



**REPÚBLICA
PORTUGUESA**

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO
DOS ASSUNTOS PARLAMENTARES

Exma. Senhora
Chefe do Gabinete de Sua Excelência o
Presidente da Assembleia da República
Dra. Maria José Ribeiro

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
		Nº: 2821 ENT.: 6066 PROC. Nº:	09/08/2017

ASSUNTO: Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e Entidades Convencionadas ano 2016 - Lei n.º 15/2014, de 21 de março

Encarrega-me o Secretário de Estado dos Assuntos Parlamentares de, considerando o disposto no n.º 1 do art.º 30.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março e conforme solicitado pelo Gabinete do Senhor Ministro da Saúde, através do ofício n.º 5934, datado de 09 de agosto, cuja cópia segue em anexo, enviar o Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e Entidades Convencionadas, relativo ao ano de 2016.

Com os melhores cumprimentos,

O Chefe do Gabinete

Nuno Araújo



Exmo. Senhor
Eng.º Nuno Araújo
Chefe do Gabinete de Sua Excelência
o Secretário de Estado dos Assuntos
Parlamentares
Palácio de São Bento (A.R.)
1249-068 Lisboa

SUA REFERÊNCIA

SUA COMUNICAÇÃO DE

NOSSA REFERÊNCIA

DATA

N.º:
ENT.: 030.20.02/2017
PROC. N.º:

Assunto: Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e Entidades Convencionadas ano 2016
- Lei n.º 15/2014, de 21 de março.

Nos termos e para os efeitos do disposto no n.º 1 do art.º 30º da Lei n.º 15/2014 de 21 de março, encarrega-me o Sr. Ministro da Saúde de junto remeter a V. Exa. o Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e Entidades Convencionadas, relativo ao ano de 2016, agradecendo a sua apresentação à Assembleia da República.

Com os melhores cumprimentos,

A Chefe do Gabinete

(Paula Maia Fernandes)

Relatório Anual

ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE NOS ESTABELECIMENTOS
DO SNS E ENTIDADES CONVENCIONADAS

2016



Relatório Anual

ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE NOS
ESTABELECIMENTOS DO SNS E ENTIDADES
CONVENCIONADAS EM 2016

Lei n.º 15/2014, de 21 de março*

Índice

Considerações prévias	17
Sumário executivo	19
Parte I – Modelo organizacional para a prestação de cuidados de saúde	27
1. Indicadores populacionais demográficos e de saúde	29
2. Programas de saúde prioritários.....	33
3. Cuidados de saúde primários.....	35
4. Cuidados de saúde hospitalares.....	49
5. Cuidados continuados integrados.....	59
6. Cuidados paliativos.....	65
7. Saúde mental	67
8. Integração de cuidados e literacia em saúde – SNS + <i>proximidade</i>	71
9. Articulação com o setor social e convencionado	73
10. Acordos internacionais para a prestação de cuidados de saúde	75
11. Requalificação dos recursos humanos no SNS	81
12. Investimentos em instalações e equipamentos no SNS.....	83
13. Acreditação e avaliação externa da qualidade	93
14. SNS digital	95
14.1 SIGA SNS – Sistema de Gestão Integrado do Acesso no SNS	95
14.2 SClínico Hospitalar	98
14.3 Sistema de Informação para a Morbilidade Hospitalar (SIMH)	99
14.4 Sistema de Gestão de Entidades de Saúde	100
14.5 SISO – Sistema de Informação para a Saúde Oral	100
14.6 SISBAS – Sistema de Informação sobre Benefícios Adicionais em Saúde	101
14.7 Sistema de Gestão de Transporte Não Urgente de Doentes.....	102
14.8 PDS - Plataforma de Dados da Saúde	102
14.9 RENTEV – Registo Nacional do Testamento Vital	107
14.10 Receita sem Papel - Desmaterialização Eletrónica da Receita.....	108
14.11 Exames Sem Papel - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.....	110
14.12 Prescrição de medicamentos biológicos.....	110

14.13 Desmaterialização da Prescrição de Cuidados Respiratórios Domiciliários	111
14.14 Rede Informática da Saúde (RIS) - Melhor rede informática e maior qualidade nos serviços do SNS	112
14.15 Registo oncológico nacional	113
14.16 Estratégia Nacional para o Ecossistema de Informação de Saúde 2020	113
15. SIMPLEX+ Saúde	115
Parte II – Acesso a áreas específicas da prestação de cuidados de saúde	117
1. Linha Saúde 24	118
2. Emergência Médica.....	124
3. Transporte não urgente de doentes.....	128
4. Taxas moderadoras	130
5. Programa Nacional de Vacinação.....	132
6. Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral.....	138
7. Pessoa com doença rara	142
8. Cessaçãotabágica	143
9. Sangue	144
10. Transplantação	146
11. Atribuição de produtos de apoio - Ajudas técnicas.....	147
12. Benefícios adicionais em saúde (BAS)	148
13. Dependências: drogas, álcool e jogo	150
14. Centro de Emergências em Saúde Pública (CESP).....	153
15. Acesso ao medicamento	154
16. Procriaçãomedicamenteadministrada (PMA).....	164
Parte III – Síntese de resultados alcançados em 2016	165
1. Cuidados de saúde primários.....	166
2. Cuidados de saúde hospitalares.....	168
2.1 Consultas médicas hospitalares	170
2.2 Análise de primeiras consultas hospitalares do Programa CTH.....	174
2.3 Implementaçãodo mecanismo de Livre Acesso e Circulaçãono SNS	182
2.4 Cirurgia programada	185
2.5 Atendimentos urgentes	193
3. Cuidados continuados integrados.....	195
4. Atividade do setor social e convencionado.....	207
5. Avaliação do sistema de saúde	213
6. Conselho de Ministros dedicado ao SNS - 15 de setembro de 2016	220
Anexos	225

Anexo 1. Medidas SIMPLEX	226
Anexo 2. Medidas aprovadas e ação governativa	229

Índice de Quadros

Quadro 1. Evolução dos principais indicadores de população, natalidade e mortalidade.....	30
Quadro 2. Evolução do número de USF, UCC e UCSP	36
Quadro 3. Composição de Agrupamentos de Centros de Saúde “tipo” a nível nacional.....	37
Quadro 4. Evolução do número de utentes em condições de ter Enfermeiro de Família atribuído ...	39
Quadro 5. Resultados do projeto-piloto de saúde oral.....	40
Quadro 6. Resultados do projeto-piloto de rastreios de saúde visual.....	41
Quadro 7. Número de camas hospitalares do SNS	50
Quadro 8. Cobertura populacional de lugares na RNCCI em 2016	62
Quadro 9. Acordos celebrados no âmbito da RNCCI e entidades prestadoras (a 31 de dezembro de 2016)	63
Quadro 10. Evolução anual do número de Acordos e de Camas Contratadas da RNCCI.....	63
Quadro 11. Número de prestadores de MCDT convencionados, por área clínica.....	74
Quadro 12. Evolução do movimento assistencial de doentes evacuados dos PALOP	79
Quadro 13. Evolução do total de recursos humanos do Ministério da Saúde.....	81
Quadro 14. Projetos de investimento recebidos em 2016 ao abrigo do Despacho n.º 10220/2014, de 8 de agosto.....	83
Quadro 15. Novas unidades de cuidados de saúde primários	85
Quadro 16. Investimentos nos hospitais e ULS da ARS Norte	87
Quadro 17. Investimentos nos hospitais e ULS da ARS Centro	89
Quadro 18. Investimentos nos hospitais da ARS Lisboa e Vale do Tejo	90
Quadro 19. Investimentos nos hospitais e ULS da ARS Alentejo	91
Quadro 20. Investimentos nos hospitais da ARS Algarve	92
Quadro 21. Processos de acreditação em curso e concluídos pelo Departamento da Qualidade na Saúde (DGS)	93
Quadro 22. Programas PNAEQ	94
Quadro 23. Evolução do número de utentes inscritos na Área do Cidadão	105
Quadro 24. Utilização da Plataforma de Dados da Saúde por profissionais de saúde em cuidados de saúde primários	106

Quadro 25. Evolução de registos do Testamento Vital	108
Quadro 26. Evolução do número de receitas com e sem papel	109
Quadro 27. Evolução prescrição eletrónica do medicamento	109
Quadro 28. Prescrições de Cuidados Respiratórios Domiciliários	112
Quadro 29. Prescrições emitidas de CRD por terapia.....	112
Quadro 30. Caracterização do Atendimento na Linha Saúde 24	119
Quadro 31. Caracterização das chamadas para Linha Saúde 24, por módulo de atendimento	119
Quadro 32. Frota do INEM	125
Quadro 33. Evolução do número de acionamentos de meios de emergência, por tipo de meio	127
Quadro 34. Evolução do número de transporte de doentes registados na plataforma SGTD	129
Quadro 35. Número de prestações realizadas aos utentes transportados com registo no SGTD	129
Quadro 36. Evolução das isenções ou dispensas de pagamento de taxas moderadoras	131
Quadro 37. Evolução dos proveitos e cobranças das taxas moderadoras (2011-2016).....	131
Quadro 38. Programa Nacional de Vacinação 2017: esquema vacinal recomendado	137
Quadro 39. Número de utentes SNS que beneficiaram do PNSO.....	140
Quadro 40. Número de cheques emitidos por Grupo-Alvo no âmbito do PNSO	140
Quadro 41. Número total de cheques utilizados no âmbito do PNSO	141
Quadro 42. Taxa de utilização de cheques no âmbito do PNSO	141
Quadro 43. Cartão de pessoa com doença rara	142
Quadro 44. Consultas de cessação tabágica, por região	143
Quadro 45. Número de entidades registadas no Sistema Português de Hemovigilância	145
Quadro 46. Evolução do número de doadores de sangue que efetuaram dádiva.....	145
Quadro 47. Número de pedidos de reembolso pagos (2016)	149
Quadro 48. Valor dos pagamentos efetuados, por tipologia (2016)	149
Quadro 49. Utentes em tratamento no ano*, novos** e readmitidos	151
Quadro 50. Internamentos hospitalares relacionados com o consumo de álcool	151
Quadro 51. Internamentos hospitalares relacionados com o consumo de álcool (diagnóstico principal).....	151
Quadro 52. Internamentos hospitalares relacionados com o consumo de álcool e indivíduos internados (diagnóstico principal e/ou secundário)	151
Quadro 53. Utentes em tratamento no ano*, novos** e readmitidos	152
Quadro 54. Utentes em tratamento no ano (n) – Droga principal (ambulatório – rede pública)	152
Quadro 55. Rede pública de serviços ambulatoriais – CRI	152
Quadro 56. Evolução anual dos encargos do SNS e dos utentes com medicamentos e do volume de embalagens comercializadas.....	156
Quadro 57. Atividade do Programa de Procriação Médica Assistida	164
Quadro 58. Movimento assistencial nos cuidados de saúde primários (em milhares)	167
Quadro 59. Evolução dos indicadores assistenciais nos cuidados de saúde primários	167
Quadro 60. Evolução do movimento assistencial nos hospitais do SNS.....	169

Quadro 61. Variação anual do total consultas hospitalares nas especialidades com mais atividade	173
Quadro 62. Dinâmica dos pedidos inscritos em consulta no CTH.....	175
Quadro 63. Número de pedidos de consulta de inscritos no CTH, por ARS.....	175
Quadro 64. Tempo médio de resposta desde a realização da primeira consulta (consultas realizadas*)	177
Quadro 65. Mediana do tempo desde a realização da primeira consulta (consultas realizadas*) ...	177
Quadro 66. Distribuição dos pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar por ACES (de 1 de junho a 31 de dezembro)	183
Quadro 67. Distribuição dos pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar por especialidade (de 1 de junho a 31 de dezembro de 2016)	184
Quadro 68. Evolução global da oferta cirúrgica	186
Quadro 69. Evolução global da oferta cirúrgica entre 2015 e 2016 por ARS	186
Quadro 70. Evolução dos indicadores de procura	188
Quadro 71. Evolução das entradas em LIC com GDH previsual inválido.....	192
Quadro 72. Motivos de cancelamento de vales cirurgia.....	192
Quadro 73. Evolução da atividade RNCCI – utentes assistidos, por tipologia	196
Quadro 74. Evolução da atividade RNCCI – utentes assistidos, por tipologia e por região, em 2016	196
Quadro 75. Evolução do número de referências por ano e por tipologia de resposta.....	198
Quadro 76. Evolução do número de utentes assistidos na RNCCI por tipologia e região, em 2016	198
Quadro 77. Mediana do tempo de referência para a identificação da vaga na RNCCI	204
Quadro 78. Evolução do número total de utentes a aguardar vaga na RNCCI.....	204
Quadro 79. Evolução da taxa de ocupação das unidades da RNCCI, por tipologia	206
Quadro 80. Evolução da execução financeira da componente saúde da RNCCI	206
Quadro 81. Encargos no setor convencionado, por área de convenção	208
Quadro 82. Evolução do custo médio mensal com colonoscopias e outros procedimentos efetuados no setor convencionado.....	208
Quadro 83. Número de doentes por ARS por 10.000 habitantes 2014 - 2016.....	210
Quadro 84. Evolução dos custos por ARS.....	212
Quadro 85. Custos por doente por região de saúde	212
Quadro 86. Evolução de Portugal no <i>Euro Health Consumer Index</i>	214

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Esperança média de vida aos 65 anos	30
Gráfico 2. Evolução do número de USF – Modelo A e B	36
Gráfico 3. Percentagem de população residente coberta por USF e por UCC	37
Gráfico 4. Evolução percentual de utentes com Médico de Família atribuído.....	38
Gráfico 5. Evolução do número de utentes sem Médico de Família atribuído	38
Gráfico 6. Evolução da taxa de cobertura e adesão no âmbito do rastreio do cancro da mama	42
Gráfico 7. Evolução da taxa de cobertura e adesão no âmbito do rastreio do colo do útero	42
Gráfico 8. Evolução do número de utentes convidados e rastreados no âmbito do rastreio do cancro do cólon e reto.....	43
Gráfico 9. Evolução anual do número de utentes rastreados no âmbito do rastreio de retinopatia diabética.....	43
Gráfico 10. Evolução do número de utentes com CRD prescritos.....	47
Gráfico 11. Número de instituições hospitalares do SNS em 2016.....	49
Gráfico 12. Evolução do número de camas contratadas em funcionamento	60
Gráfico 13. Evolução do número de camas contratadas em funcionamento por tipologia.....	60
Gráfico 14. Número de camas em atividade por região de saúde (a 31 de dezembro 2016)	61
Gráfico 15. Evolução do número de Equipas de Cuidados Continuados Integrados	61
Gráfico 16. Evolução anual do total de lugares da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.....	62
Gráfico 17. Evolução do número de camas e lugares em funcionamento da RNCP por tipologia	65
Gráfico 18. Evolução das cinco áreas principais de prestadores de MCDT convencionados.....	74
Gráfico 19. Evolução das vagas abertas (Ano Comum e Formação Específica)	82
Gráfico 20. Peso das primeiras consultas CTH no total de primeira consulta	96
Gráfico 21. Evolução diária das chamadas recebidas na Linha Saúde 24.....	121
Gráfico 22. Média de chamadas recebidas por dia da semana na Linha Saúde 24	121
Gráfico 23. Média de chamadas por hora na Linha Saúde 24.....	121
Gráfico 24. Caracterização do Módulo TAE da Linha Saúde 24.....	123
Gráfico 25. Algoritmo do Módulo TAE, por grupo etário, utilizado pela Linha Saúde 24.....	123

