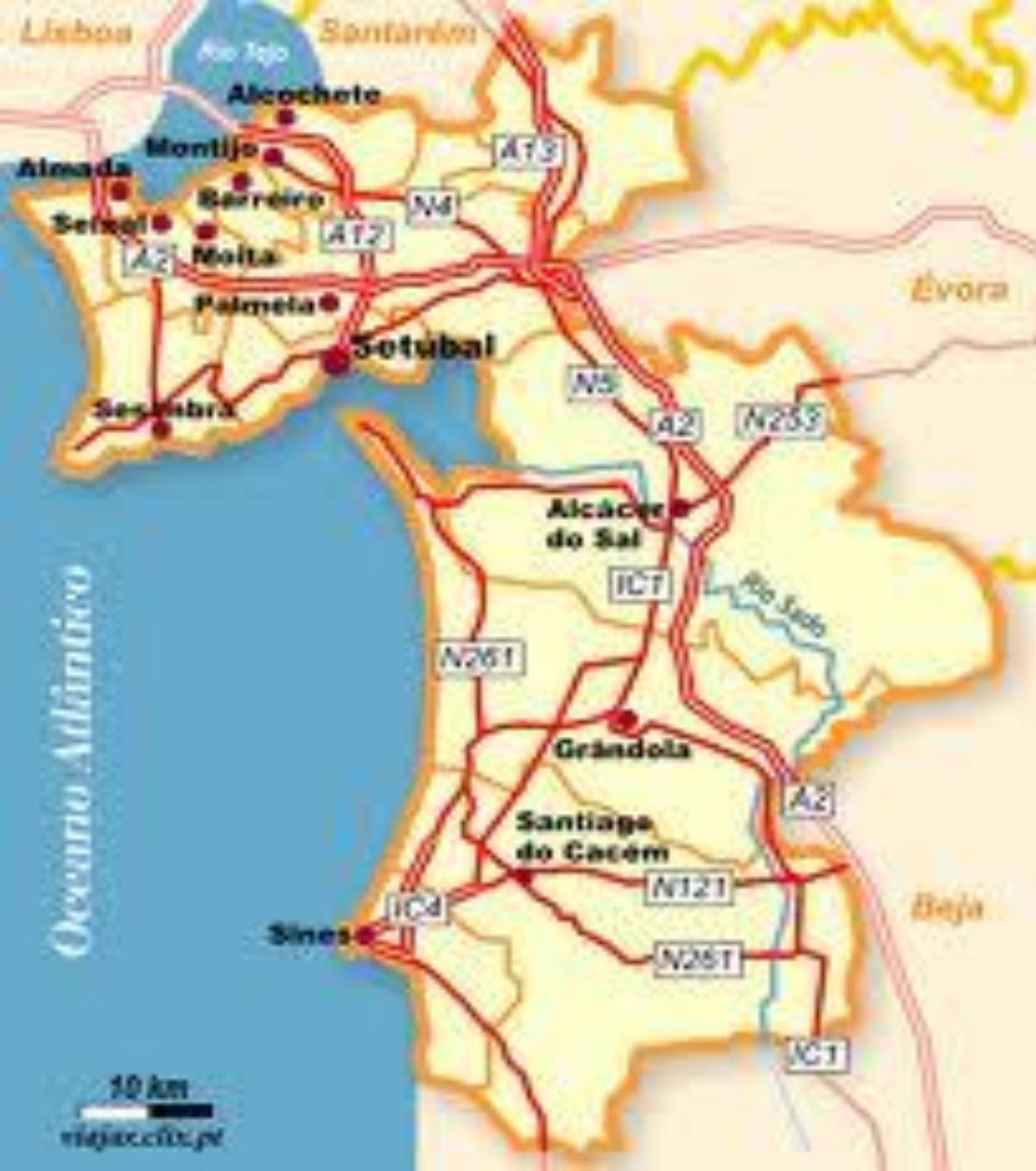
III)- GEOGRAFIA e ASSECIBILIDADE

acessibilidade
um dia você também pode precisar!



TURISMO E
ACESSIBILIDADE







ALMADA

MONTIJO

ALCOCHETE

MONTIJO

BARREIRO

MOITA

PALMELA

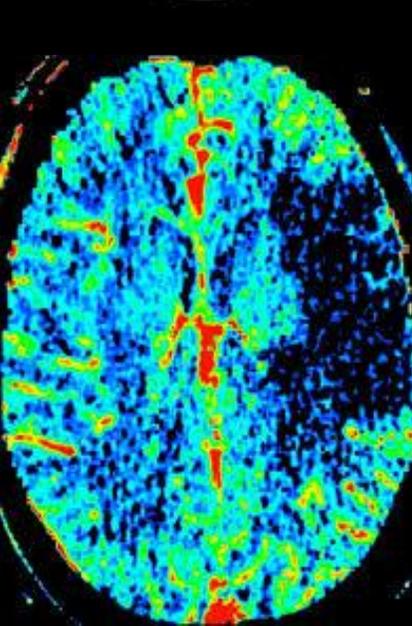
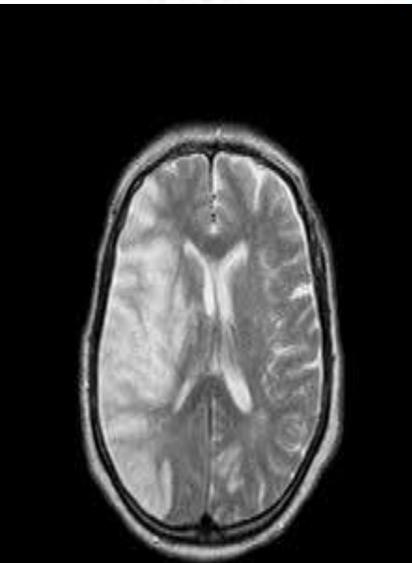
SETÚBAL

SETÚBAL

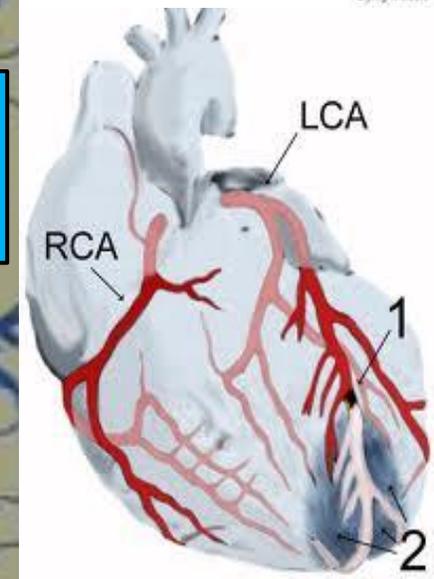
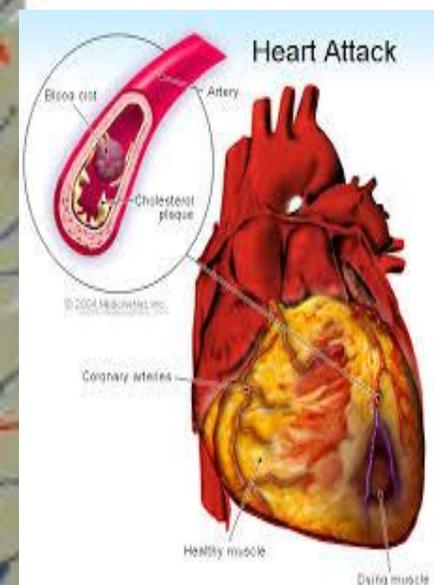
SESIMBRA