Gráfico 26. Tipo de Encaminhamento do Módulo TAE da Linha Saúde 24.....	123
Gráfico 27. Evolução do número de chamadas de Emergência atendidas	125
Gráfico 28. Evolução do número de acionamentos de meios de emergência	125
Gráfico 29. Evolução do número de chamadas transferidas para a Linha Saúde 24	127
Gráfico 30. Evolução dos custos unitários por doente transportado, por região de saúde.....	129
Gráfico 31. PNV Recomendado. Cobertura vacinal por coorte e dose de vacina. Avaliação 2016, no continente	134
Gráfico 32. PNV Cumprido. Cobertura vacinal por coorte e vacina. Avaliação 2016, no continente.....	134
Gráfico 33. Vacina VASPR 2. Cobertura vacinal por coorte. Avaliação 2016, no continente.....	136
Gráfico 34. Vacina HPV. Cobertura vacinal por coorte. Avaliação 2016, no continente.....	136
Gráfico 35. Vacinação atempada, vacinas VHB 2, DTPaHibVIP 1, VASPR 1 e MenC. Avaliação 2016, no continente.....	136
Gráfico 36. Evolução do número de doadores de sangue regulares	145
Gráfico 37. Evolução do número de transplantes.....	146
Gráfico 38. Evolução anual dos encargos do SNS e dos utentes com medicamentos e do volume de embalagens comercializadas.....	156
Gráfico 39. Evolução anual da quota de medicamentos genéricos no SNS	158
Gráfico 40. Evolução do consumo de biossimilares em unidades hospitalares	158
Gráfico 41. Evolução do número de medicamentos inovadores aprovados.....	159
Gráfico 42. Número de ensaios clínicos realizados	159
Gráfico 43. Tratamentos Hepatite C	160
Gráfico 44. Evolução do total de dispositivos médicos registados por tipo de dispositivo médico.....	163
Gráfico 45. Peso das primeiras consultas no total	169
Gráfico 46. Percentagem de cirurgia de ambulatório	169
Gráfico 47. Evolução do número de primeiras consultas externas hospitalares	171
Gráfico 48. Evolução do número total de consultas externas hospitalares	171
Gráfico 49. Evolução do tempo médio de triagem (em dias)	177
Gráfico 50. Percentagem de consultas realizadas em 2016, dentro e fora dos TMRG	179
Gráfico 51. Evolução do cumprimento dos TMRG, por nível de prioridade	179
Gráfico 52. Percentagem de consultas dentro do TMRG, por especialidade	181
Gráfico 53. Número de utentes que escolheram um hospital fora da sua rede de referência (de 1 de junho a 31 de dezembro de 2016)	182
Gráfico 54. Evolução de entradas em LIC e número de operados	188
Gráfico 55. Evolução das notas de transferência e vales de cirurgia emitidos	190
Gráfico 56. Utentes não urgentes (níveis de prioridade entre 1 e 3) inscritos e operados no mesmo dia	192
Gráfico 57. Percentagem de saídas da LIC por motivo de cancelamento.....	192
Gráfico 58. Evolução anual do número de episódios de urgência.....	194
Gráfico 59. Percentagem de episódios de urgência que geram internamento	194

Gráfico 60. Origem dos utentes referenciados no âmbito da RNCCI.....	200
Gráfico 61. Distribuição percentual da origem da referenciação em cada região	200
Gráfico 62. Referenciação para ECCI - Percentagem de utentes referenciados em cada região	202
Gráfico 63. Referenciação para ECCI – Hospital e Centro de Saúde em cada região.....	202
Gráfico 64. Distribuição de doentes por faixa etária em 2016	210
Gráfico 65. Distribuição de doentes por género e por região de Saúde em 2016.....	210
Gráfico 66. Evolução das reclamações 2015 - 2016	219
Gráfico 67. Evolução dos elogios 2015 - 2016	219

Considerações prévias

O presente relatório dá cumprimento ao disposto no n.º 1 do artigo 30.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março¹, que visa a consolidação dos direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde, concretizando a Base XIV da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, que salvaguarda as especificidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS). De forma complementar, este instrumento avalia o posicionamento das instituições em relação ao cumprimento do disposto no n.º 2 do artigo 1.º e nos artigos 25.º a 27.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, que em 2016 definia os Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) para todo o tipo de prestações de saúde sem carácter de urgência e publica a carta de direitos de acesso.

O relatório de acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas de 2016 apresenta informação relativa à evolução da estrutura de prestação de cuidados e ao desempenho das instituições do SNS em termos de acesso aos cuidados de saúde, organizando-se em três partes:

- A parte I, dedicada à evolução do modelo organizacional para a prestação de cuidados de saúde no SNS, onde se analisa a evolução da oferta de cuidados de saúde no período compreendido entre os anos de 2010 a 2016, destacando-se as áreas de prestação de cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados integrados, paliativos e de saúde mental, assim como a articulação com o setor social e convencionado, os mecanismos de resposta subjacente aos acordos internacionais no âmbito da prestação de cuidados de saúde, a requalificação de recursos humanos e os investimentos em infraestruturas e equipamentos e as tecnologias de informação e comunicação que se têm registado no SNS (SNS digital), são igualmente abordados nesta secção;
- A parte II, dedicada à análise do desempenho alcançado em termos do acesso a áreas específicas da prestação de cuidados de saúde no SNS, com destaque para a Linha Saúde 24, a Emergência Médica, o transporte não urgente de doentes, a atribuição de produtos de apoio – ajudas técnicas, os benefícios adicionais em saúde, o programa nacional de

¹ A Lei n.º 15/2014, de 21 de março foi alterada pelo Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril. Em 2017 foi também publicada a Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, que reviu o disposto no n.º 2 do artigo 1.º e nos artigos 25.º a 27.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, relativamente aos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) para todo o tipo de prestações de saúde sem carácter de urgência e publicou a nova carta dos direitos de acesso.

vacinação, o programa nacional de promoção de saúde oral, a procriação medicamente assistida, o acompanhamento da pessoa com doença rara, os programas de cessação tabágica, os programas de intervenção nas dependências (drogas, álcool e jogo), o centro de emergências em saúde pública, as taxas moderadoras, o sangue e transplantação e o acesso ao medicamento e aos dispositivos médicos no SNS;

- A parte III, dedicada à apresentação dos resultados alcançados nas principais áreas da prestação de cuidados de saúde do SNS, nomeadamente nos cuidados de saúde primários, nos cuidados hospitalares, nos cuidados continuados integrados, no setor social e convencionado e nos principais estudos e avaliações externas que têm incidido sobre o sistema de saúde português.

A informação incluída no presente relatório resulta dos dados provenientes dos sistemas de informação centrais, designadamente, no âmbito dos cuidados de saúde primários, produção hospitalar, cuidados continuados integrados, setor social e convencionado, acordos internacionais, programas de saúde, entre outros relacionados com o acesso a cuidados de saúde, assim como os resultados apresentados pelas várias entidades do Ministério da Saúde em relação às áreas específicas do acesso aos cuidados de saúde que são aqui analisadas.

O relatório deste ano alarga e aprofunda a estrutura de informação disponibilizada em anos anteriores, procurando apresentar, de forma transparente e rigorosa, uma análise exaustiva da evolução do acesso aos cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e convencionados no âmbito do sistema de saúde.

Este exercício de responsabilidade e de prestação de contas sobre o acesso aos cuidados de saúde no SNS enquadra-se na política de saúde do XXI Governo Constitucional, o qual definiu como prioridade, entre outras, a redução das desigualdades entre os cidadãos no acesso à saúde, em conjunto com o reforço do poder do cidadão no seio do Serviço Nacional de Saúde (SNS), promovendo a disponibilidade, acessibilidade, comodidade, transparência, celeridade e humanização dos serviços.

Sumário executivo

O relatório anual de acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas de 2016 apresenta os principais resultados alcançados ao nível do acesso aos cuidados prestados no SNS, apresentando-se de seguida os aspetos mais relevantes.

Os resultados de 2016 apurados para os indicadores populacionais, demográficos e de saúde apontam para uma evolução positiva no que respeita à saúde dos cidadãos residentes no território nacional. Tal é demonstrado pela manutenção da tendência de aumento da esperança média de vida à nascença e aos 65 anos (19,31 anos em 2016, o que constitui o valor mais elevado de sempre), pela melhoria do índice sintético de fecundidade (1,36 crianças por mulher em idade fértil), pelo acréscimo da taxa de natalidade (8,4 nados vivos por 1.000 habitantes em 2016) e pelo decréscimo da taxa de mortalidade infantil (3,2 óbitos por 1.000 habitantes em 2016).

O Plano Nacional de Saúde – Revisão e extensão 2020 continuou a ser implementado em 2016, exercendo a sua função de elemento basilar da política de saúde em Portugal, traçando o rumo estratégico da sua intervenção e desempenhando um papel agregador e orientador das medidas consideradas mais relevantes para a obtenção de mais e melhores ganhos em saúde para a população residente em Portugal. Neste sentido merece particular destaque o trabalho desenvolvido em 2016, no âmbito do Programa de Promoção da Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados, assim como a implementação das várias estratégias de intervenção previstas nos programas de saúde prioritários, que trabalham de forma articulada, integrando-se numa plataforma de prevenção e gestão das doenças crónicas, numa plataforma para a prevenção e gestão das doenças transmissíveis e numa plataforma dedicada à saúde mental.

Ao nível dos cuidados de saúde primários, registou-se em 2016 uma melhoria significativa em termos da sua estrutura de oferta no SNS, destacando-se a entrada em funcionamento de 30 novas Unidades de Saúde Familiar (passando a existir 479 USF, +6% do que em 2015, que abrangiam já 55,8% do total de utentes inscritos nos cuidados de saúde primários) e de mais 6 Unidades de Cuidados na Comunidade (passando a existir 249 UCC, +2% do que em 2015, incluindo 89,2% dos residentes no continente).

Adicionalmente, registando-se no final de 2016 o número mais baixo de sempre de utentes sem médico de família atribuído nos cuidados de saúde primários (767.149 utentes, comparativamente com os 1.044.945 utentes sem médico em 2015), o que significa que 92,1% da população inscrita no SNS estava abrangida por médico de família no final de 2016, representando

um ganho de 2,4 pontos percentuais (pp) em relação a 2015 e de 10,0 pp em relação a 2010, primeiro ano da série de dados considerados neste relatório.

Neste ano, foram ainda concretizadas diversas medidas que visam cumprir o objetivo de implementar a expansão e a melhoria da capacidade resolutiva dos cuidados de saúde primários, com destaque para a implementação de novas respostas de saúde oral e de medicina dentária no SNS, para o início de projetos de rastreio de saúde visual, para o alargamento a todo o país dos rastreios de base populacional (nas áreas do cancro da mama, do cancro do colo do útero, do cancro do cólon e reto e da retinopatia diabética), para o reforço da capacidade de deteção precoce de doenças (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), por exemplo), para a disponibilização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) nos centros de saúde, para o alargamento do telerastreio dermatológico e das unidades móveis de saúde em atividade, para o reforço das respostas na área da psicologia, da nutrição e da medicina física e de reabilitação, entre outras. Esta melhoria da estrutura de prestação de cuidados de saúde primários traduziu-se num aumento, no ano de 2016, da atividade assistencial realizada em todas as linhas de atividade (consultas médicas presenciais, não presenciais e domiciliárias, assim como na atividade realizada por profissionais de enfermagem e por outros técnicos de saúde) e na evolução positiva que se registou nos principais indicadores de atividade contratualizados com as unidades funcionais dos cuidados de saúde primários do SNS.

Em relação aos cuidados hospitalares, desenvolveram-se em 2016 importantes melhorias no modelo organizativo do SNS, com destaque para a implementação do mecanismo de Livre Acesso e Circulação de Utentes no SNS (que permite aumentar a liberdade de escolha dos utentes em relação ao hospital do SNS onde pretendem receber cuidados de saúde) e simultaneamente, o reforço dos processos de afiliação, de gestão partilhada de recursos e de trabalho cooperativo em rede no SNS, a execução dos processos de reconhecimento dos Centros de Referência, de revisão das Redes de Referência Hospitalar e a constituição do Conselho Nacional dos Centros Académicos Clínicos, o incentivo à implementação de respostas de hospitalização domiciliária e a preparação da criação dos Centros de Responsabilidade Integrados no SNS, entre outros.

Em termos de resultados assistenciais, registou-se em 2016 um aumento de atividade em todas as linhas de produção hospitalar, com destaque ter-se alcançado o volume mais elevado de sempre de consultas externas (+0,4% no total de consultas e +0,9% nas primeiras consultas, em 2016, quando comparado com 2015) e de cirurgias programadas (577.191 cirurgias em 2016, +2,3% do que em 2015), essencialmente as realizadas em regime de ambulatório (+5,8% em 2016), contribuindo assim para que, pela primeira vez, se tenha realizado mais de 60% da atividade cirúrgica do SNS em ambulatório.

No que diz respeito às primeiras consultas de especialidade hospitalar solicitadas pelos cuidados de saúde primários através do sistema Consulta a Tempo e Horas (CTH), constata-se que, em 2016, foram efetuados 1.766.264 novos pedidos de primeira consulta hospitalar, representando

um aumento de 4,2% em relação a 2015 (1.694.646 pedidos), e que foram realizadas 1.285.912 consultas no CTH, representando um aumento de 7,7% face ao ano anterior.

Ainda em relação ao CTH, constatou-se que, em 2016, cerca de 72% das consultas realizadas ocorreram dentro do tempo recomendado para o nível de prioridade atribuído ao pedido em sede da triagem hospitalar, que o tempo médio de resposta ao pedido de consulta foi de 120 dias, que a mediana do tempo até à realização da primeira consulta foi de 85 dias e que o número de pedidos não concluídos ascendia a 736.201. As especialidades de oftalmologia e de dermatologia eram as que apresentavam maiores dificuldades de resposta a nível nacional, razão pela qual se reforçou durante o ano de 2016 o processo de implementação do rastreio da retinopatia diabética, que permite o diagnóstico precoce, e o processo de alargamento a todas as entidades do SNS do denominado telerastreio dermatológico, que introduz a possibilidade de referenciação de utentes por esta via, como alternativa à referenciação para uma consulta presencial de dermatovenerologia, com ganhos substanciais em termos de acessibilidade e com idênticos níveis de qualidade e segurança das consultas presenciais.

No âmbito da implementação do mecanismo de Livre Acesso e Circulação (LAC) no SNS, que permite que o utente, em conjunto com o seu médico de família, possa escolher o hospital do SNS onde pretende obter cuidados de saúde, verificou-se que, entre 1 de junho e 31 de dezembro de 2016 foram 100.355 os utentes que, a nível nacional, escolheram um hospital fora da rede de referenciação hospitalar que até então estava pré-definida do ponto de vista administrativo no sistema CTH, o que equivale a 10,2 % do total de utentes que foram referenciados para uma primeira consulta hospitalar a partir dos cuidados de saúde primários

Em 2016, no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), registou-se um crescimento de 1,5% na atividade cirúrgica, tendo sido operados 568.765 utentes, o que representa o valor mais elevado de sempre, desde que existe o SIGIC. Este crescimento ficou a dever-se essencialmente ao aumento da atividade realizada pelos próprios hospitais do SNS, que realizaram +2,3% de cirurgias em 2016. Considerando que nos últimos anos a população residente no continente diminuiu 0,63% (no último triénio, de acordo com o INE), o aumento das cirurgias realizadas corresponde a um crescimento não só absoluto, mas também relativo da oferta cirúrgica e da resposta às necessidades cirúrgicas dos utentes do SNS. Também o número de doentes propostos para cirurgia foi superior em 2016 (+1,9%), ou seja, foram propostos para cirurgia 670.913 doentes em 2016, mais 8.271 do que em 2015.

O número de inscritos a aguardar cirurgia em 2016 ascendia a 210.906 utentes e a mediana do tempo de espera da Lista de Inscritos para Cirurgia mantinha-se um pouco acima dos 3 meses, assim como a média do tempo de espera dos operados.

Em 2016 registou-se ainda um aumento muito significativo no número de notas de transferência emitidas entre hospitais do SNS, em oposição à redução do número de vales de cirurgia emitidos para entidades do setor convencionado.

Ao nível dos cuidados continuados integrados, verifica-se que o número de lugares de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) cresceu 8,4% em 2016 (+ 631 camas), passando a existir um total de 8.112 camas no final de 2016. A RNCCI Integrados tinha ainda, em 2016, 298 camas de cuidados paliativos que, em 2017, passaram para a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (mais 10 camas de Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos e 10 de Unidade Ambulatória Pediátrica, que em 2015).

Em termos de respostas de ambulatório, existiam 279 Equipas Comunitárias de Cuidados Integrados (ECCI) a nível nacional, correspondendo a 6.246 lugares domiciliários da RNCCI (cerca de 43% do total de lugares da RNCCI no final de 2016).

Em termos de resultados da atividade realizada nos cuidados continuados integrados em 2016, constata-se um acréscimo de 4,5% no número de utentes assistidos na RNCCI (foram 52.509, em 2016), assim como um aumento de 3,7% no número de utentes referenciados para a RNCCI (foram 42.683, em 2016).

Em relação ao número de utentes a aguardar vaga na RNCCI, constata-se uma redução no número global de utentes em espera em 2016 (-2,1%), comparativamente com o período homólogo, destacando-se ainda que não existiam utentes a aguardar vaga para as tipologias pediátricas que foram criadas pela primeira vez em 2016. A nível nacional, a demora média em Unidades de Convalescença foi de 39 dias em final de 2016, em Unidades de Média Duração e Reabilitação de 87 dias, em Unidades de Longa Duração e Manutenção de 219 dias e em ECCI 166 dias.