AVC



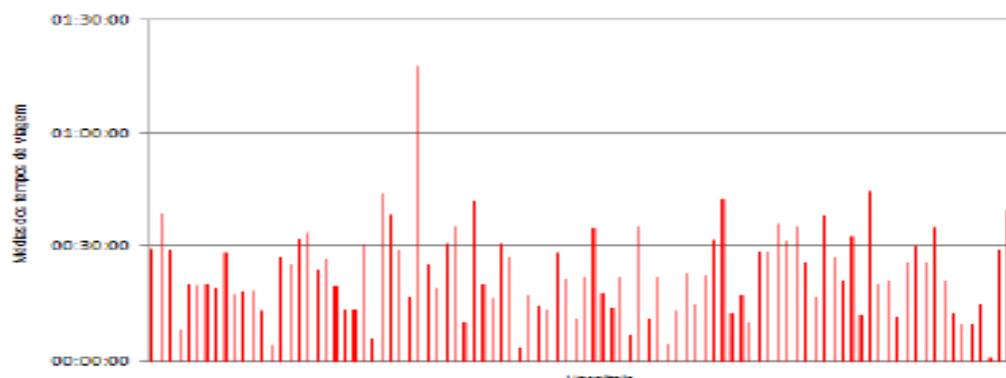
EAM





RELATÓRIO SOBRE A REDE HOSPITALAR COM FINANCIAMENTO PÚBLICO

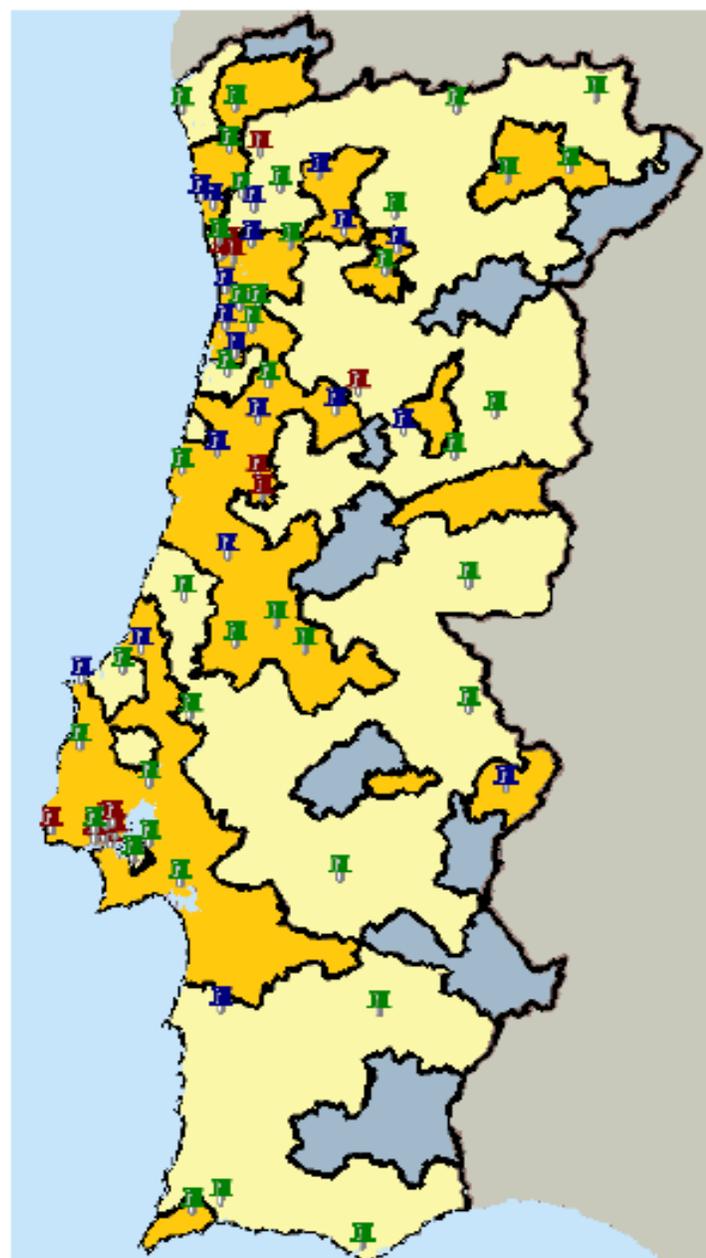
Figura 3 – Médias dos tempos de viagem entre os concelhos abrangidos e os hospitais gerais ponderadas pelas populações¹⁵



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SRER, do Portal da Saúde, das IPSS e das ARS.

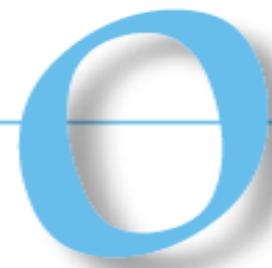
15 DE JULHO DE 2011

Figura 4 – Hospitais públicos gerais com áreas de abrangência limitadas até 60 minutos de viagem em estrada



- Central
- Distrital
- Nivel 1
- Áreas com uma ou mais sobreposições
- Áreas sem sobreposição
- Áreas não abrangidas até 60 minutos

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SRER, do Portal da Saúde e do Portal de Codificação e dos GDH.



opinião



José M. D. Poças

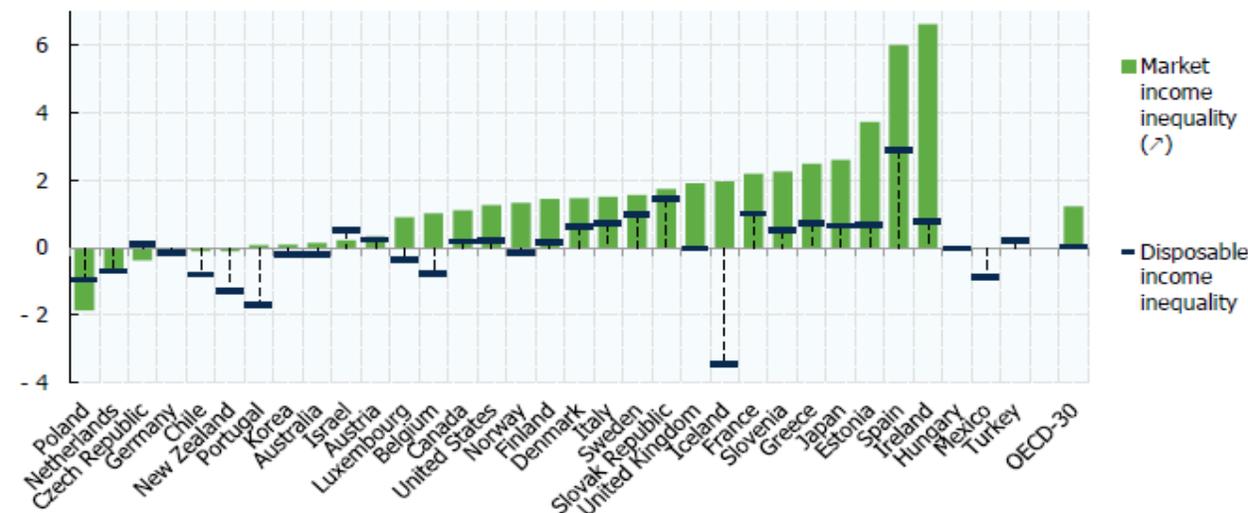
Médico Especialista em Medicina Interna e Infeciologia
Chefe de Serviço e Diretor do Serviço de Doenças Infecciosas do
CHS HSB Setúbal



As implicações da crise económico-social no âmbito das doenças transmissíveis

Texto de uma palestra efetuada sobre o tema 'as implicações da crise económico-social: algumas considerações no âmbito das doenças transmissíveis' numa mesa redonda organizada pela Fundação para a Saúde – SNS, em 26 de Janeiro de 2013, em Setúbal, naquela que foi a sua 1ª reunião distrital nacional.

Figure 1. Percentage point changes in the Gini coefficient of household market and disposable incomes in OECD countries between 2007–2010.



Source: OECD (2013), 'Crisis squeezes income and puts pressure on inequality and poverty'

Note: The Gini coefficient is a measure of the income distribution of a country, where 0 represents complete equality and 1 represents complete inequality.

Figure 3. Social determinants, vulnerabilities and health inequalities



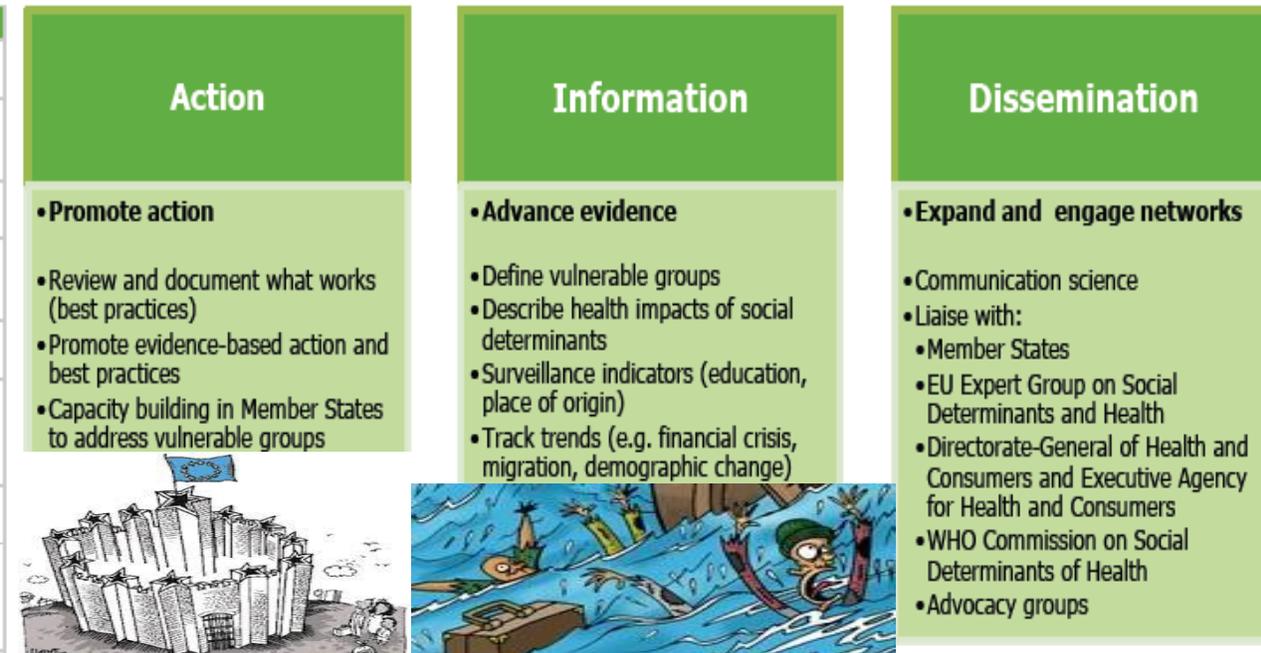
TECHNICAL REPORT

Health inequalities, the financial crisis, and infectious disease in Europe

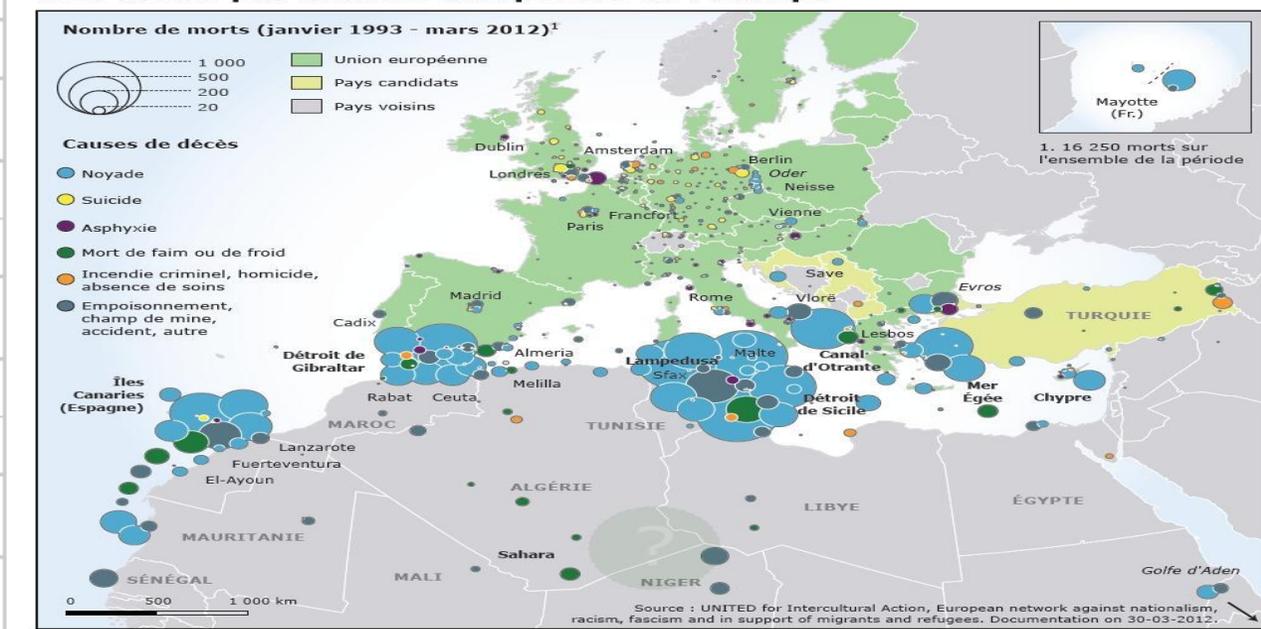
Table 1. Selected examples of infectious diseases impacted by social determinants in Europe, 1999–2010 (adapted from Semenza JC 2010)