O ano de 2016 foi o mais elevado de sempre em termos de financiamento público da RNCCI, somando a componente assumida pelo Ministério da Saúde com a do Ministério do Trabalho, Solidariedade e da Segurança Social, tendo assumido um volume global de 172.437.880 euros.

Em 2016 foram nomeados os coordenadores nacionais para a reforma do SNS na área dos cuidados de saúde primários, cuidados de saúde hospitalares e cuidados continuados integrados.

Na área dos cuidados paliativos, foi nomeada em 2016 a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, que propôs o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos para o biénio 2017-2018, aprovado pelo Despacho n.º 14311-A/2016, de 28 de novembro. O objetivo passa por implementar Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos em todos os ACES, uma Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos em todos os hospitais do SNS e criar Unidades de Cuidados Paliativos de referência, pelo menos nos hospitais dos grupos E e F, as quais se vêm a juntar às 298 camas de internamento disponíveis para a prestação de cuidados paliativos especializados, que incluem a aposta em Cuidados Paliativos Pediátricos que ocorreu pela primeira vez em 2016 no SNS.

Na área da saúde mental, ocorreu no ano de 2016 a viabilização da implementação de experiências-piloto na área dos cuidados continuados integrados de saúde mental, o terceiro pilar

em falta do plano nacional para a saúde mental 2007-2016, prevendo-se a implementação gradual e faseada de respostas de internamento e de ambulatório nas várias regiões de saúde do país. Ainda em 2016, procedeu-se à discussão pública do Referencial de Educação para a saúde e iniciou-se a atividade do grupo de trabalho referente à prestação de cuidados por parte dos psicólogos clínicos que desenvolvem a sua atividade nos cuidados de saúde primários.

Em relação à área internacional, continuou a assegurar-se em 2016 a aplicação da diretiva comunitária de cuidados transfronteiriços a acesso a cuidados de saúde, a assegurar a legislação comunitária que suporta o fluxo de migrantes, os acordos de cooperação no domínio da saúde (onde se incluem os evacuados dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa) e a assistência médica no estrangeiro, onde se registou uma tendência decrescente no número de autorizações de doentes portugueses para assistência no estrangeiro (foram 275 autorizações em 2016, valor inferior às 323 de 2015 e às 471 de 2014), em resultado da melhor capacidade de resposta instalada no SNS, nomeadamente com a criação dos Centros de Referência que passaram a assumir os casos clínicos que habitualmente tinham necessidade de ser referenciados para o estrangeiro.

Em termos de resposta do SNS através do setor social e convencionado, importa referir que o valor faturado ao SNS pelas entidades convencionadas, no ano de 2016, sem contar com a área da diálise e com as convenções SIGIC, foi de 393.722.037 euros, o qual, correspondeu a um aumento de encargos de 2,8% face a 2015 (o aumento de 2014 para 2015 tinha sido de 5,7%). Ainda em relação ao setor convencionado, importa destacar a área da diálise, em relação à qual se verificou um aumento do número de doentes em programa de tratamento em ambulatório, atingindo-se um total de 11.002 de doentes em 2016 (+2,3%), o que representa 11,1 doentes por cada 10.000 habitantes.

Em termos de avaliação do acesso aos cuidados de saúde merecem ainda evidencia os resultados obtidos em 2016 nas várias áreas de prestação do SNS, que de seguida se apresentam:

- Linha Saúde 24: em 2016, foram atendidas 83,4% (807.574) das 967.742 chamadas que foram recebidas na Linha Saúde 24, representando uma média de chamadas atendidas de 2.206 por dia, acima da média de 1.942 chamadas diárias em 2015. A Linha Saúde 24 teve um maior afluxo de chamadas durante os meses de janeiro e dezembro, assim como ao sábado, domingo e segunda-feira e entre as 18h00 e as 22h00. Cerca de 29% dos utentes que recorreram à Linha Saúde 24 em 2016 dispensaram qualquer outro contacto com os serviços de saúde e cerca de 52% dos utentes que ligaram com a intenção de se dirigirem a um serviço de urgência, acabaram por ser encaminhados para os cuidados primários (29,3%) ou para autocuidados (23,7%);
- Emergência Médica: em 2016, existiam 616 meios de emergência médica, representando um acréscimo de duas Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) do que em 2015, e entretanto instaladas no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca e no Centro Hospitalar Barreiro-Montijo. Foram efetuados 83.759 acionamentos de meios de emergência em 2016, +7,0% do que em 2015, destacando-se o aumento de 5%, quer no acionamento das VMER,

quer das Ambulâncias SIV. Em 2016 foram atendidas 1.370.348 chamadas de emergência, mais 5% do que em 2015, o que representa uma média diária de 3.744 chamadas. Neste ano, foram transferidas 68.817 chamadas para a “Saúde 24”, o que perfaz cerca de 188 chamadas por dia (mais 37% face ao ano de 2015);

- Transportes não urgente de doentes: o sistema de gestão de transporte não urgente de doentes (SGTD) registou um aumento de 4,4% a nível nacional, de 2015 para 2016, alcançando um número recorde de 267.396 transportes e o número de prestações de saúde a que os utentes tiveram acesso aumentou 2,5% em 2016;
- Avaliação do programa nacional de vacinação (PNV): foram integralmente cumpridos os objetivos traçados no PNV para 2016, na medida em que se atingiram as metas para todas as vacinas nas coortes de 2002, 2009, 2014, 2015 e 2016, à exceção da DTPa 5 (difteria, tétano e tosse convulsa) na coorte de 2009 (94%), assim como para todas as vacinas nas coortes de 2002, 2009, 2014 e 2015, à exceção da DTPa na coorte de 2009 (94%). Para a vacina Td (tétano e difteria), a coorte que completou 65 anos de idade, passou de uma cobertura de 76% em 2015, para 78% em 2016. A cobertura vacinal para a VASPR 1 (vacina contra o sarampo, parotidite epidémica e rubéola) foi de 98% e para a VASPR 2 variou entre 95% e 97% para as crianças com 7 a 17 anos de idade cumprindo-se os objetivos nacionais e internacionais do programa de eliminação do sarampo;
- Avaliação do programa nacional de promoção de saúde oral: o número de utentes que beneficiou deste plano aumentou 3% em 2016, quando comparado com 2015, importando ainda destacar que o plano foi alargado, a partir de março de 2016, aos jovens de 18 anos e aos portadores de VIH/SIDA já com acesso anterior (segundo ciclo de cheques) e, em junho, passou a contemplar também as consultas de saúde oral nos cuidados de saúde primários;
- Avaliação de respostas de cessação tabágica: foram realizadas cerca de 32 mil consultas de cessação tabágica em 2016, tendo-se assegurado a existência, em todos os ACES do país, de pelo menos uma consulta de cessação tabágica. De salientar neste âmbito as primeiras participações pelo Estado, de medicamento para a cessação tabágica;
- Avaliação de comportamentos aditivos e das dependências (CAD): Em 2016 verificou-se um aumento do número de utentes em tratamento, destacando-se os problemas ligados ao álcool que mantiveram, em 2016, a tendência de aumento de atividade assistencial, assim como o número de utentes que se encontram em tratamento medicamentoso, que mantém a tendência de aumento, ainda que o seu valor absoluto se mantenha de baixa expressão. Os internamentos hospitalares reduziram o seu valor em 2016 para todos os indicadores, comparativamente ao ano anterior;
- Sangue e transplantação: em 2016, e mantendo uma tendência que se verifica desde 2008, diminuiu o número de dadores e de dádivas de sangue, acompanhando assim a redução de transfusões de sangue que foram necessárias. Na área da transplantação, registou-se um

aumento de 5% no número de transplantes realizados, correspondendo a um total de 864 transplantes, tendo-se observado valores máximos de transplantes pulmonares (+73,3%), hepáticos (+9,2%) e renais (+3,3%). Alcançou-se ainda o maior número de dadores falecidos alguma vez registado em Portugal (337 dadores falecidos), refletindo um aumento de 6% em relação a 2015;

- Taxas moderadoras: em 2016, verificou-se uma redução de 43.078.275 euros no valor das taxas moderadoras cobradas à população, traduzindo-se num aumento do acesso a cuidados de saúde no SNS. Também em 2016 o Ministério da Saúde baixou os valores das taxas moderadoras, conforme apresentado neste relatório;
- Acesso ao medicamento: em 2016 os encargos dos utentes com medicamentos reduziram-se em 1,9%, quando comparado com 2015 e aumentaram 0,6% para o SNS. O volume de embalagens disponibilizadas aumentou 0,6%, comparativamente ao ano 2015. A percentagem de unidades de medicamentos genéricos no total de medicamentos comparticipados pelo SNS atingiu 47,4% em 2016, o que representa um aumento de 0,4 pontos percentuais (p.p.) relativamente ao período homólogo, e de 16 p.p. em relação a 2010. Em 2016 verificou-se um aumento significativo da quota de biossimilares de Infiximab de 11,2%, que atingiu os 25%. No mesmo ano foram introduzidos 51 medicamentos inovadores, com destaque para as áreas da oncologia, reumatologia, oftalmologia, cardiologia e pneumologia - o maior número de aprovações desde sempre no SNS. Também na área dos ensaios clínicos se observou, em 2016, um aumento da atividade realizada, alcançando-se um total de 144 ensaios clínicos, +17,1% do que em 2015. Em 2016 foram realizados 14.892 tratamentos do vírus da Hepatite C, um aumento de +72% (8.650 tratamentos realizados em 2015), de que resultou um total de 4.939 doentes curados.

Na área do acesso aos cuidados de saúde, o ano de 2016 ficou igualmente marcado pelo início de implementação do Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA) ao SNS, o qual se constitui como um sistema de acompanhamento, controlo e disponibilização de informação integrada, destinado a permitir um conhecimento transversal e global sobre o acesso à rede de prestação de cuidados de saúde no SNS.

A criação do novo Portal SNS, lançado a 1 de fevereiro de 2016, integrou o desenvolvimento do Programa *Simplex +* para a Administração Pública, considerado prioritário para o XXI Governo Constitucional, e que coloca ao dispor dos cidadãos um conjunto vasto de informação e de instrumentos que permitem que o utente tome melhores decisões sobre a sua saúde, em conjunto com o seu médico, e que se constitui como uma nova forma do SNS comunicar através da interatividade e da transparência, aproximando-o do cidadão.

Parte I

Modelo organizacional para a prestação de cuidados de saúde

A primeira parte deste relatório é dedicada à evolução do modelo organizacional para a prestação de cuidados de saúde no SNS, onde se analisa a evolução da oferta de cuidados de saúde no período compreendido entre os anos de 2010 a 2016. Destacam-se as áreas de prestação de cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados integrados, paliativos e de saúde mental, assim como a articulação com o setor social e convencionado, a resposta dada pela área dos acordos internacionais, a requalificação de recursos humanos e os investimentos em instalações, equipamentos e as tecnologias de informação e comunicação que se têm registado no SNS, com a criação do SNS digital.

1. Indicadores populacionais demográficos e de saúde

Os indicadores de saúde são frequentemente utilizados para aferir o estado de saúde de uma população. Em Portugal, estão disponíveis diversos indicadores populacionais, demográficos e de saúde que permitem acompanhar a evolução do estado de saúde da população, assim como a resposta que os serviços de saúde têm dado às necessidades em saúde dos portugueses.

Evolução da natalidade e da mortalidade

De acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2016, residiam em Portugal cerca de 10.325.452 habitantes (decrécimo de 2,3%, relativamente ao ano de 2010), distribuídos entre o continente e as regiões autónomas. Este resultado traduziu-se numa taxa negativa de crescimento efetivo (-0,32%) no ano de 2016, reflexo da conjugação de saldos natural e migratórios negativos.

O saldo natural (ou fisiológico) mantém-se negativo desde 2010 (os óbitos superam os nados-vivos). A mesma tendência verifica-se no saldo migratório, uma vez que, desde 2011, a emigração supera a imigração, ainda que nos anos de 2015 e 2016 se tenha verificado uma tendência progressiva de melhoria deste indicador.

Já no que se refere à evolução do índice sintético de fecundidade (número médio de crianças vivas nascidas por mulher em idade fértil, dos 15 aos 49 anos), regista-se um decréscimo substancial até 2013, exibindo uma ligeira recuperação desde então (1,36 em 2016). No entanto, este índice ainda se encontra abaixo do índice de renovação geracional, idealizado no valor de 2,1.

Indícios semelhantes de recuperação podem ser detetados na série da natalidade observada entre 2010 e 2016, que continua baixa, mas com um ligeiro sinal de retoma desde 2014. Tendo em conta a população média, a natalidade atingiu, em 2016, a taxa de 8,4 nados-vivos por 1.000 habitantes, conforme apresentado no quadro da página seguinte. O caminho de transição demográfica que o país tem percorrido, associando baixa natalidade à proporção crescente de cidadãos com 65 ou mais anos, mostra sinais de mudança.

Portugal regista uma das melhores taxas de mortalidade infantil em todo o mundo, tendo alcançado o valor de 3,2 óbitos por 1.000 nados-vivos em 2016.

Esperança média de vida continua a aumentar em 2016

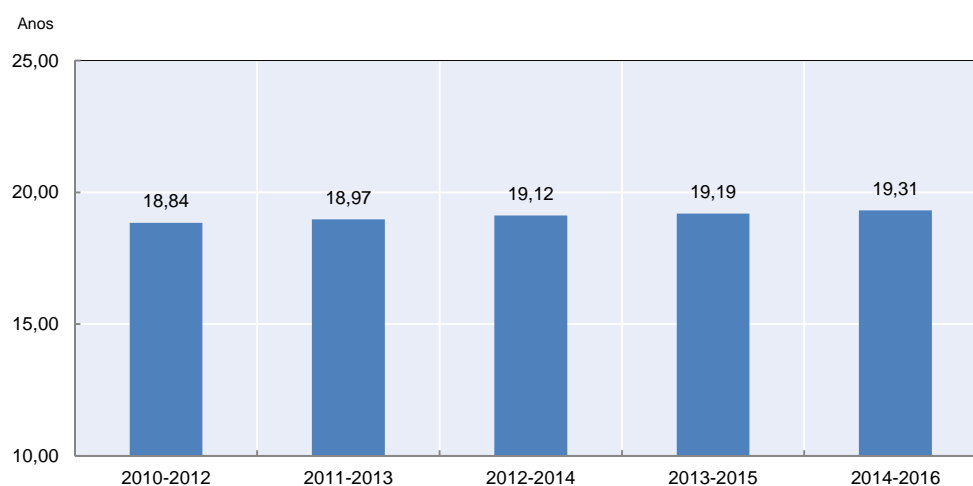
Em Portugal continua a registar-se um aumento da esperança média de vida à nascença e aos 65 anos, tendo-se registado para 2016 o valor mais elevado de sempre para este indicador, conforme gráfico da página seguinte.

Na última década, de 2006 a 2016, esta variação foi superior a dois anos de vida, sendo mais pronunciada no sexo masculino, o que tem contribuído para uma aproximação sustentada e paulatina da esperança de vida ao nascer entre homens e mulheres em Portugal.

Quadro 1. Evolução dos principais indicadores de população, natalidade e mortalidade

Indicadores	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
População							
População residente (x 1.000)	10.573	10.558	10.487	10.427	10.375	10.341	10.318
Natalidade							
Número de nados-vivos	101.381	96.856	89.841	82.787	82.367	85.500	87.126
Taxa bruta de natalidade por 1.000 habitantes	9,6	9,2	8,5	7,9	7,9	8,3	8,4
Mortalidade							
Número de óbitos (residentes em Portugal)	105.954	102.848	107.612	106.554	104.843	108.511	110.535
Número de óbitos infantis (menores de 1 ano)	256	306	303	243	236	250	278
Número de óbitos de 0 a 4 anos	326	372	367	316	291	308	330
Proporção de óbitos prematuros (óbitos de menos de 70 anos / total de óbitos)	n.d.	n.d.	22,68%	22,76%	22,38%	21,45%	21,45%
Saldo Fisiológico	- 4.573	- 5.992	-17.771	-23.767	-22.476	-23.011	-23.409

Fonte: INE e DGS

 StatLink: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/principais-indicadores.aspx>
Gráfico 1. Esperança média de vida aos 65 anos


Fonte: INE e DGS

 StatLink: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/principais-indicadores.aspx>

Caixa 1. A importância da avaliação das necessidades em saúde

A avaliação das necessidades em saúde através de indicadores populacionais, demográficos e de saúde é uma oportunidade para a melhoria contínua dos sistemas de saúde, na medida em que permite:

- Descrever os fatores de doença de uma população e as diferenças face a outros padrões de doença de outras populações, ou seja, conhecer o estado de saúde da população;
- Identificar as áreas de necessidades desconhecidas e providenciar um conjunto de objetivos para que essas necessidades se tornem conhecidas;
- Decidir racionalmente como usar recursos escassos para aumentar o estado de saúde de uma população de forma mais efetiva e eficiente;
- Monitorizar e promover a equidade no fornecimento e no uso dos serviços de saúde e corrigir as desigualdades em saúde.