Infection	Health endpoint	Social determinants and site of study	Ref
Campylobacter	Intestinal disease	Pakistani community at greater risk of infection than White community in England.	[22]
Clostridium botulinum	Progressive bulbar palsy, diplopia, dysarthria, and a positive electromyography (EMG) test	Injecting heroin drug users at risk, Dublin, Ireland.	[23]
Common childhood pathogens	Infectious/parasitic diseases	High infection rates found in children in a lower socioeconomic area in Romania (Moldova)	[24]
Cytomegalovirus (CMV)	infectious mononucleosis, with fever, and mild hepatitis; congenital abnormalities	Low socioeconomic status and social environment risk factor for CMV seroprevalence and congenital CMV infection in Helsinki, Finland.	[25]
Bacillus anthracis	Inflammation or abscesses related to sites of heroin injection; death	Outbreak among (predominantly) people who inject drugs in Scotland	[26]
Drug-related infections and co-infections	Number of major health consequences	Marginalised (Roma or homeless) people who inject drugs suffer risks from injecting and sexual behavior risks, as well as from poor hygienic living and injecting conditions in Budapest, Hungary	[27]
Flaviviridae (Arbovirus) transmitted by ticks	Tick-borne encephalitis (TBE)	Socio-economic factors influence transmission of TBE in Central and Eastern European countries.	[28]
Herpes simplex virus type 1 (HSV1) and 2 (HSV2)	Significant morbidity, and HSV2 is considered a risk factor for HIV transmission	HSV1 seroprevalence increase with age among people of Turkish and Moroccan origin, men who have sex with men, and individuals with low educational level in Amsterdam, Netherlands.	[29]
Neisseria meningitidis (meningococcus)	Meningococcal disease	Parental smoking and unfavorable socioeconomic circumstances among children in the Czech Republic.	[30]
Rubella	Terminations and congenital rubella syndrome (CRS)	Low socioeconomic status associated with low rubella seropositivity in Dogankent Health Center, in Turkey.	[31]
Hepatitis A	Acute infectious disease of the liver	Outbreak in Lomnička, a village in the eastern part of Slovakia among the Roma population associated with low socio-economic conditions.	[32]
Hepatitis B	Malignant and non-malignant liver disease	Immigrant women in Greece significant higher prevalence.	[33]
Influenza	Vaccine coverage	Lower vaccine uptake in socio-economically deprived populations in Britain.	[34]
Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA)	Postoperative infection	Patients from the most deprived areas at higher infection risk than those from the least deprived areas in England.	[35]
Neisseria meningitidis	Meningitis	Association with area deprivation of socio-economic environment in England.	[36]
Sexually transmitted diseases (STI)	STI	High-risk sexual behavior among immigrant groups in Amsterdam.	[37]
Toxoplasmosis	Encephalitis and congenital malformations	Migrants in Northern Italy not correctly monitored for toxoplasmosis during pregnancy, which precludes timely application of preventive measures.	[38]
Puumala virus (PUUV)	Nephropathia epidemica, a mild form of hemorrhagic fever with renal syndrome (HFRS)	PUUV infection risk higher among low-income populations in remote forest areas, where level of urbanization is low in Belgium.	[39]

Figure 6. The AID framework for addressing health inequalities and infectious disease in Europe.

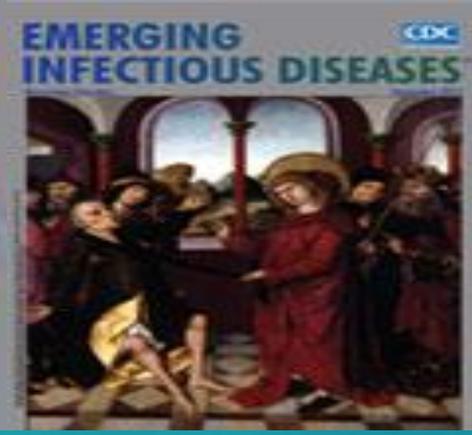


Des morts par milliers aux portes de l'Europe



© Migreurop (2012) *Atlas des migrants en Europe. Géographie critique des politiques migratoires*, Paris, Armand Colin, 144 p. Carte réalisée par Nicolas Lambert

EMERGING
INFECTIOUS DISEASES



PERSPECTIVE

The New Global Health

Kevin M. De Cock, Patricia M. Simone, Veronica Davison, and Laurence Slutsker

“... AS DISPARIDADES ATUAIS NO DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE SÃO TÃO NOTÓRIAS ENTRE OS DIVERSOS PAÍSES, COMO NO SEU PRÓPRIO SEIO... DE TAL MODO QUE, O GRANDE LEMA ATUAL É O DE QUE NENHUM PAÍS POR SI SÓ É AUTOSSUFICIENTE PARA OS ASSEGURAR DE FORMA GENERALIZADA E ADEQUADA ...” (SIC.)



Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010

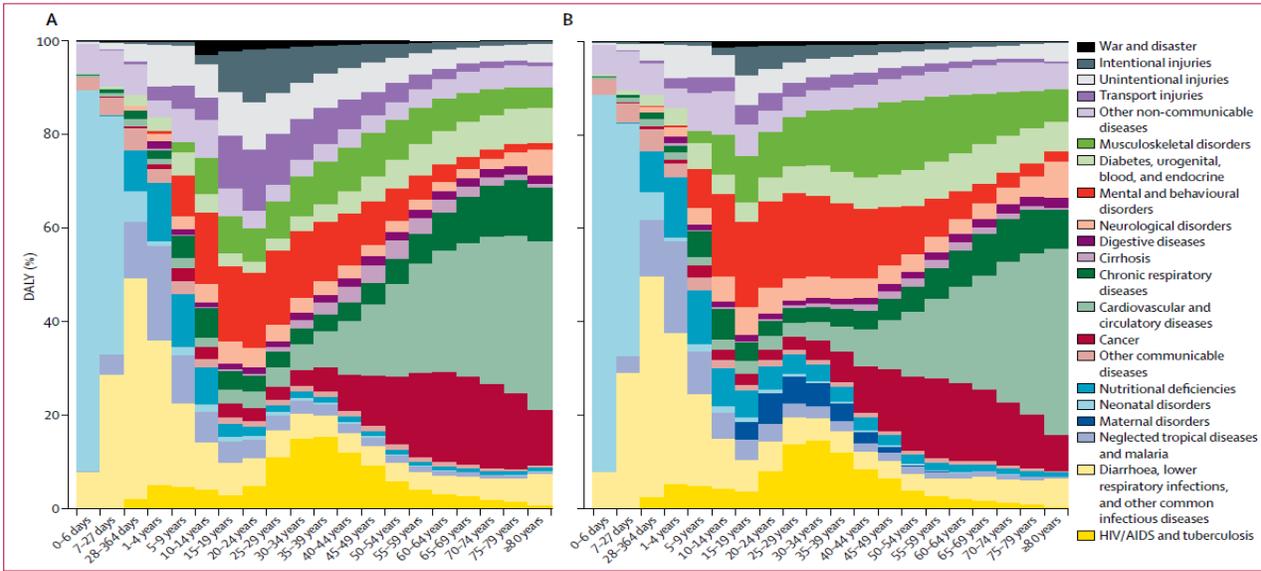


Figure 2: Percentage of global disability-adjusted life years by age, sex, and cause in 2010
 Distribution of DALYs for male individuals (A) and female individuals (B). DALY=disability-adjusted life years. An interactive version of this figure is available online at <http://healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/regional>.

	All causes	Communicable, maternal, neonatal, and nutritional disorders	Non-communicable diseases	Injuries
1990 DALYs (thousands)	2 502 601	1 181 610	1 075 297	245 694
DALYs expected with 2010 population, 1990 population age structure, 1990 DALY rates (thousands)	3 444 678	1 744 235	1 374 650	325 793
DALYs expected with 2010 population, 2010 population age structure, 1990 DALY rates (thousands)	3 386 762	1 481 435	1 579 654	325 673
2010 DALYs (thousands)	2 490 385	868 024	1 343 696	278 665
Percentage change from 1990 due to population growth	37.6%	47.6%	27.8%	32.6%
Percentage change from 1990 due to population ageing	-2.3%	-22.2%	19.1%	0.0%
Percentage change from 1990 due to change in DALY rates	-35.8%	-51.9%	-21.9%	-19.1%
Percentage change from 1990 to 2010	-0.5%	-26.5%	25.0%	13.4%

DALY=disability-adjusted life years.

Table 2: Decomposition analysis of the change of global disability-adjusted life years (thousands) by level 1 causes from 1990 to 2010 into total population growth, population ageing, and changes in age-specific, sex-specific, and cause-specific disability-adjusted-life-year rates

Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010

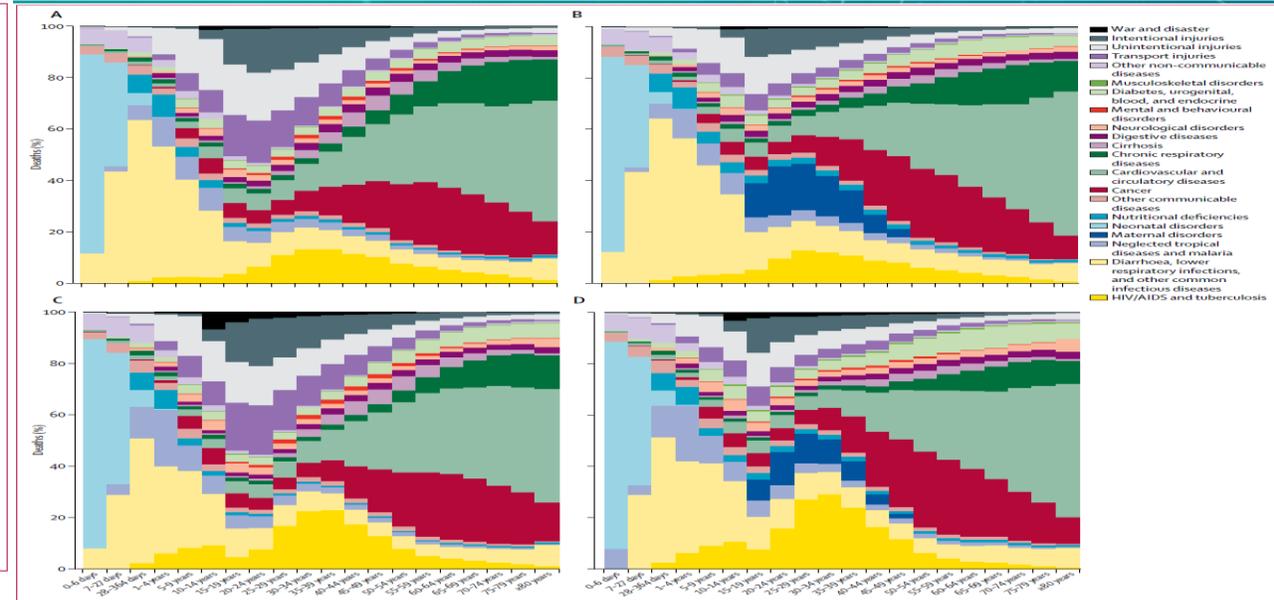


Figure 3: Percentage of global deaths for female and male individuals in 1990 and 2010 by cause and age
 (A) Male individuals, 1990. (B) Female individuals, 1990. (C) Male individuals, 2010. (D) Female individuals, 2010. An interactive version of this figure is available online at <http://healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/regional>.

	All causes	Communicable, maternal, neonatal, and nutritional disorders	Non-communicable diseases	Injuries
1990 deaths (thousands)	46 511	15 859	26 560	4 092
Deaths expected with 2010 population, 1990 population age structure, 1990 death rates (thousands)	61 307	23 295	32 647	5 365
Deaths expected with 2010 population, 2010 population age structure, 1990 death rates (thousands)	70 316	21 513	43 062	5 741
2010 deaths (thousands)	52 770	13 156	34 540	5 073
Percentage change from 1990 due to population growth	31.8%	46.9%	22.9%	31.1%
Percentage change from 1990 due to population ageing	19.4%	-11.2%	39.2%	9.2%
Percentage change from 1990 due to change in death rates	-37.7%	-52.7%	-32.1%	-16.3%
Percentage change from 1990 to 2010	13.5%	-17.0%	30.0%	24.0%

Table 1: Decomposition analysis of the change of global death numbers (thousands) by level 1 causes from 1990 to 2010 into total population growth, population ageing, and changes in age-specific, sex-specific, and cause-specific death rates

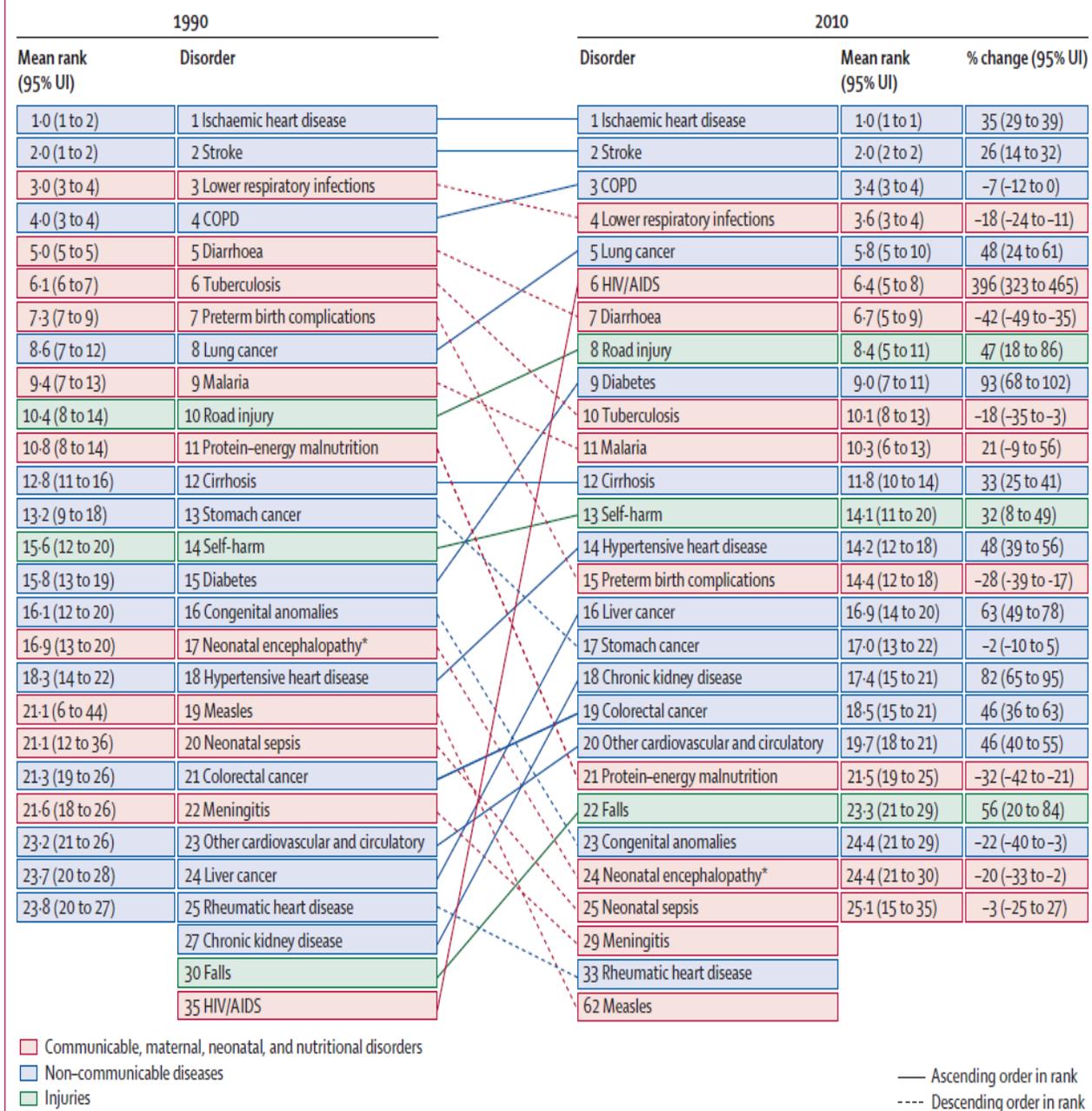


Figure 4: Global death ranks with 95% UIs for the top 25 causes in 1990 and 2010, and the percentage change with 95% UIs between 1990 and 2010. UI=uncertainty interval. COPD=chronic obstructive pulmonary disease. *Includes birth asphyxia/trauma. An interactive version of this figure is available online at <http://healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/regional>.