2. Programas de saúde prioritários

O XXI Governo Constitucional, no seu programa para a saúde, estabelece como uma das prioridades promover a saúde através de uma nova ambição para a saúde pública, sublinhando que para obter ganhos em saúde tem de se intervir nos vários determinantes de forma sistémica, sistemática e integrada.

Assim, passados mais de 4 anos sobre a criação dos programas de saúde prioritários a prosseguir pela Direção-Geral da Saúde (DGS), avaliados os resultados da sua implementação, através dos sucessivos relatórios anuais, é necessário reforçar a dinâmica de resposta aos principais problemas de saúde da população portuguesa, que privilegie uma abordagem de intervenção transversal, pluridisciplinar e que envolva todos os intervenientes na procura da melhoria do acesso, da qualidade e da eficiência dos cuidados prestados no SNS, concretizando-se assim uma nova ambição para a saúde pública em Portugal, em consonância com a estratégia do Governo e com a política de saúde "Saúde 2020" da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da União Europeia (UE).

A DGS executa, no âmbito do Plano Nacional de Saúde (PNS), onze programas de saúde prioritários nas seguintes áreas:

- Prevenção e controlo do tabagismo;
- Promoção da alimentação saudável;
- Promoção da atividade física;
- Diabetes;
- Doenças cérebro-cardiovasculares;
- Doenças oncológicas;
- Doenças respiratórias;
- Hepatites virais;
- Infecção VIH/SIDA e tuberculose;
- Prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos;
- Saúde mental.

Estes programas prioritários organizam-se em plataformas que têm por missão harmonizar e potenciar as estratégias das diferentes intervenções em saúde, quer sejam desenvolvidas pelos profissionais de saúde e quer pelos demais intervenientes da sociedade, na perspetiva de contribuírem, em conjunto, para alcançar as metas preconizadas no PNS para 2020, devendo existir uma integração das várias políticas e medidas.

Prevenção e gestão das doenças crónicas e das doenças transmissíveis

Os programas prioritários para a prevenção e controlo do tabagismo, a promoção da alimentação saudável, a promoção da atividade física, a diabetes, as doenças cérebro-cardiovasculares, as

doenças oncológicas e as doenças respiratórias, integram uma plataforma para a prevenção e gestão das doenças crónicas.

Os programas prioritários para as hepatites virais, a infeção VIH/SIDA e tuberculose, a prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos integram uma plataforma para a prevenção e gestão das doenças transmissíveis.

O programa prioritário da saúde mental integra uma plataforma dedicada, que inclui, necessariamente, o coordenador e representantes da comissão de acompanhamento do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017.

Programa nacional de educação para a saúde literacia e autocuidados

Em 2016, a criação do programa nacional de educação para a saúde, literacia e autocuidados através do Despacho n.º 3618-A/2016, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 49, de 10 de março, constituiu um bom exemplo da necessidade de se garantir a articulação entre as diversas intervenções em saúde, com o envolvimento da sociedade e os contributos dos prestadores de cuidados de saúde, formais e informais, promovendo processos em que os programas de saúde prioritários devem assumir uma liderança geradora de sinergias que proporcionem mais saúde às pessoas, em coerência com o planeamento estratégico previsto no Plano Nacional de Saúde, designadamente no que diz respeito às doenças crónicas e aos seus determinantes, enunciadas no Despacho n.º 4027-A/2016, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 55, de 18 de março.

Caixa 2. Plano Nacional de Saúde – Revisão e extensão 2020

O Plano Nacional de Saúde – Revisão e extensão 2020 constitui-se como um elemento basilar da Política de Saúde em Portugal, traçando o rumo estratégico da sua intervenção e desempenhando um papel agregador e orientador das medidas consideradas mais relevantes para a obtenção de mais ganhos em saúde para a população residente em Portugal.

Encontra-se organizado em quatro eixos estratégicos transversais de intervenção - “Cidadania em Saúde”, “Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde”, “Qualidade em Saúde” e “Políticas Saudáveis” e define quatro metas para 2020 como compromissos nacionais:

- Reduzir a mortalidade prematura (idade ≤ 70 anos), para um valor inferior a 20%;
- Aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%;
- Reduzir a prevalência do consumo de tabaco na população com idade ≥ 15 anos e eliminar a exposição ao fumo ambiental;
- Controlar a incidência e a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento até 2020.

3. Cuidados de saúde primários

Os cuidados de saúde primários são o pilar central do sistema de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde, prevenção da doença e de prestação de cuidados de saúde, numa perspetiva de continuidade de cuidados e articulação com outros serviços de saúde.

No seu programa para a Saúde, o XXI Governo Constitucional assumiu o compromisso de reformar e expandir a capacidade da rede de cuidados de saúde primários, através do alargamento das respostas existentes, do aumento do número de unidades funcionais e de assegurar a atribuição de um médico de família a cada utente do SNS.

Atualmente, as unidades prestadoras de cuidados de saúde primários encontram-se integradas em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e em Unidades Locais de Saúde (ULS).

Os ACES são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.

As ULS são entidades públicas empresariais que têm por objeto principal a prestação integrada de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população residente na área geográfica por ela abrangida, assegurando ainda as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde.

Quer os ACES, quer as ULS, são constituídos pelos seguintes tipos de unidades funcionais (UF): Unidades de Saúde Familiar (USF); Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC); Unidades de Saúde Pública (USP); Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

Cada unidade funcional de cuidados de saúde primários assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica.

Aumento do número de USF e UCC em 2016

No quadro seguinte apresenta-se uma súmula da organização da rede de prestação de cuidados de saúde primários do SNS no final de 2016, destacando-se a entrada em funcionamento de 30 novas USF (passando a existir 479 USF, +6% do que em 2015) e de mais 6 UCC (passando a existir 249 UCC, +2% do que em 2015).

Quadro 2. **Evolução do número de USF, UCC e UCSP**

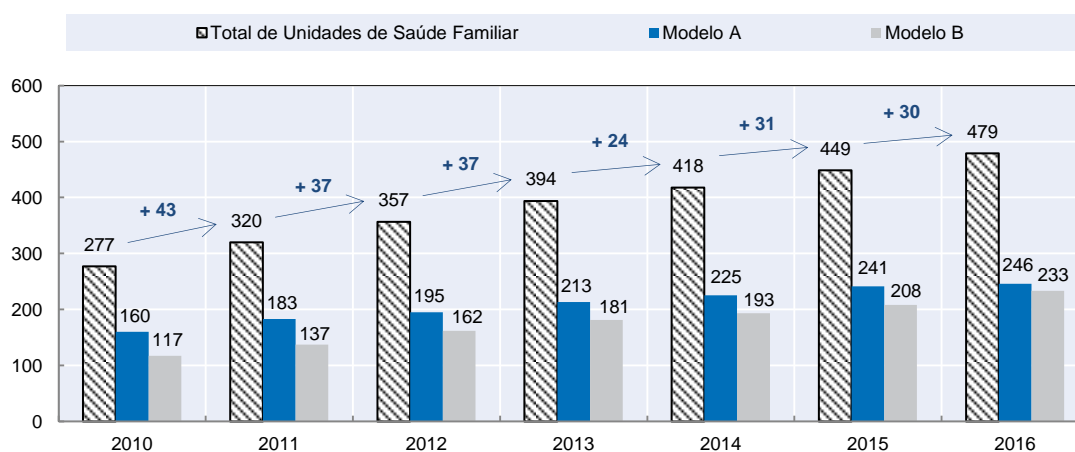
Tipo de unidades								Var. 2016/2015	
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Valor	%
Total de Unidades de Saúde Familiar	277	320	357	394	418	449	479	30	6%
Modelo A	160	183	195	213	225	241	246	5	2%
Modelo B	117	137	162	181	193	208	233	25	12%
Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados	518	503	470	464	442	419	397	-22	-5%
Unidade de Cuidados na Comunidade	66	162	209	218	237	243	249	6	2%

Fonte: ACSS

StatLink: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/evolucao-do-numero-de-unidades-de-saude-familiar/?sort=tempo>

Os gráficos seguintes detalham a evolução anual do número de USF, assim como a percentagem da população coberta por USF e por UCC ao longo dos vários anos, confirmando-se assim os ganhos de cobertura registados em 2016 em relação à implementação destas unidades funcionais no SNS.

Gráfico 2. **Evolução do número de USF – Modelo A e B**

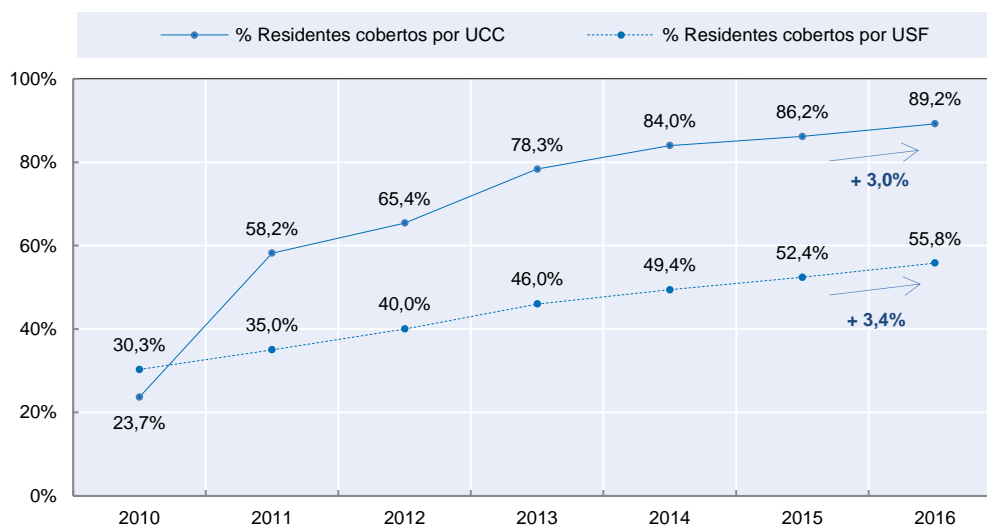


Fonte: ACSS

StatLink: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/evolucao-do-numero-de-unidades-de-saude-familiar/?sort=tempo>

As 479 USF que se encontravam em atividade a 31 de dezembro de 2016 abrangiam 5.894.408 utentes (55,8% do total de utentes inscritos nos cuidados de saúde primários), o que representa um aumento de cobertura de 3,4% da população inscrita em USF, em relação a 2015. Já quanto às 249 UCC existentes no final de 2016, asseguravam a cobertura a 89,2% dos residentes no continente (+3,0% que em 2015), conforme gráfico apresentado em baixo.

Gráfico 3. Percentagem de população residente coberta por USF e por UCC



Nota: A estimativa de residentes de 2016 é igual à de 2015, por ainda não estar disponível a de 2016.
Fonte: ACSS

StatLink:
<https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/utentes-inscritos-em-cuidados-de-saude-primarios/?sort=tempo>

O quadro seguinte apresenta as características do ACES “tipo” em 2016, comparando com os anos anteriores, destacando-se o aumento de cobertura de utentes por médico de família que se registou neste ano, assim como o crescimento do número de médicos de família e da taxa de utilização anual dos cuidados de saúde primários, o que comprova a melhoria do acesso que se registou neste nível de cuidados em 2016.

Quadro 3. Composição de Agrupamentos de Centros de Saúde “tipo” a nível nacional

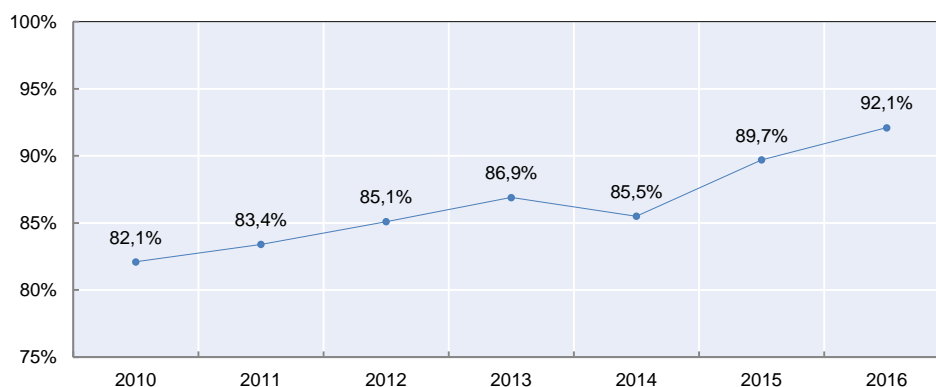
	2014	2015	2016
ACES incluídos	55	55	55
Média de utentes inscritos	186.488	183.678	182.466
Proporção de utentes com Médico de Família	85,2%	87,9%	90,7%
Número médio de médicos equivalentes	92,9	94,9	97,4
Rácio inscritos ativos (com Médico de Família), por médico	1712	1.700	1.700
Taxa de utilização 1 ano	65,8%	68,0%	68,6%
Número médio de consultas médicas, por mês, por médico	323,4	324,5	320,4
Prevalência de diabetes	6,9%	7,5%	7,7%
Prevalência de hipertensão arterial	19,3%	20,9%	21,4%
Prevalência de neoplasia maligna	2,9%	3,3%	3,6%
Despesa média com medicamentos, por utilizador	150,4€	147,6€	142,8€
Despesa média com MCDT, por utilizador	53,9€	55,4€	56,3€

Fonte: ACSS

Maior cobertura de sempre de utentes com médico de família atribuído

No final de 2016, 92,1% da população inscrita no SNS tinha médico de família atribuído, o que representa um ganho de 2,4 pontos percentuais (pp) em relação a 2015 e de 10,0 pp em relação a 2010, primeiro ano da série de dados aqui considerados.

Gráfico 4. Evolução percentual de utentes com médico de família atribuído



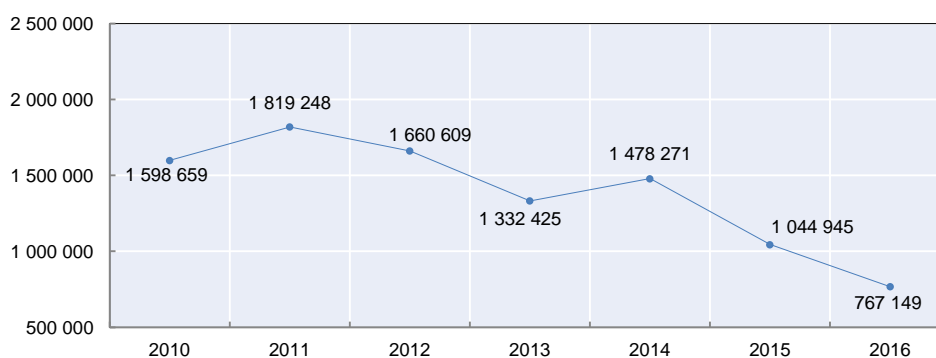
Fonte: ACSS

StatLink:

<https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/utentes-inscritos-em-cuidados-de-saude-primarios/?sort=tempo>

O número de utentes sem médico de família atribuído no final de 2016 ascendia a 767.149 utentes, o que representou o valor mais baixo de sempre com que se encerrou um ano de atividade no SNS, conforme gráfico que se apresenta de seguida:

Gráfico 5. Evolução do número de utentes sem médico de família atribuído



Fonte: ACSS

StatLink:

<https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/utentes-inscritos-em-cuidados-de-saude-primarios/?sort=tempo>

O Ministério da Saúde mantém o objetivo de atribuir médico de família a todos os utentes do SNS, até ao final da presente legislatura.

Implementação do enfermeiro de família nos cuidados de saúde primários

A figura do enfermeiro de família tem vindo a ser criada nos sistemas de saúde de vários países da região europeia da Organização Mundial de Saúde, reforçando a importância dos contributos da enfermagem para a promoção da saúde e prevenção da doença, como é o caso de Espanha e do Reino Unido, nos quais a figura de enfermeiro de família já foi estabelecida, trabalhando em cuidados de saúde primários juntamente com os demais profissionais de saúde e baseando-se no conhecimento dos utentes no contexto da família e da comunidade.

Em Portugal, a operacionalização da atividade do enfermeiro de família, integrado nas diferentes USF e UCSP, é justificada pelas novas necessidades em saúde, pela complexificação dos contextos em que hoje vivemos e pelo aumento das exigências em termos de qualidade e efetividade dos cuidados prestados à população, contribuindo para a melhoria da acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde, ao assegurar a prestação de cuidados de enfermagem globais às famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade.