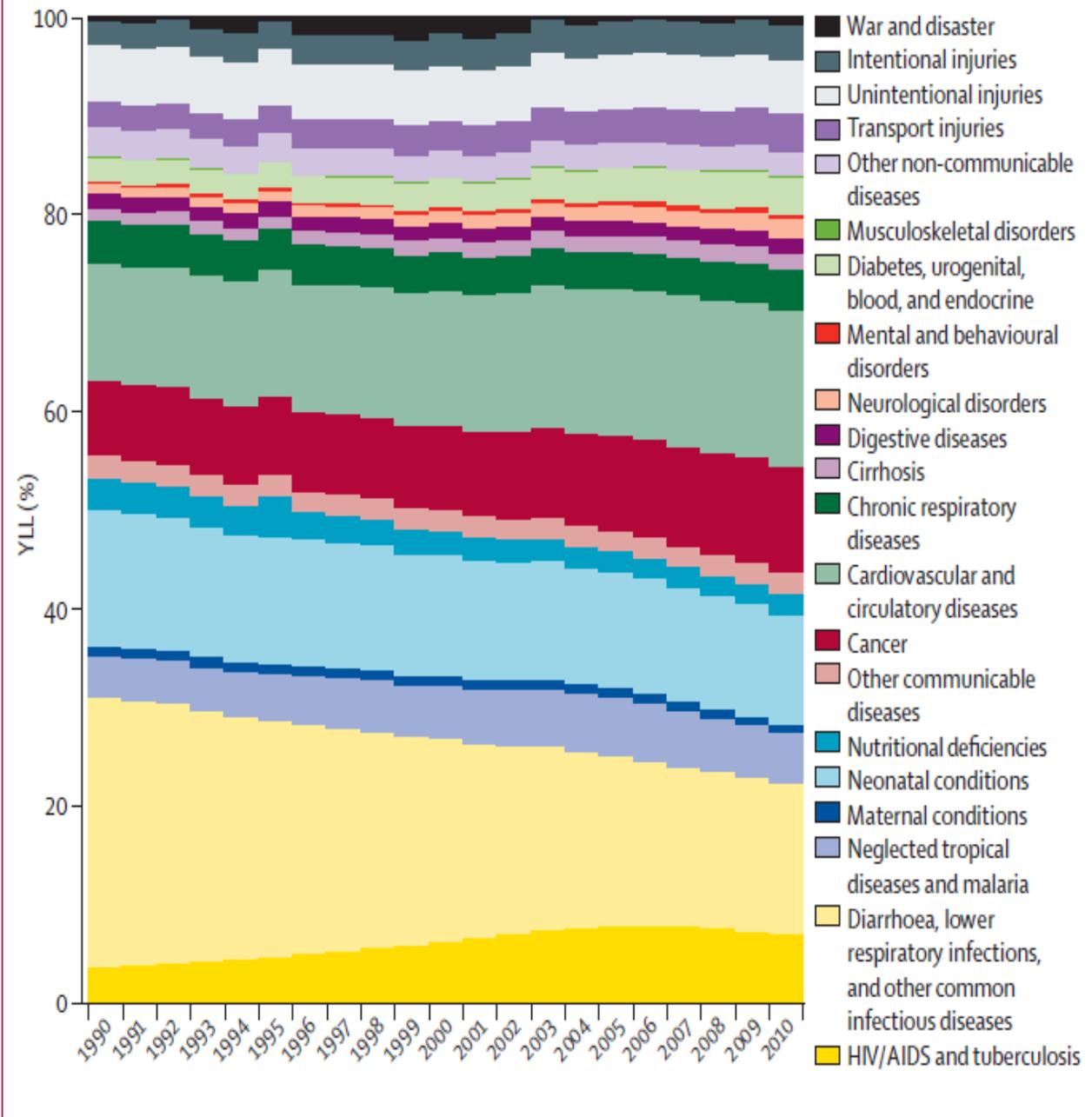


Figure 5: Percentage of global years of life lost (YLLs) from 1990 to 2010 for all ages and both sexes combined by cause and year

Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030

Colin D. Mathers*, Dejan Loncar

Evidence and Information for Policy Cluster, World Health Organization, Geneva, Switzerland

Funding: Financial support for this project was provided by the World Health Organization (WHO) Department of Chronic Diseases and Health Promotion and the WHO Commission on Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health. The funders had no role in study design, data collection and analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript.

Competing Interests: The authors have declared that no competing interests exist.

Academic Editor: Jon Samet, Johns Hopkins School of Public Health, United States of America

Citation: Mathers CD, Loncar D (2006) Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 3(11): e442. doi:10.1371/journal.pmed.0030442

Received: January 27, 2006
Accepted: September 5, 2006
Published: November 28, 2006

Copyright: © 2006 Mathers and Loncar. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Abbreviations: ART, antiretroviral therapy; COPD, chronic obstructive pulmonary disease; CRA, Comparative Risk Assessment; DALY, disability-adjusted life year; DOTS, directly observed therapy, short-course; GBD, Global Burden of Disease; GDP, gross domestic product; ICD, International Classification of Diseases; S/I, smoking impact ratio; UNAIDS, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; YLD, years lived with disability; YLL, years of life lost due to mortality

* To whom correspondence should be addressed. E-mail: mathersc@who.int

ABSTRACT

Background

Global and regional projections of mortality and burden of disease by cause for the years 2000, 2010, and 2030 were published by Murray and Lopez in 1996 as part of the Global Burden of Disease project. These projections, which are based on 1990 data, continue to be widely quoted, although they are substantially outdated; in particular, they substantially underestimated the spread of HIV/AIDS. To address the widespread demand for information on likely future trends in global health, and thereby to support international health policy and priority setting, we have prepared new projections of mortality and burden of disease to 2030 starting from World Health Organization estimates of mortality and burden of disease for 2002. This paper describes the methods, assumptions, input data, and results.

Methods and Findings

Relatively simple models were used to project future health trends under three scenarios—baseline, optimistic, and pessimistic—based largely on projections of economic and social development, and using the historically observed relationships of these with cause-specific mortality rates. Data inputs have been updated to take account of the greater availability of death registration data and the latest available projections for HIV/AIDS, income, human capital, tobacco smoking, body mass index, and other inputs. In all three scenarios there is a dramatic shift in the distribution of deaths from younger to older ages and from communicable, maternal, perinatal, and nutritional causes to noncommunicable disease causes. The risk of death for children younger than 5 y is projected to fall by nearly 50% in the baseline scenario between 2002 and 2030. The proportion of deaths due to noncommunicable disease is projected to rise from 59% in 2002 to 69% in 2030. Global HIV/AIDS deaths are projected to rise from 2.8 million in 2002 to 6.5 million in 2030 under the baseline scenario, which assumes coverage with antiretroviral drugs reaches 80% by 2012. Under the optimistic scenario, which also assumes increased prevention activity, HIV/AIDS deaths are projected to drop to 3.7 million in 2030. Total tobacco-attributable deaths are projected to rise from 5.4 million in 2005 to 6.4 million in 2015 and 8.3 million in 2030 under our baseline scenario. Tobacco is projected to kill 50% more people in 2015 than HIV/AIDS, and to be responsible for 10% of all deaths globally. The three leading causes of burden of disease in 2030 are projected to include HIV/AIDS, unipolar depressive disorders, and ischaemic heart disease in the baseline and pessimistic scenarios. Road traffic accidents are the fourth leading cause in the baseline scenario, and the third leading cause ahead of ischaemic heart disease in the optimistic scenario. Under the baseline scenario, HIV/AIDS becomes the leading cause of burden of disease in middle- and low-income countries by 2015.