Em 2016 foi publicada a Portaria n.º 281/2016, de 26 de outubro, que cria um grupo de trabalho para o desenvolvimento e acompanhamento das boas práticas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, no âmbito da equipa de saúde familiar e demais equipas dos cuidados de saúde primários.

No âmbito deste grupo de trabalho, reveste-se de especial importância a implementação da especialidade em Enfermagem de Saúde Familiar, tarefa que compete à Ordem dos Enfermeiros, a qual permitirá criar o enquadramento profissional específico para o trabalho do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, mediante titulação que certifique o perfil de competências detidas e garanta a segurança e a qualidade da prática clínica destes profissionais.

O reconhecimento deste enquadramento profissional é crítico para a implementação plena da metodologia de trabalho pelo enfermeiro de família nos cuidados de saúde primários, na medida em que no final de 2016 existiam 7.430.960 utentes inscritos em equipas de saúde familiar onde os profissionais de enfermagem estão em condições de trabalhar como enfermeiros de família, o que representa um aumento de 5,2% em relação a 2015 (+ 369.993 utentes).

Quadro 4. Evolução do número de utentes em condições de ter Enfermeiro de Família atribuído

	2013	2014	2015	2016
Total de utentes inscritos	10.306.793	10.303.929	10.116.993	10.024.844
Utentes em condições de ter Enfermeiro de Família atribuído	6.514.893	6.796.572	7.060.967	7.430.960
Proporção de utentes em condições de ter Enfermeiro de Família atribuído	63%	66%	70%	74%

Fonte: ACSS

Qualificação das respostas nos cuidados de saúde primários

Com o objetivo de concretizar a expansão e a melhoria da capacidade de resposta da rede de cuidados de saúde primários que se encontra prevista no Programa para a Saúde do XXI Governo Constitucional, foram desenvolvidas em 2016 diversas iniciativas que contribuíram para aumentar a capacidade resolutiva deste nível de cuidados, recuperando assim a centralidade da rede de cuidados primários na política de saúde, com destaque para aquelas que em seguida se identificam.

Mais saúde oral e medicina dentária no SNS

Em 2016, o Ministério da Saúde iniciou um projeto-piloto de integração de médicos dentistas em 13 Centros de Saúde das ARS do Alentejo e de Lisboa e Vale do Tejo:

- ACES Almada-Seixal: Centro de Saúde do Monte Caparica;
- ACES Arco Ribeirinho: Centro de Saúde da Moita;
- ACES Médio Tejo: Centro de Saúde de Fátima;
- ACES Lezíria: Centros de Saúde de Salvaterra de Magos, do Cartaxo e de Rio Maior;
- ACES Estuário Tejo: Centros de Saúde da Azambuja, de Alenquer e de Arruda dos Vinhos;
- ACES Oeste Sul: Centros de Saúde da Lourinhã e de Mafra – Ericeira;
- ACES Alentejo Central: Centros de Saúde de Montemor-o-Novo e de Portel.

Em dezembro de 2016 tinham sido realizadas 5.316 consultas de Saúde Oral e referenciados 3.396 utentes, conforme se destaca no quadro seguinte.

Quadro 5. Resultados do projeto-piloto de saúde oral

	2016
Número de médicos de família que fizeram pelo menos uma referência	292
Número de utentes referenciados	3.396
Número total de consultas de saúde oral realizadas	5.316

Fonte: DGS

Este projeto inovador no SNS continuará a ser alargado em 2017 (até ao final do primeiro semestre já tinham sido realizadas 18.079 consultas), com a realização de obras de requalificação dos espaços, com a aquisição de equipamentos e com a contratação de novas equipas de saúde oral (médicos dentistas e auxiliares de medicina dentária) que permitam concretizar o alargamento desta resposta a outros centros de saúde do SNS.

Implementação de rastreios de saúde visual no SNS

Foi iniciado em 2016, na área metropolitana do Porto, um rastreio de saúde visual infantil, cuja população alvo foram crianças nascidas em 2014, em que se alcançaram os seguintes resultados da primeira volta deste rastreio:

Quadro 6. Resultados do projeto-piloto de rastreios de saúde visual

	2016
População alvo	5.249
Número de convocados	5.249
Taxa de adesão	55%
Número de rastreios realizados	2.867
Casos positivos com referência hospitalar	431
Tratamentos hospitalares realizados	361

Fonte: ARS Norte

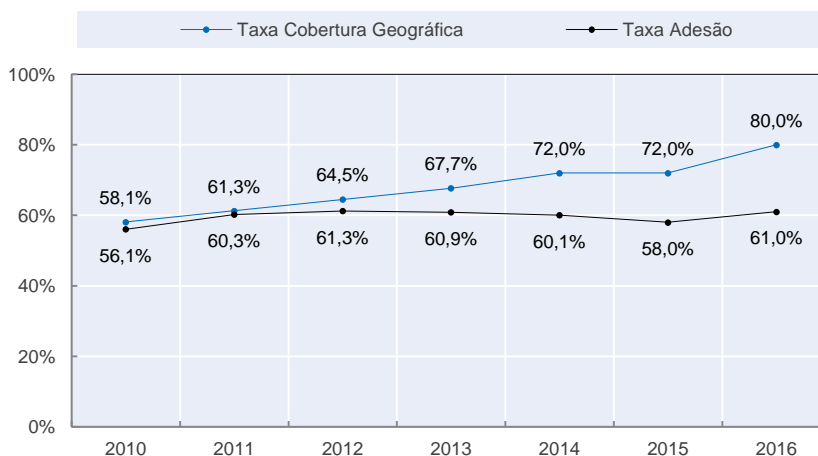
Para 2017, proceder-se-á ao alargamento do rastreio de ambliopia em crianças a mais hospitais e ACES, assim como se iniciará um rastreio de Degenerescência Macular da Idade (DMI) a utentes diabéticos.

Alargamento dos rastreios de base populacional

A realização de rastreios de base populacional nas áreas do cancro da mama, do cancro do colo do útero, do cancro do cólon e reto e da retinopatia diabética foi outra das áreas que mereceu especial atenção em 2016, com um significativo reforço da resposta do SNS.

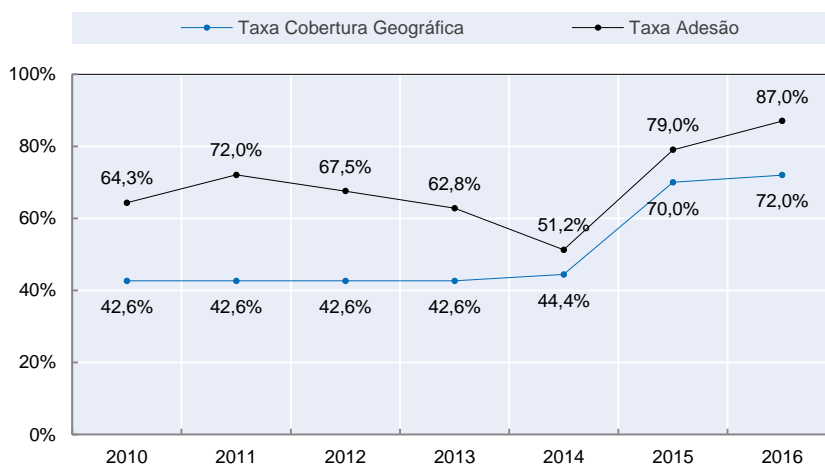
Assim, foi possível aumentar a taxa de cobertura e a taxa de adesão dos rastreios oncológicos de base populacional, registando-se em 2016 os valores mais elevados de sempre nos vários rastreios, conforme se apresenta nos gráficos seguintes.

Gráfico 6. Evolução da taxa de cobertura e adesão no âmbito do rastreio do cancro da mama



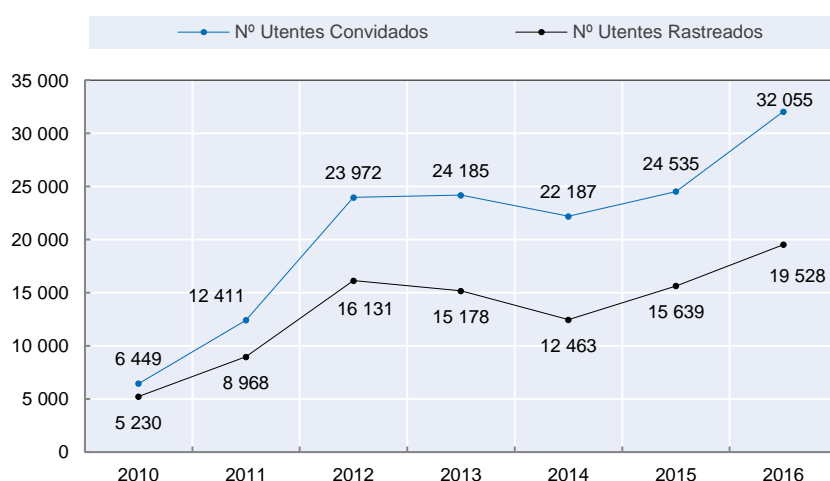
Fonte: DGS

Gráfico 7. Evolução da taxa de cobertura e adesão no âmbito do rastreio do colo do útero



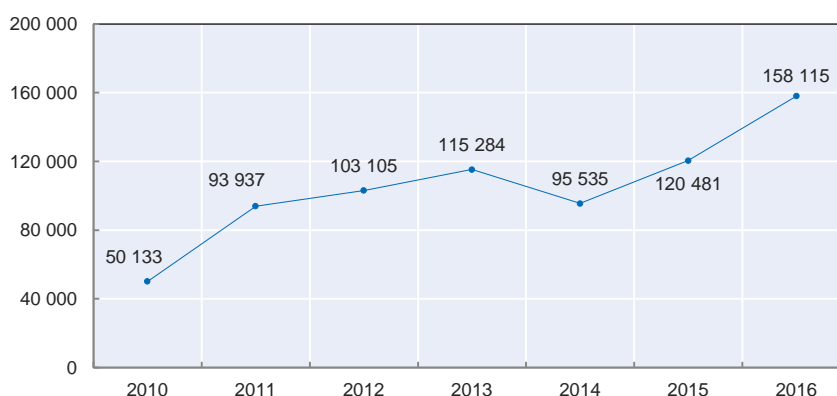
Fonte: DGS

Gráfico 8. Evolução do número de utentes convidados e rastreados no âmbito do rastreio do cancro do cólon e reto



Fonte: DGS

Gráfico 9. Evolução anual do número de utentes rastreados no âmbito do rastreio de retinopatia diabética



Fonte: DGS

Reforço da capacidade de deteção precoce nos cuidados de saúde primários

Com o objetivo de inverter a situação do subdiagnóstico da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) em Portugal, foi publicado o Despacho n.º 6300/2016, de 12 de maio, através do qual se estabeleceu que as ARS devem assegurar, em todos os ACES, o aumento da acessibilidade a espirometria.

Para o efeito foi desenvolvido um projeto-piloto na ARS Alentejo, a partir de outubro de 2016, e na ARS Algarve, a partir de dezembro de 2016, com vista à internalização da realização de espirometrias nos centros de saúde, mediante a criação de uma rede de espirometria que funcione em estreita articulação com os serviços de pneumologia hospitalar e que permita a realização de

espirometrias e de tratamentos de reabilitação respiratória, para resposta à morbilidade crónica causada pela DPOC e ao seu principal fator de risco (o tabaco).

Disponibilização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) nos centros de saúde

Iniciou-se em 2016 um projeto-piloto, fruto de um protocolo estabelecido entre a DGS, o Centro Hospitalar de Lisboa Central e a ARS de Lisboa e Vale do Tejo (ACES Lisboa Central e ACES Loures/Sacavém), que visa aumentar o acesso aos MCDT na área da cardiologia e reforçar a capacidade resolutiva das respostas nos cuidados de saúde primários, abrangendo os seguintes MCDT:

- Eletrocardiograma;
- Registo contínuo de 24 horas do eletrocardiograma;
- Monitorização ambulatória da pressão arterial.

Para além deste projeto-piloto, estavam em vigor em 2016 outros protocolos estabelecidos entre ACES e hospitais do SNS que permitiam a realização de diversos MCDT, especialmente da área da patologia clínica, da imagiologia e da anatomia patológica.

Ainda nesta área, desenvolveram-se durante o ano de 2016 os trabalhos preparatórios para a implementação de Centros Integrados de Diagnóstico e Terapêutica no SNS (CIDT), os quais deverão contribuir para se alcançarem os seguintes objetivos específicos:

- Maior eficiência e resolubilidade dos cuidados de saúde primários;
- Mais acessibilidade dos utentes aos MCDT no SNS;
- Rentabilizar a capacidade instalada na rede pública do SNS;
- Melhorar os tempos de resposta no acesso aos MCDT, constituindo-se como entidades de elevado desempenho e performance;
- Contribuir para a complementaridade e articulação entre as diversas especialidades médicas e para a aproximação entre os cuidados de saúde primários e os hospitalares;
- Racionalizar despesas, através da redução dos encargos com MCDT realizados no exterior, rentabilizando a capacidade instalada no SNS.

Reforço das respostas de medicina física e reabilitação nos ACES

A área específica da prestação de cuidados de reabilitação tem merecido especial atenção em Portugal, considerando a sua importância, atual e futura, para a qualidade de vida e o bem-estar da população.

De entre as várias medidas em curso para reformular a resposta que o SNS possui atualmente nesta área, destaca-se a iniciativa legislativa de publicação da Portaria n.º 252/2016, de 19 de

setembro, através da qual se criou um Grupo de Trabalho de Análise da Medicina Física e de Reabilitação em Ambulatório no SNS, com a responsabilidade de propor uma nova estratégia para a prestação de cuidados de reabilitação no SNS que reforce as respostas dentro do SNS, nomeadamente no âmbito dos cuidados de saúde primários, assim como uma nova perspetiva de avaliação de necessidades, de gestão da informação e de articulação entre todos os prestadores de cuidados de Reabilitação, incluindo os do setor convencionado com o SNS.

Unidades móveis de saúde nos ACES

As unidades móveis de saúde existentes nos vários ACES do SNS são, em regra, constituídas por uma viatura que dispõe de um gabinete de consulta e de uma sala de exames e tratamentos, encontrando-se equipadas com tecnologia de ponta, a nível de diagnóstico, com condições para prestar cuidados de saúde primários aos utentes do SNS, nomeadamente na área clínica e de enfermagem, apoio domiciliário, saúde escolar, vigilância do estado de saúde dos idosos que vivem isolados, rastreios, campanhas de vacinação, entre outros.

O aumento gradual que se tem registado na atividade das unidades móveis de saúde visa incrementar as respostas de proximidade e assegurar a continuidade de cuidados aos utentes do SNS, na medida em que são facilitadoras da implementação efetiva de programas de promoção da saúde e de prevenção da doença, de vigilância do estado de saúde, assim como da prestação de cuidados médicos e de enfermagem a grupos populacionais com maior dificuldade de acesso à saúde ou mais isolados, quer pela distância, quer por dificuldade de transportes, quer por serem grupos mais vulneráveis (idosos ou deficientes).

Alargamento do telerastreamento dermatológico

O programa de telerastreamento dermatológico no SNS visa contribuir para o diagnóstico precoce de lesões dermatológicas e do cancro de pele, assim como para melhorar o acesso às consultas de dermatologia, contribuindo para o cumprimento dos TMRG e para uma resposta mais cómoda para o utente.

Este rastreio consiste na inscrição de um pedido de consulta para telerastreamento dermatológico, com anexação de imagem e de dados clínicos relevantes, seguindo-se uma análise por parte do especialista hospitalar que estuda o caso clínico e, em função dessa análise, efetua o diagnóstico e a intervenção terapêutica adequada.

Em 2016, no âmbito dos Termos de Referência de contratualização de cuidados de saúde, foi implementado um programa de incentivos que pretendeu criar condições para que o rastreio teledermatológico fosse alargado a nível nacional, tendo-se obtido no final do ano os resultados que em seguida se sintetizam:

- No final de 2016, 21 hospitais do SNS já tinham o telerastreamento implementado;

- Durante o ano de 2016, realizaram-se 5 848 consultas através do rastreio teledermatológico (+3 906 consultas realizadas do que em 2015, +201%);
- Em 2016, o peso das consultas realizadas através do rastreio teledermatológico no total de consultas de dermato-venerologia foi de 7,2% (tinha sido de 4,7% em 2015);
- A taxa de resolubilidade do rastreio teledermatológico varia entre 60% e 90%.

Para 2017 continuar-se-á a incentivar a implementação do rastreio teledermatológico em todas as instituições do SNS, contribuindo assim para a melhoria do diagnóstico precoce e do acesso à especialidade de dermato-venerologia nos hospitais do SNS.

Reforço das respostas na área da psicologia e da nutrição

Durante o ano de 2016 continuou a trabalhar-se no reforço das respostas de cuidados de saúde primários na área da psicologia e da nutrição, com a instrução dos processos que permitem a contratação de novos profissionais e a sua integração nas unidades funcionas dos ACES.

Estando assegurada a sua presença em todos os ACES do SNS, pretende-se agora reforçar a presença destes profissionais nos cuidados de saúde primários.

Melhoria da prescrição e utilização de cuidados respiratórios domiciliários

Um dos objetivos do programa nacional para as doenças respiratórias passa pela melhoria da qualidade da prescrição e da utilização de Cuidados Respiratórios Domiciliários (CRD). Os CRD correspondem ao fornecimento de serviços e equipamentos no local de residência dos doentes e suas famílias, com o objetivo de suprir necessidades maioritariamente resultantes de condições respiratórias crónicas, com incapacidade permanente ou doença terminal, de modo a restaurar e manter o seu máximo nível de conforto, função e saúde.

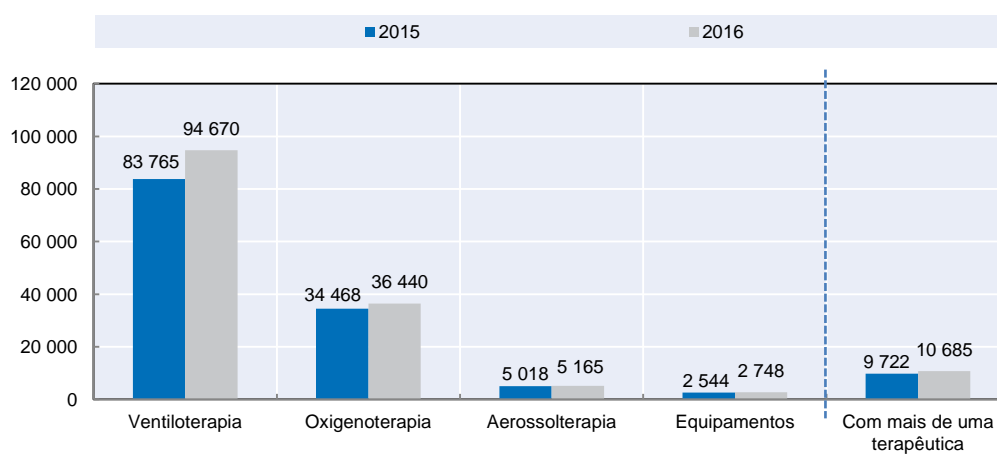
Sob a designação de CRD consideram-se os seguintes serviços por modalidade de tratamento:

- Oxigenoterapia: oxigenoterapia gasosa, oxigenoterapia líquida, oxigenoterapia por concentrador convencional e oxigenoterapia por concentrador portátil;
- Ventiloterapia: através de pressão positiva contínua nas vias aéreas fixa (CPAP) ou automática (AutoCPAP), pressão positiva binível, autobinível; ventilador volumétrico ou, preferencialmente, ventilador híbrido com capacidade de trabalhar em modos de pressão e de volume e servo ventilação autoadaptativa;
- Aerosolterapia: através de sistemas de nebulização pneumática (conjunto de compressor e nebulizador pneumático), sistemas de nebulização ultrassónicos, sistemas de nebulização eletrónicos, sistemas ou equipamentos de nebulização pneumáticos ou eletrónicos “inteligentes”;

- Outros tratamentos: i. Tratamentos de mobilização e eliminação de secreções: aspirador de secreções convencional e in-exsufador; ii. Monitores cardiorrespiratórios baseados em capnografia e oximetria.

A implementação da prescrição eletrónica médica para os CRD tem permitido uma melhoria do controlo do processo de prescrição, assim como tem permitido observar a evolução do número de utentes aos quais foram prescritos tratamentos de CRD em 2016, conforme demonstra o gráfico seguinte.

Gráfico 10. **Evolução do número de utentes com CRD prescritos**



Fonte: SPMS

Caixa 3. A coordenação nacional para a reforma do SNS na área dos cuidados de saúde primários

Através do Despacho n.º 200/2016, publicado na 2ª Série do Diário da República n.º 4, de 7 de janeiro de 2016, foi nomeada a Coordenação Nacional para a reforma do SNS na área dos cuidados de saúde primários, a quem compete investir na expansão e melhoria da capacidade da rede de cuidados de saúde primários, dando início a um novo ciclo que relance um processo que havia sido interrompido, e que se revelou da máxima importância para melhoria da qualidade e da efetividade da primeira linha de resposta do SNS.

Esta coordenação nacional apresentou, a 24 de fevereiro de 2016, o seu plano estratégico operacional de intervenção, tendo identificado 4 eixos estratégicos de atuação:

1. Centralidade nas pessoas;
2. Uma cultura de governação clínica e de saúde;
3. Modernização e requalificação organizacional e gestonária dos ACES;
4. Sistemas de informação ao serviço de todos.

4. Cuidados de saúde hospitalares

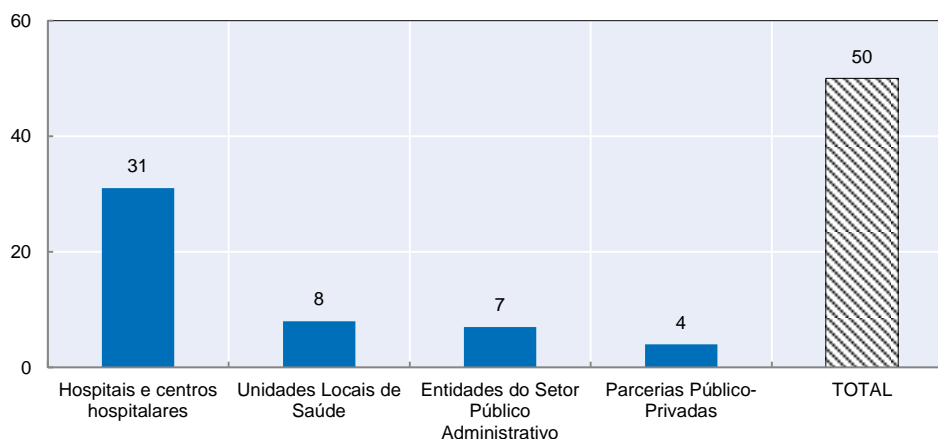
Os hospitais do Serviço Nacional de Saúde têm respondido positivamente ao aumento crescente da procura, implementando diversas medidas de reorganização interna que permitam obter melhores resultados em saúde para os utentes e que promovam elevados níveis de eficácia e eficiência na gestão e na governação clínica, com maior transparência, responsabilização, prestação de contas e centralidade no cidadão e na sua família.

De facto, foram iniciadas durante o ano de 2016 várias reformas que incidem sobre a organização interna dos hospitais, destacando-se a implementação de diversos mecanismos de responsabilização e avaliação, a garantia da melhoria da informação clínica e de gestão, o aprofundamento das relações de parceria e complementaridade entre as várias estruturas do SNS, o reforço da coordenação e a articulação com outros níveis de cuidados e outros agentes, da saúde e sociais, entre outras.

Caracterização da oferta hospitalar do SNS

No final do ano 2016 existiam 50 instituições hospitalares integradas no SNS. O gráfico seguinte apresenta a distribuição das instituições hospitalares do SNS por estatuto jurídico.

Gráfico 11. Número de instituições hospitalares do SNS em 2016



Fonte: ACSS

Em termos de capacidade instalada ao nível do internamento hospitalar (lotação de camas), existiam 21.384 camas no final de 2016 (+0,4% do que em igual período do ano 2015), conforme se demonstra no quadro seguinte.

Quadro 7. Número de camas hospitalares do SNS

	Número de camas hospitalares							Var. 2016/2015	
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Valor	%
Norte	7.197	7.316	7.146	7.079	7.111	7.073	7.078	5	0,1%
Centro	5.080	5.058	4.917	4.839	4.706	4.695	4.693	-2	0,0%
Lisboa e Vale do Tejo	7.980	8.153	8.002	7.732	7.744	7.734	7.816	82	1,1%
Alentejo	946	947	943	918	885	892	890	-2	-0,2%
Algarve	790	825	906	877	889	911	907	-4	-0,4%
TOTAL	21.993	22.299	21.914	21.445	21.335	21.305	21.384	79	0,4%

Fonte: ACSS

A taxa de ocupação do internamento hospitalar foi de 85,9% em 2016, o que demonstra um crescimento de 1,2% relativamente ao ano 2015.

Orientações sobre o reforço do acesso aos cuidados hospitalares em 2016

O processo de contratualização hospitalar de 2016 procurou contribuir para a promoção do acesso ao SNS, introduzindo um conjunto de orientações e de medidas inovadoras para a melhoria do desempenho assistencial das instituições hospitalares do SNS, com destaque para as seguintes:

- Implementação de mecanismos de livre acesso e circulação do utente no contexto do SNS, diversificando as alternativas e aumentando a capacidade dos cidadãos de intervirem proactivamente e de forma responsável na gestão do seu estado de saúde e bem-estar;
- Gestão partilhada de recursos no contexto do SNS;
- Rentabilização da capacidade instalada no SNS em termos de equipamentos e de recursos humanos disponíveis;
- Promoção da transparência e da cultura da prestação de cuidados de saúde em equipa multidisciplinar e multiprofissional;
- Reorganização da oferta dos cuidados disponibilizados pelas instituições hospitalares, através do processo de planeamento estratégico trienal que permita dar cumprimento às Redes de Referência Hospitalar do SNS;
- Consolidação dos processos de afiliação e do trabalho em rede colaborativa entre instituições hospitalares, centrando a organização dos cuidados nas necessidades e percursos do utente e incentivando a cooperação entre instituições para determinadas valências, por forma a melhorar a qualidade e eficiência da prestação;
- Cumprimento escrupuloso dos TMRG, gerindo as listas de espera para consultas, cirurgias e MCDT de forma adequada e atempada, através do Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA);

- Prioridade aos cuidados prestados em ambulatório (médico e cirúrgico), incentivando a transferência de cuidados de internamento para o ambulatório e de cuidados hospitalares para os cuidados de saúde primários.

Reconhecimento de Centros de Referência no SNS

Conforme referido no Despacho n.º 3653/2016, de 7 de março, emanado pelo Senhor Ministro da Saúde e publicado no Diário da República n.º 50/2016, de 11 de março, a constituição de Centros de Referência (CRe) no SNS é um processo que se reveste de maior importância, tanto a nível nacional como europeu, para a prestação de cuidados de saúde de qualidade e para o prestígio e competitividade do Sistema de Saúde português face aos demais sistemas de saúde na União Europeia, posicionando os prestadores nacionais para as Redes Europeias de Referência que vierem a ser criadas (atualmente, Portugal já integra 16 redes europeias, das 24 existentes).

Durante o ano de 2016, e sob proposta da Comissão Nacional para os Centros de Referência foram oficialmente reconhecidos pelo Ministério da Saúde 77 Centros de Referência (num total de 90) para as seguintes áreas:

- Cardiologia de intervenção estrutural;
- Cardiopatias congénitas;
- Doenças hereditárias do metabolismo;
- Epilepsia refratária;
- Onco – oftalmologia (retinoblastoma e melanoma ocular);
- Oncologia de adultos – cancro do esófago;
- Oncologia de adultos – cancro do reto;
- Oncologia de adultos – cancro do testículo;
- Oncologia de adultos – cancro hepatobiliar/pancreático;
- Oncologia de adultos – sarcomas das partes moles e ósseos;
- Oncologia pediátrica;
- Paramiloidose familiar;
- Transplantação pulmonar;
- Transplantação renal pediátrica;
- Transplante de coração;
- Transplante hepático;
- Transplante pâncreas;
- Transplante rim adultos.

Recorde-se que os CRe são qualquer serviço, departamento ou unidade de saúde, reconhecido como o expoente mais elevado de competências na prestação de cuidados de saúde de elevada

qualidade em situações clínicas que exigem uma concentração de recursos técnicos e tecnológicos altamente diferenciados, de conhecimento e experiência, devido à baixa prevalência da doença, à complexidade no seu diagnóstico ou tratamento ou aos custos elevados da mesma, sendo capaz de conduzir formação pós-graduada e investigação científica nas respetivas áreas médicas.

Preparação da criação dos Centros de Responsabilidade Integrados

Decorreram durante o ano de 2016 os trabalhos preparatórios à publicação do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, que aprovou o regime jurídico da gestão hospitalar e os princípios e regras aplicáveis às unidades de saúde que integram o SNS, o qual consagrou a possibilidade de serem criados Centros de Responsabilidade Integrados (CRI), enquanto estruturas orgânicas de gestão intermédia, dependentes dos conselhos de administração, dotados de autonomia técnica, funcional e de gestão e estabelecem um processo de contratualização interna.

Os CRI serão constituídos por profissionais fortemente motivados, que queiram aderir a um modelo de organização orientado por objetivos negociados, transparência de processos, responsabilização das partes por um projeto comum, promotor da meritocracia, que reconhece e premeia o desempenho coletivo e individual e assentam na responsabilização individual e organizacional que operacionalize a reorganização interna das instituições.

Com a organização dos hospitais do SNS em CRI pretende-se alcançar uma maior eficiência, eficácia e economia através da desburocratização, da rentabilização dos recursos disponíveis com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, traduzindo-se em ganhos em saúde, resultados e satisfação dos utilizadores e profissionais.

Reforço dos processos de afiliação e de trabalho cooperativo e em rede no SNS

Durante o ano de 2016, foram estabelecidos diversos protocolos de afiliação entre as instituições hospitalares do SNS, os quais visam melhorar a articulação entre si, permitindo assim a obtenção de ganhos de acesso e qualidade para os utentes do SNS e de eficiência para o SNS.

Estes protocolos de afiliação abrangem diversas áreas, com especial destaque para a cooperação técnica entre os vários serviços e profissionais de saúde, para a partilha de documentação e de conhecimentos, para a formação e especialização, para investigação e para prestação de serviços de saúde comuns, que abrangem áreas tão diversas como anatomia patológica, psiquiatria, oncologia, radioterapia, ortopedia, dermatologia, urologia/litotrócia, hematologia ou cirurgia vascular, entre outras.

Para além destes processos de afiliação hospitalar, iniciou-se ainda em 2016 o desenvolvimento do sistema de Gestão Partilhada de Recursos do Serviço Nacional de Saúde (GPR SNS), o qual possibilita a partilha de recursos entre as instituições do SNS, contribuindo assim para a rentabilização da capacidade instalada disponível e para o reforço da cooperação e da articulação entre as instituições públicas, para o aumento da produtividade global do SNS e para o cumprimento integral dos TMRG no SNS.

Neste âmbito, importa destacar o programa de incentivo à realização de atividade cirúrgica no SNS que se iniciou em 2016 e que visou a melhoria da capacidade de resposta cirúrgica dos hospitais públicos, conforme se explicitará no ponto 2.4 da Parte III deste documento.

Importa ainda referir que o sistema GPR SNS será operacionalizado através de uma plataforma eletrónica de gestão centralizada que se encontra em implementação em todas as instituições do SNS e que permite aproximar as disponibilidades e as necessidades existentes nas áreas de MCDT, cirurgias, consultas, equipamentos, entre outros serviços que sejam passíveis de partilha entre instituições do SNS.

Revisão das Redes de Referência Hospitalar

Em 2016, através da Portaria n.º 147/2016, de 19 de maio, foi estabelecido o processo de classificação dos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde do SNS e foi definido que o processo de requalificação da rede hospitalar do SNS assenta na definição das Redes de Referência Hospitalar.

As Redes de Referência Hospitalar desempenham assim um papel fulcral na estrutura de prestação de cuidados de saúde hospitalares no SNS enquanto sistemas integrados, coordenados e hierarquizados que promovem a satisfação das necessidades em saúde aos mais variados níveis, designadamente: do diagnóstico e terapêutica; da formação; da investigação e colaboração interdisciplinar, contribuindo para a garantia de qualidade dos cuidados prestados pelas diferentes especialidades hospitalares.