Conclusions

These projections represent a set of three visions of the future for population health, based on certain explicit assumptions. Despite the wide uncertainty ranges around future projections, they enable us to appreciate better the implications for health and health policy of currently observed trends, and the likely impact of fairly certain future trends, such as the ageing of the population, the continued spread of HIV/AIDS in many regions, and the continuation of the epidemiological transition in developing countries. The results depend strongly on the assumption that future mortality trends in poor countries will have a relationship to economic and social development similar to those that have occurred in the higher-income countries.

The Editors' Summary of this article follows the references.

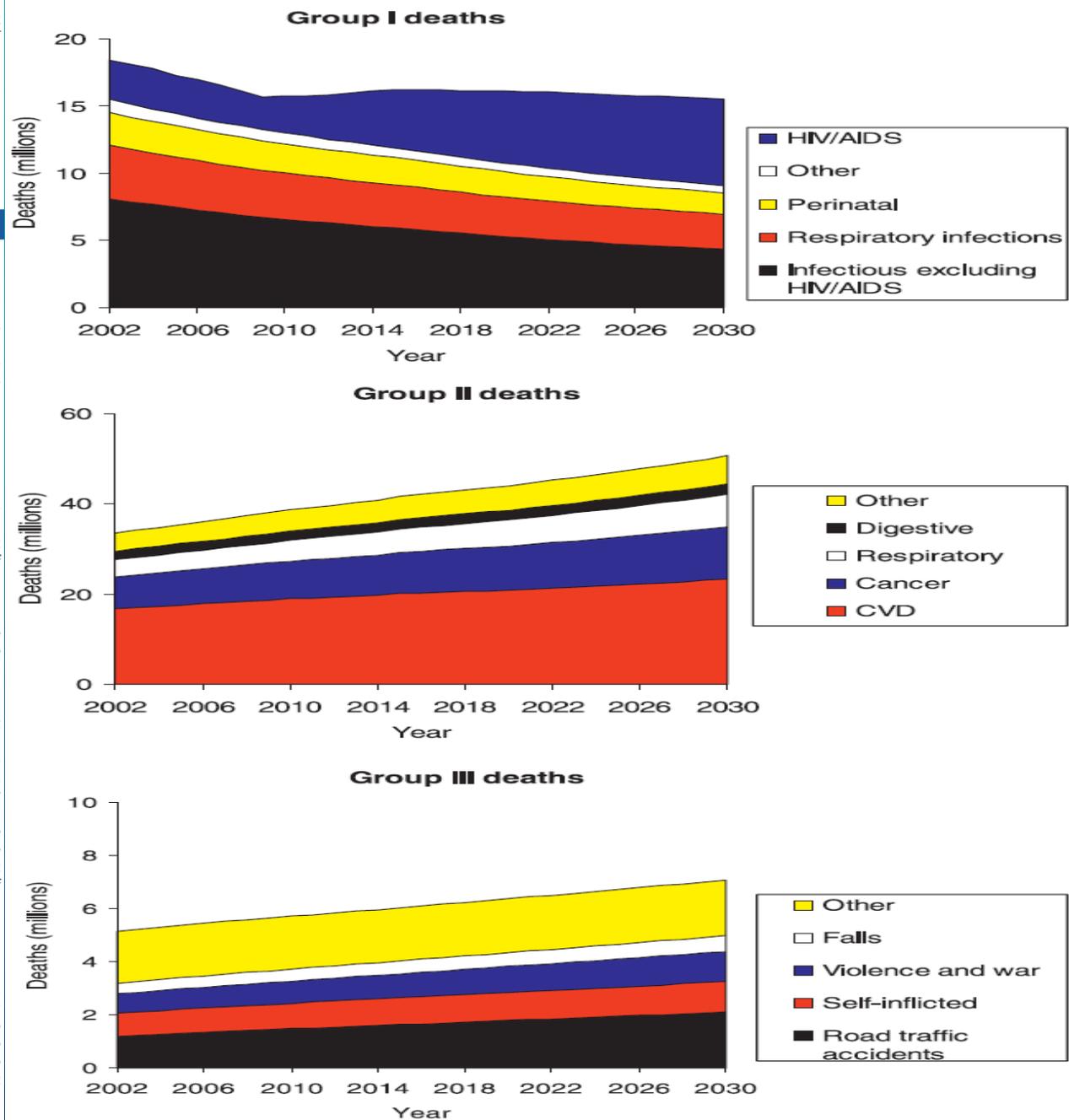


Figure 3. Baseline Projections of Deaths from Group I, Group II, and Group III Causes, World, 2002–2030
 doi: 10.1371/journal.pmed.0030442.g003

Table 2. Changes in Rankings for 15 Leading Causes of Death, 2002 and 2030 (Baseline Scenario)

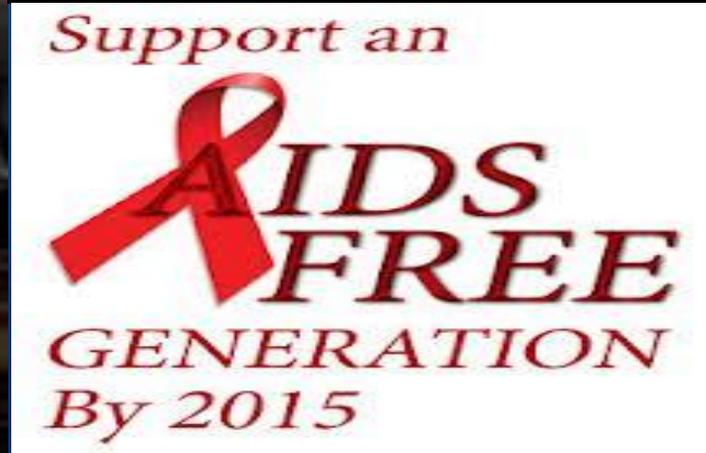
Category	Disease or Injury	2002 Rank	2030 Ranks	Change in Rank
Within top 15	Ischaemic heart disease	1	1	0
	Cerebrovascular disease	2	2	0
	Lower respiratory infections	3	5	-2
	HIV/AIDS	4	3	+1
	COPD	5	4	+1
	Perinatal conditions	6	9	-3
	Diarrhoeal diseases	7	16	-9
	Tuberculosis	8	23	-15
	Trachea, bronchus, lung cancers	9	6	+3
	Road traffic accidents	10	8	+2
	Diabetes mellitus	11	7	+4
	Malaria	12	22	-10
	Hypertensive heart disease	13	11	+2
	Self-inflicted injuries	14	12	+2
	Stomach cancer	15	10	+5
Outside top 15	Nephritis and nephrosis	17	13	+4
	Colon and rectum cancers	18	15	+3
	Liver cancers	19	14	+5