A listagem *infra* apresenta a informação referente às Redes de Referência Hospitalar que foram aprovadas em 2016 e em anos anteriores, assim como aquelas que foram aprovadas já em 2017, fruto do trabalho desenvolvido nos anos anteriores, nomeadamente:

- Oftalmologia (aprovada por despacho do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, de 4 janeiro de 2017);
- Medicina nuclear (aprovada por despacho do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, em 18 novembro de 2016);
- Anatomia patológica (aprovada por despacho do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, de 28 de fevereiro de 2017);
- Medicina física e de reabilitação (aprovada por despacho do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, de 28 de fevereiro de 2017);
- Nefrologia (aprovada por despacho do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, de 19 de junho de 2017);
- Anestesiologia (aprovada por despacho do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, de 19 de junho de 2017);
- Cardiologia (aprovada por despacho do Ministro da Saúde, de 2 de novembro de 2015);

- Hematologia clínica (aprovada por despacho do Ministro da Saúde, de 9 novembro 2015);
- Oncologia médica (aprovada por despacho do Ministro da Saúde, de 9 novembro 2015);
- Pneumologia (aprovada por despacho do Ministro da Saúde de 9 de novembro de 2015);
- Radioncologia (aprovada por despacho do Ministro da Saúde de 9 de novembro de 2015);
- Cirurgia geral (aprovada por despacho do Ministro da Saúde, de 13 novembro de 2015);
- Infecção pelo VIH/SIDA (aprovada por despacho do Ministro da Saúde, de 19 novembro 2015);
- Psiquiatria e saúde mental (aprovada por despacho do Ministro da Saúde de 23 de novembro de 2015);
- Reumatologia (aprovada por despacho do Ministro da Saúde, de 23 novembro de 2015).

Encontram-se ainda em revisão as redes de referência hospitalar para as áreas de ortopedia, patologia clínica, neurorradiologia e radiologia e encontram-se em criação as redes de referência hospitalar para as áreas da cirurgia maxilo-facial, dermatovenereologia, endocrinologia e nutrição, genética médica, imunológico, medicina interna e psiquiatria da infância e da adolescência.

Recorde-se que a constituição das Redes de Referência tem em atenção as necessidades específicas dos utentes e a forma de organização dos serviços, devendo ser entendida como um sistema integrado de prestação de cuidados de saúde, pensada e organizada de uma forma coerente e assente em princípios de racionalidade, complementaridade, apoio técnico e eficiência.

A participação pública no processo da elaboração das Redes de Referência Hospitalar permite assegurar transparência e a oportunidade de todos os interessados poderem participar em instrumentos que são estruturais, aproximando os decisores dos profissionais e dos utentes, e desta forma garantindo uma maior credibilização do processo.

Implementação do mecanismo de Livre Acesso e Circulação de utentes no SNS

Em 2016, com a publicação do Despacho n.º 5911-B/2016, de 3 de maio, foi criado o sistema de Livre Acesso e Circulação (LAC) de utentes no SNS, o qual permite que o utente, em conjunto com o seu médico de família, possa optar por ser seguido em qualquer instituição hospitalar do SNS onde exista a consulta de especialidade médica mais adequada à sua situação clínica.

Com a implementação do LAC o utente que necessite de uma consulta de especialidade hospitalar pode, em conjunto com o médico de família responsável pela referência, optar por qualquer uma das unidades hospitalares do SNS onde exista a especialidade em causa.

Deixou assim de existir uma rede pré-definida para os pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar, sendo dada ao utente a possibilidade de escolher qual o hospital de destino que prefere, em conjunto com o seu médico de família, consultando informação sobre:

- Instituições hospitalares do SNS disponíveis por especialidade;
- Tempos médios de resposta para primeira consulta hospitalar, por prioridade;
- Tempos médios de resposta para cirurgias programadas, por prioridade;
- Número de quilómetros de distância entre a unidade funcional de cuidados de saúde primários do médico de família e o hospital do SNS.

Incentivo à implementação de respostas de hospitalização domiciliária no SNS

Durante o ano de 2016 decorreram experiências-piloto de implementação de respostas de hospitalização domiciliária em instituições hospitalares do SNS, nomeadamente no Hospital Garcia de Orta, no Centro Hospitalar Trás-os-Montes-Alto-Douro e no Hospital Senhora da Oliveira, em Guimarães, as quais tiveram em comum as seguintes características:

- Prestação de cuidados no domicílio a utentes na fase aguda da doença, realizados por profissionais do hospital;
- Prestação de cuidados em articulação com outras equipas internas do hospital e com os cuidados de saúde primários, transferindo os utentes para as equipas de cuidados de saúde primários sempre que a intensidade dos cuidados se atenua, abreviando assim o tempo de internamento;
- Resposta assegurada durante 24 horas por dia, nos 7 dias da semana, com suporte dos restantes serviços do hospital;
- Registo de atividade realizado nos sistemas de informação hospitalares, assim como as prescrições de medicamentos e MCDT que forem necessários à execução adequada do plano de cuidados do utente em causa;
- Acompanhamento da atividade de acordo com um painel de indicadores pré definidos e que permitem efetuar a aferição da qualidade, nomeadamente demora média, taxas de reinternamento, mortalidade e inquérito de satisfação.

O acompanhamento destas experiências-piloto durante o ano de 2016, e a evidência obtida em termos de comodidade para os utentes e para os seus cuidadores formais e informais, de ganhos ao nível da eficiência da gestão do internamento, da redução das infeções nosocomiais e da garantia da continuidade de cuidados, levou à implementação de uma modalidade de pagamento específica para incentivar este modelo de prestação de cuidados hospitalares no domicílio, conforme definido nos Termos de Referência para a contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2017, publicado em dezembro de 2016.

Centros académicos clínicos

O programa do XXI Governo Constitucional assumiu, como uma das suas medidas fundamentais na área da saúde, o aperfeiçoamento da gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde através, designadamente, da melhoria da articulação entre as funções

assistenciais, de ensino, de formação pré e pós-graduada e de investigação em universidades, institutos politécnicos e laboratórios de Estado e, na área do ensino superior, a reativação de um pacto de confiança estimulando uma melhor integração entre ensino e investigação.

Nesta sequência, foi desenvolvida uma estratégia de reforço da qualificação e do desenvolvimento científico no domínio da saúde, designadamente através de uma colaboração crescente entre as escolas médicas, os centros hospitalares e as unidades de investigação.

Dando concretização a esta abordagem moderna da articulação da atividade assistencial, do ensino e da investigação, foram criados, entre 2009 e 2016, sete centros académicos clínicos, que associam escolas médicas a centros hospitalares e unidades de investigação:

1. Centro Académico de Medicina de Lisboa, consórcio entre o Centro Hospitalar de Lisboa Norte, a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e o Instituto de Medicina Molecular;
2. Centro Clínico Académico - Braga, associação entre a Universidade do Minho, a Escala Braga - Entidade Gestora de Estabelecimentos e o Hospital CUF Porto;
3. Centro Médico Universitário de Lisboa, consórcio entre o Centro Hospitalar de Lisboa Central e a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa;
4. Centro Académico Clínico de Coimbra CHUC-UC, consórcio entre o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e a Universidade de Coimbra;
5. Centro Académico Clínico ICBAS-CHP, consórcio entre o Centro Hospitalar do Porto e a Universidade do Porto, através da sua unidade orgânica Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar;
6. Centro Universitário de Medicina FMUP-CHSJ, consórcio entre o Centro Hospitalar de São João e a Universidade do Porto, através da sua unidade orgânica Faculdade de Medicina;
7. Centro Académico de Investigação e Formação Biomédica do Algarve, consórcio entre o Centro Hospitalar do Algarve e a Universidade do Algarve através do seu centro de investigação CBMR - *Center for Biomedical Research* e do seu Departamento de Ciências Biomédicas e Medicina.

Estas entidades constituem-se como uma estrutura integrada de assistência, ensino e investigação médica que tem como principal objetivo o avanço e a aplicação do conhecimento e da evidência científica para a melhoria da prestação de cuidados de saúde.

Ainda neste âmbito, foi criado em 2016, através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 22/2016, de 24 de março, o Conselho Nacional dos Centros Académicos Clínicos, com o objetivo de estimular e apoiar o desenvolvimento coordenado da atividade destes Centros, potenciando a cooperação interinstitucional nesta matéria, criando uma reserva natural onde a investigação, o conhecimento e o entrosamento entre a parte hospitalar tradicional e o ensino se concretize.

Simultaneamente foi atribuída a este Conselho a tarefa de promover a articulação regional entre os Centros Académicos Clínicos, as escolas de enfermagem, de saúde e de tecnologias da saúde e as unidades prestadoras de cuidados de saúde, tendo em vista promover e valorizar serviços especializados de apoio clínico nos cuidados de saúde primários e hospitalares, assim como apoio remoto à população e apoio de proximidade ao envelhecimento saudável com base na especificidade local instalada.

Caixa 4. A coordenação nacional para a reforma do SNS na área dos cuidados hospitalares

Através do Despacho n.º 199/2016, publicado na 2ª Série do Diário da República n.º 4, de 7 de janeiro de 2016, foi nomeada a coordenação nacional para a reforma do SNS na área dos cuidados hospitalares, a quem compete concretizar uma melhoria relevante no funcionamento dos hospitais, assim contribuindo para o relançamento e sustentabilidade do SNS.

Esta missão exige a implementação de reformas que contribuam para:

- Melhorar a qualidade dos processos, a segurança e a experiência dos doentes;
- Aumentar o acesso e diminuir o tempo de resposta nos hospitais;
- Aumentar a eficiência, reduzindo o desperdício sob todas as suas formas;
- Desenvolver os profissionais para melhoria do seu desempenho;
- Reforçar a governação clínica e a sustentabilidade do SNS.

5. Cuidados continuados integrados

Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e a sua funcionalidade, no âmbito da sua situação de dependência.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criada através do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, tem como principais objetivos a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência e com perda de autonomia.

Este inovador modelo de prestação de cuidados atravessa de forma transversal o SNS e as respostas institucionais do setor social, assentando no funcionamento em rede, onde as diferentes tipologias de resposta fazem a articulação entre o nível hospitalar e o nível de cuidados primários, criando assim uma rede que interrelaciona a clássica organização parcelada que até ao aparecimento da RNCCI caracterizava as respostas do setor social e da saúde.

A RNCCI está presente em todo o território continental, com as tipologias de cuidados domiciliários e de internamento, e inclui instituições públicas, privadas e do setor social que prestam cuidados integrados no domínio da saúde e da ação social a pessoas em situação de dependência ou perda de autonomia cuja situação não exige internamento hospitalar mas requer cuidados distintos dos prestados nas unidades de tratamento de situações agudas de doença.

Com a RNCCI é promovida a autonomia e a funcionalidade das pessoas, através da reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social pelo que, para cada situação é preconizada uma abordagem integrada de saúde e ação social.

Estão disponíveis diversas tipologias de prestação de cuidados, nomeadamente: unidades de convalescença (UC), unidades de média duração e reabilitação (UMDR), unidades de longa duração e manutenção (UCDM) e equipas domiciliárias - Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

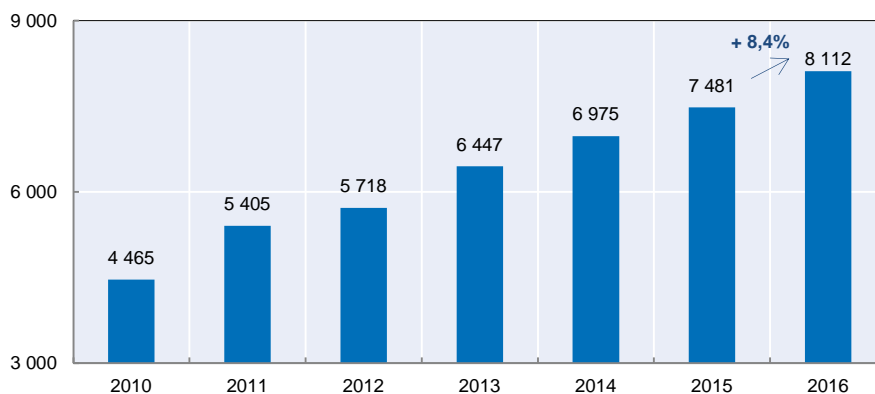
A RNCCI alargou o seu âmbito de intervenção em 2016, ao terem sido inauguradas em junho de 2016 as primeiras Unidade de Internamento de Cuidados Integrados Pediátricos e Unidade de Ambulatório Pediátrica, denominadas "O Castelo", que proporcionaram o acesso de crianças com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência em regime de internamento ou de unidade de dia.

Alargamento do número de camas de internamento na RNCCI

No final de 2016, a RNCCI era composta por um total de 8.112 camas de internamento, o que representa um crescimento de 631 camas (8,4%) em relação a 2015, essencialmente suportado no crescimento das camas de Longa Duração e Manutenção (+ 272 camas) e de Média Duração e Reabilitação (+ 312 camas), conforme demonstram os gráficos seguintes. Em 2016 existiam ainda 288 camas de cuidados paliativos na RNCCI, que em 2017 integraram a Rede Nacional de Cuidados Paliativos.

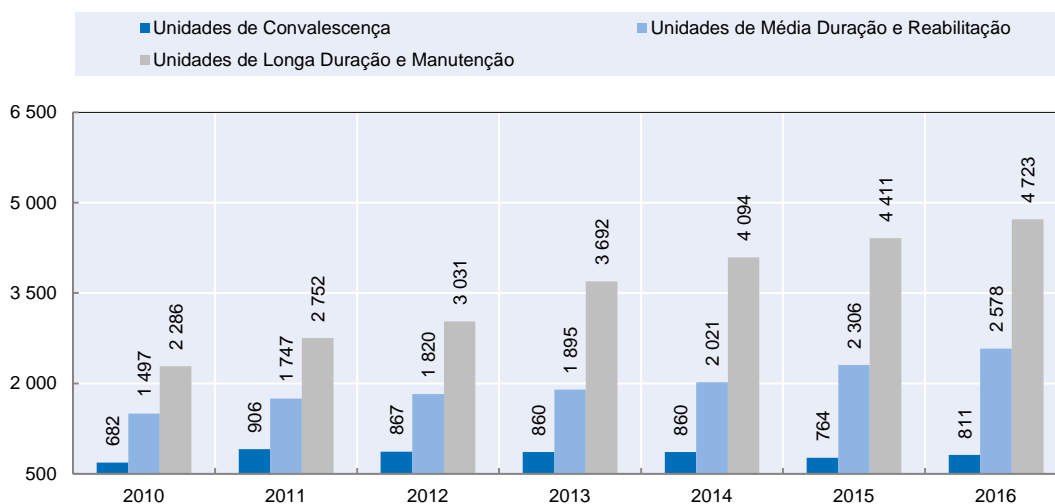
Os valores de camas que em seguida se apresentam, de 2010 a 2016, não incluem as camas de cuidados paliativos, apesar de estes integrarem a RNCCI até final de 2016.