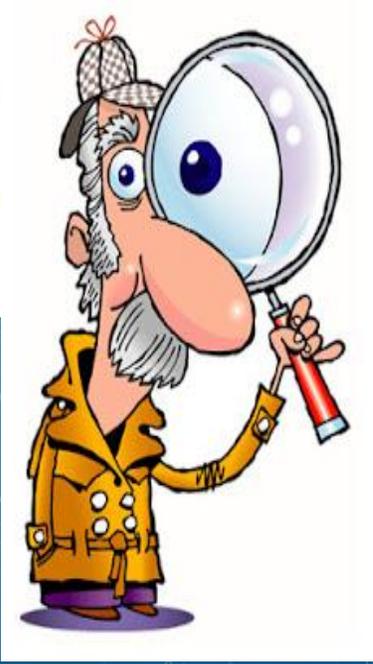
doi: 10.1371/journal.pmed.0030442.t002

Table 5. Changes in Rankings for 15 Leading Causes of DALYs, 2002 and 2030 (Baseline Scenario)

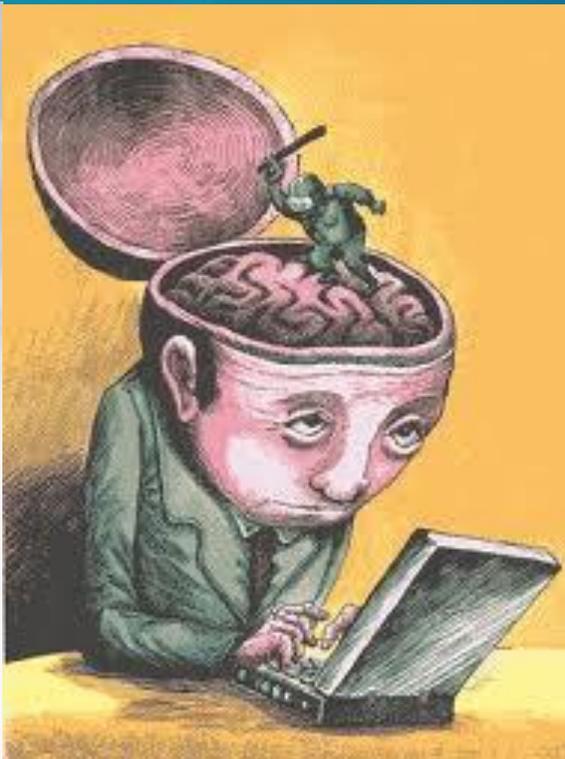
Category	Disease or Injury	2002 Rank	2030 Ranks	Change in Rank
Within top 15	Perinatal conditions	1	5	-4
	Lower respiratory infections	2	8	-6
	HIV/AIDS	3	1	+2
	Unipolar depressive disorders	4	2	+2
	Diarrhoeal diseases	5	12	-7
	Ischaemic heart disease	6	3	+3
	Cerebrovascular disease	7	6	+1
	Road traffic accidents	8	4	+4
	Malaria	9	15	-6
	Tuberculosis	10	25	-15
	COPD	11	7	+4
	Congenital anomalies	12	20	-8
	Hearing loss, adult onset	13	9	+4
	Cataracts	14	10	+4
	Violence	15	13	+2
Outside top 15	Self-inflicted injuries	17	14	+3
	Diabetes mellitus	20	11	+9

doi: 10.1371/journal.pmed.0030442.t005





V)-CONCLUSÕES



PROPOSTAS PARA A RESOLUÇÃO DESTES PROBLEMAS

Preâmbulo de Considerandos

- 1)- A autonomia regional como princípio deve implicar uma população mínima de cerca de 1.000.000 de habitantes;
- 2)- O Alentejo tem vindo a perder sistematicamente população, não ultrapassando presentemente os 750.000 habitantes, ao contrário da Península de Setúbal que possui, segundo o censo de 2011, uma população semelhante, sendo apenas 1/6 da sua área;
- 3)- As boas vias de comunicação existentes, a capacidade instalada, a diferenciação dos recursos médicos especializados, bem como a tradição de assistir as populações do Litoral do Alentejo e de outras freguesias limítrofes do Distrito de Évora
- 4)- A centralidade geográfica da Cidade de Setúbal relativamente ao território que corresponde ao Distrito com o mesmo nome

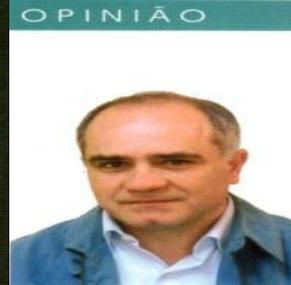
Proponho

- 1)- Que se crie uma região de saúde que resulte da fusão do Alentejo com os Concelhos da Península de Setúbal (ou pelo menos, dos que estão sob a responsabilidade direta do CHS, uma vez que os restantes se poderão eventualmente enquadrar no arco circundante de Lisboa);
- 2)- Que o Hospital de Setúbal assuma definitivamente a responsabilidade da assistência da população do Litoral do Alentejo para as Especialidades Médicas não básicas (pelo menos, no imediato, nas de média diferenciação);
- 3)- Que no caso concreto da Infeciologia, o médico especialista que venha a ser colocado no HLA no Concurso recentemente aberto, transite de seguida para o HSB, integrando o seu Serviço, com o compromisso de se deslocalizar a Consulta Externa desta especialidade nesse Hospital e na Prisão do Pinheiro da Cruz, bem como de uma assessoria aos colegas e aos Serviços da Unidade Local de Saúde onde o HLA está inserido



José M. D. Poças

Diretor do Serviço de Doenças Infecciosas do CHS HSB Setúbal



OPINIÃO

Carta Aberta aos Colegas Directores de Serviço dos Hospitais Públicos Nacionais

Carta aberta ao CA do Hospital onde Trabalho

▶ Propostas (I)

- 1)– Compra centralizada dos Medicamentos
- 2)– Preço de referência igual p/ fármacos do mesmo grupo farmacológico e geração
- 3)– Preço das coformulações idêntico ao da soma dos seus componentes (incluindo genéricos)
- 4)– Estabelecimento de um n° máximo de doentes a serem tratados anualmente para as patologias que utilizem fármacos inovadores c/ impacto económico significativo (acima desse valor a IF suportaria os custos)
- 5)– Financiamento específico adequado p/ patologia (HIV, HCV);
- 6)– O pagamento ao Hospital prestador deverá acompanhar o doente (e a doença)
- 7)– Informatização do PC e avaliação periódica de resultados

▶ Propostas (II)

- 8)– Constituição de uma CFT nacional c/ funções de (no âmbito do INFARMED)
 - Atualizar o formulário terapêutico nacional hospitalar
 - Elaboração de “*guidelines*” nacionais
 - Avaliação farmacoeconómica prévia dos medicamentos inovadores
 - Atribuição dos regimes de comparticipação
 - Negociação dos preços
 - Negociação do n° máximo de doentes cujo tratamento anual é comparticipado pelo SNS das patologias c/ elevada despesa associada
 - Definir as condições dos programas de financiamento específicos p/ patologias cujo tratamento comporte um impacto económico significativo

P
Público

FFIM



ENRIC VIVES-RUBIO

Profissionais no SNS reduziram-se em 2,8% desde 2010

Mais de 10.500 médicos e enfermeiros abandonaram SNS em 2012

PÚBLICO

“ Daniel Innerarity
A maior parte dos problemas que temos vêm não do facto de o poder ser demasiado forte, mas do facto de o poder ser demasiado fraco

É impossível governar as pessoas sem compreender as suas razões. Em muitos casos, os que são mandados sabem muito mais do que quem governa

” Daniel Innerarity **PÚBLICO**