Gráfico 12. Evolução do número de camas contratadas em funcionamento



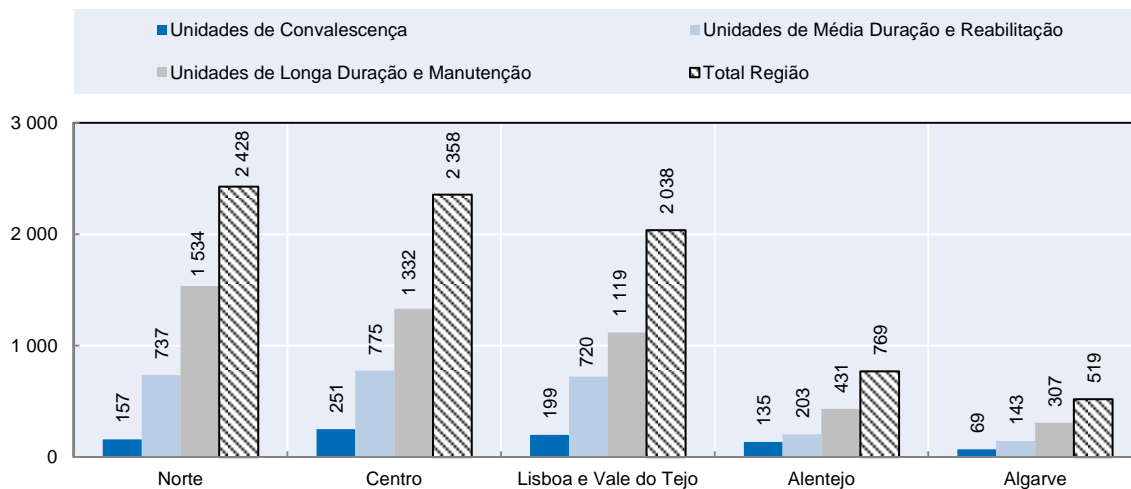
Fonte: ACSS

Gráfico 13. Evolução do número de camas contratadas em funcionamento por tipologia



Fonte: ACSS

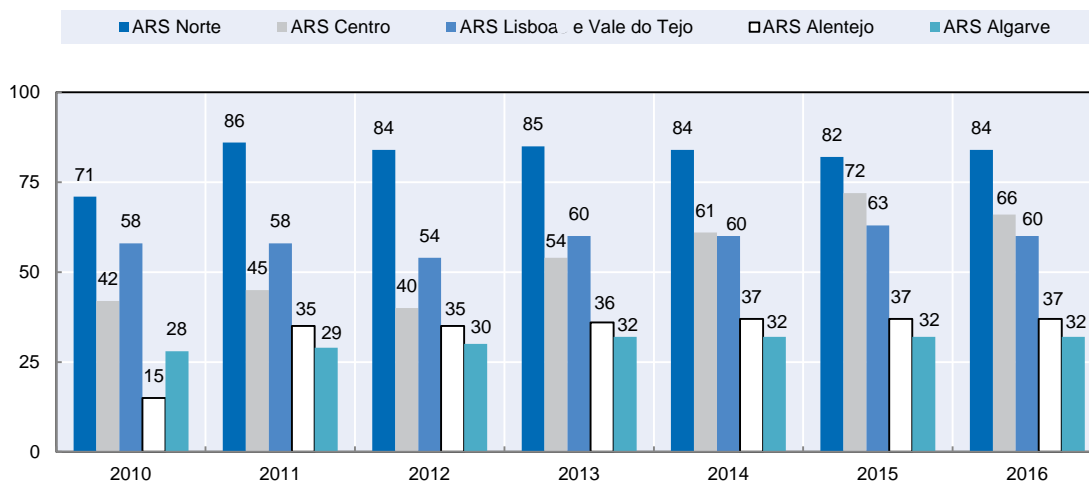
Gráfico 14. Número de camas em atividade por região de saúde (a 31 de dezembro 2016)



Fonte: ACSS

Analisando agora a evolução em termos de respostas de ambulatórios da RNCCI, constatamos, como regra geral para todas as regiões de saúde, a manutenção da capacidade de resposta efetivamente disponível no ano de 2016, existindo um total de 279 ECCI que correspondem a um total de 6.264 lugares domiciliários da RNCCI (cerca de 43% do total de lugares da RNCCI em final de 2016).

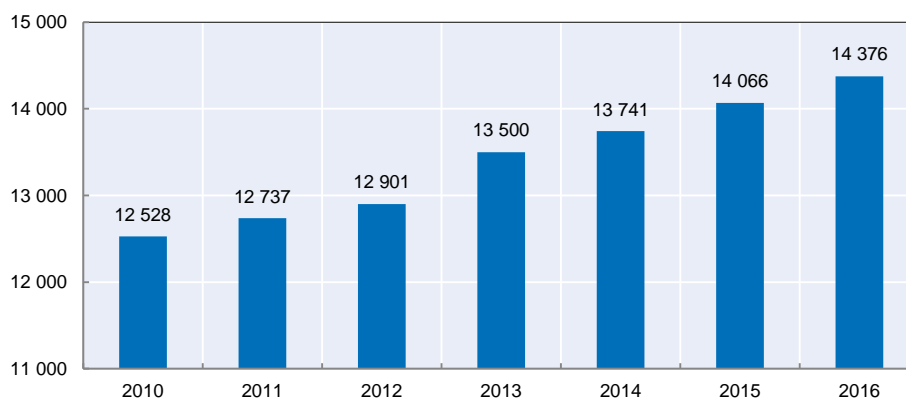
Gráfico 15. Evolução do número de Equipas de Cuidados Continuados Integrados



Fonte: ACSS

Em termos globais, existiam no final de 2016 um total de 14.376 lugares na RNCCI, entre internamento e respostas domiciliárias, o que representa um crescimento de lugares na ordem dos 2,2% em relação a 2015, conforme se apresenta no gráfico seguinte.

Gráfico 16. Evolução anual do total de lugares da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados



Fonte: ACSS

Tendo por base o grupo etário dos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos (censos de 2011), o quadro seguinte evidencia que a região Centro e Alentejo apresentam os melhores resultados no indicador número camas por 100.000 habitantes \geq de 65anos, seguindo-se muito de perto a região do Algarve.

A região de Lisboa e Vale do Tejo mantém ainda a menor cobertura populacional em relação a lugares de internamento, apesar do crescimento do número de lugares registado em 2016. Em termos de lugares domiciliários, o Algarve mantém a maior cobertura, como já acontecia em anos anteriores, seguido do Alentejo e de Lisboa e Vale do Tejo.

Quadro 8. Cobertura populacional de lugares na RNCCI em 2016

	Habitantes com idade \geq 65 anos	Número de Camas	Número de Camas por 100.000 hab. \geq de 65anos	Número de Lugares ECCI	Número de lugares ECCI por 100.000 hab. \geq de 65anos	Número de lugares totais	Número de lugares totais por 100.000 hab. \geq de 65anos
Norte	631.439	2.428	385	1.623	257	4.051	642
Centro	393.338	2.358	599	887	226	3.245	825
Lisboa e Vale do Tejo	696.815	2.038	292	2.105	302	4.143	595
Alentejo	128.427	769	599	564	439	1.333	1.038
Algarve	87.769	519	591	1.085	1.236	1.604	1.828
Total	1.937.788	8.112	419	6.264	323	14.376	742
		56%		44%			

Fonte: ACSS

Participação dos parceiros na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

As respostas de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, com base no estabelecimento de acordos com Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), representam 80% do total de acordos celebrados, representando a contratação de 6.236 camas, as quais representam 76,9% da oferta global da rede.

No âmbito das IPSS, as Santas Casas da Misericórdia (SCM) representam 53% do total de acordos celebrados, com 3.964 camas contratadas, correspondendo a cerca de 48,9 % do total de camas.

Quadro 9. Acordos celebrados no âmbito da RNCCI e entidades prestadoras
(a 31 de dezembro de 2016)

Entidade Prestadora	Acordos celebrados	Percentagem total de acordos celebrados	Número de camas contratadas	Percentagem de camas por acordos celebrados	
SNS	7	2%	190	2,3%	
IPSS	SCM	179	53%	3.964	48,9%
	Outras	92	27%	2.272	28,0%
Total IPSS	271	80%	6.236	76,9%	
Privada com fins lucrativos	59	18%	1.686	20,8%	
Total	337		8.112		

Fonte: ACSS

Em relação a 2015, as IPSS cresceram 4% em número de acordos, com o maior crescimento a registar-se nas IPSS fora do âmbito das SCM, com 10%.

Quadro 10. Evolução anual do número de Acordos e de Camas Contratadas da RNCCI

Entidade Prestadora	Número acordos	Número de camas contratadas	Número acordos	Número de camas contratadas	Var. 2016/2015	
					Acordos	Camas Contratadas
SNS	15	299	7	190	-53%	-36,5%
IPSS	SCM	177	179	3.964	1%	4,3%
	Outras	84	92	2.272	10%	11,1%
Total IPSS	261	5.845	271	6.236	4%	7,0%
Privada com fins lucrativos	60	1.615	59	1.686	-2%	4,4%
Total	336	7.759	337	8.112	0%	5,0%

Fonte: ACSS

Caixa 5. A coordenação nacional para a reforma do SNS na área dos cuidados continuados integrados

Através do Despacho n.º 201/2016, publicado na 2ª Série do Diário da República n.º 4, de 7 de janeiro de 2016, foi nomeada a coordenação nacional para a reforma do SNS na área dos cuidados continuados integrados, a quem compete concretizar a expansão da capacidade de resposta da RNCCI, privilegiando a domiciliação e as respostas comunitárias e dando prioridade às regiões e às respostas mais carenciadas.

A estratégia a seguir por esta coordenação nacional visa alcançar a expansão e melhoria da integração da RNCCI e de outros serviços de apoio às pessoas em situação de dependência, tendo como orientação os seguintes vetores de intervenção:

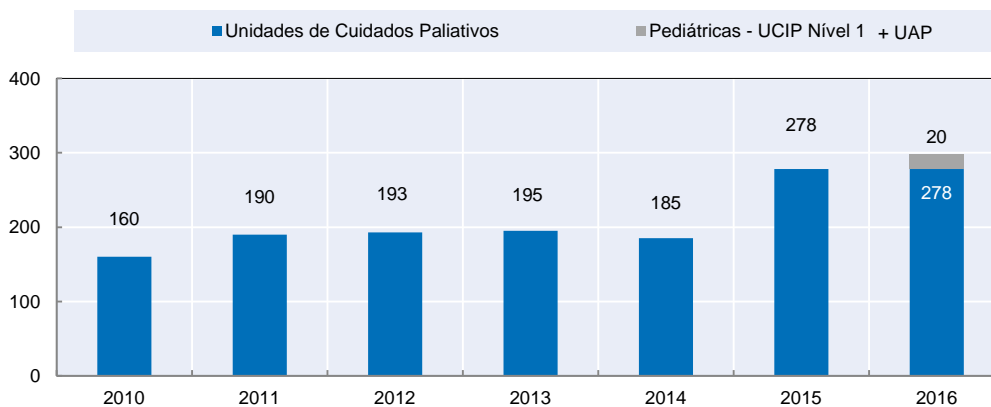
- Reforço dos cuidados continuados prestados no domicílio e em ambulatório;
- Reforço da rede nacional através do aumento do número de vagas em cuidados continuados integrados em todas as suas tipologias, num esforço conjunto com as organizações do terceiro setor e o setor privado, com especial incidência nos grandes centros urbanos;
- Reconhecimento e apoio a cuidadores informais que apoiam as pessoas dependentes nos seus domicílios;
- Reforço da investigação e integração de TIC com vista ao desenvolvimento de Ambientes de Vida Assistida (AVA);
- Incremento da formação e da Governança Clínica.

6. Cuidados paliativos

A Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, prevista na Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro, visa contribuir para a melhoria da acessibilidade, da humanização e da qualidade da prestação de cuidados paliativos no SNS, operacionalizando-se através da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP).

Em termos da resposta de internamento, registou-se nos últimos 2 anos (2015 e 2016) uma forte aposta no crescimento do número de camas de internamento disponíveis para a prestação de cuidados paliativos especializados, destacando-se em 2016, pela primeira vez, a aposta em Cuidados Paliativos Pediátricos, conforme demonstra o gráfico seguinte.

Gráfico 17. Evolução do número de camas e lugares em funcionamento da RNCP por tipologia



Legenda: UCIP – Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos; UAP – Unidade de Ambulatório Pediátrica
Fonte: ACSS

Ainda em 2016, e com o objetivo de promover a resposta do SNS na área dos Cuidados Paliativos, foi nomeada a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, à qual compete, entre outras funções, a elaboração de planos estratégicos bianuais para o desenvolvimento dos cuidados paliativos no SNS.

O Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos para o biénio 2017-2018 foi aprovado pelo Despacho n.º 14311-A/2016, de 28 de novembro, tendo contado com uma ampla colaboração de peritos e especialistas nacionais, nomeadamente os coordenadores regionais da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), e integrado os contributos recebidos no âmbito da Consulta Pública ocorrida de 21 de setembro a 15 de outubro de 2016.

Este plano estratégico preconiza o desenvolvimento de uma RNCP funcional, plenamente integrada no SNS e implementada em todos os níveis de cuidados de saúde, que permita a equidade no acesso a cuidados paliativos de qualidade, adequados às necessidades holísticas (físicas, psicológicas, sociais e espirituais), e preferências dos doentes e suas famílias.

Pretende-se assim a construção de uma RNCP segundo um modelo colaborativo e integrado assegurando a intervenção das equipas de cuidados paliativos nos três níveis de cuidados de saúde existentes em Portugal, cuidados de saúde primários, cuidados de saúde hospitalares e cuidados continuados integrados e o acesso rápido e flexível a estas equipas, criando uma “rede funcional” de cuidados paliativos, aumentando e facilitando o acesso a este tipo de cuidados e fortalecendo a Abordagem Paliativa realizada por todos os profissionais de saúde.

Assim, para o biénio 2017-2018 pretende-se:

- Estimular a implementação das Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), a criação de Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) em todas as instituições hospitalares do Serviço Nacional de Saúde e o desenvolvimento de Unidades de Internamento Cuidados Paliativos (UCP), pelo menos nos hospitais do grupo E e F.
- Promover formação básica em Cuidados Paliativos, a nível pré-graduado, para todos os profissionais de saúde, nomeadamente médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, bem como a formação de nível intermédio para aqueles que lidam frequentemente com pessoas portadoras de doença incurável, avançada e progressiva.
- Trabalhar com as ordens/associações profissionais na definição dos perfis de especialistas em Cuidados Paliativos e na definição das dotações seguras de pessoal para trabalhar nas equipas.

Caixa 6. A comissão nacional de cuidados paliativos

Através do Despacho n.º 14311-A/2016, de 28 de novembro, foram designados os membros da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP), que tomaram posse no dia 15 de junho de 2016, juntamente com todos os coordenadores regionais de cuidados paliativos. A estratégia a seguir pela comissão nacional tem como objetivo garantir a todos os cidadãos, residentes em Portugal continental, acesso atempado e adequado a cuidados paliativos de qualidade e a utilização eficiente dos recursos disponíveis, assentando em 8 linhas estratégicas de intervenção:

1. Organização e coordenação;
2. Melhoria e generalização do nível básico de cuidados paliativos;
3. Adequação dos recursos assistenciais especializados em cuidados paliativos;
4. Formação e capacitação dos profissionais de saúde;
5. Acreditação e monitorização das equipas especializadas de cuidados paliativos;
6. Melhoria dos sistemas de informação;
7. Informação e sensibilização da população;
8. Investigação em cuidados paliativos.

7. Saúde mental

Os problemas de saúde mental constituem, atualmente, a principal causa de incapacidade presente na população, e uma das mais importantes causas de morbilidade nas nossas sociedades.

De facto, as necessidades no âmbito da saúde mental exigem respostas atempadas e adequadas por parte dos serviços de saúde, com o envolvimento de outras estruturas públicas e de instâncias da comunidade, no âmbito de uma política nacional clara e adaptada à exigência dos nossos dias.

As perturbações mentais e do comportamento mantêm um peso significativo no total de anos de vida saudável perdidos pelos portugueses, com uma taxa de 11,7% contra 13,7% das doenças cerebrovasculares e 10,4% das doenças oncológicas, revela o relatório “Portugal – Saúde Mental em Números 2016” apresentado pela Direção-Geral da Saúde. Simultaneamente, as perturbações mentais representam 20,55% do total de anos vividos com incapacidade, seguidas pelas doenças respiratórias (5,06%) e a diabetes (4,07%).

Plano nacional de saúde mental (2007-2016)

O plano nacional de saúde mental (PNSM) 2007-2016 foi aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, de 24 de janeiro, publicada no Diário da República, 1.ª série, n.º 47, de 6 de março de 2008, como instrumento de gestão adequado, que permite responder às necessidades identificadas na área da saúde mental.

Dez anos volvidos, e após a implementação do plano nacional de saúde mental ter sido alvo de várias avaliações sistemáticas, foi determinado que a DGS procedesse à avaliação da implementação do PNSM 2007-2016, de forma a definir uma estratégia ou dar continuidade, permitindo alinhar este Plano com o calendário do Plano Nacional de Saúde no seu conjunto (até 2020), sendo naturalmente definidos como seus referenciais os do Plano de Ação Global para a Saúde Mental 2013-2020 da Organização Mundial da Saúde (OMS) e as recentemente aprovadas linhas de ação estratégicas para a saúde mental e bem-estar da União Europeia.

Durante o ano de 2016 decorreu a análise da evolução dos diferentes serviços, quer quanto à sua estrutura, quer ao seu funcionamento, permitindo assim avaliar o nível de progresso alcançado desde 2008 na prestação de cuidados de saúde mental. Sublinha-se que esta avaliação será crucial para a definição ou continuação de estratégias na área da saúde mental, no quadro da atualização do seu plano nacional.

O programa nacional para a saúde mental destaca as colaborações no âmbito da promoção e da prevenção da saúde mental em crianças e adolescentes, patrocinando e participando na estruturação de ações de formação para capacitação de profissionais dos cuidados de saúde primários, bem como das equipas de saúde escolar e das equipas educativas (Ministério da Saúde).

Integração dos cuidados de saúde mental na comunidade

Graças aos esforços desenvolvidos nas últimas décadas, registaram-se avanços na integração, na comunidade, dos serviços de prestação de cuidados na área da Saúde Mental. No entanto, em alguns aspetos essenciais, esses avanços revelam-se insuficientes, levando à constatação que existe ainda um longo caminho a percorrer para assegurar o acesso de todos a cuidados de saúde de qualidade.

Este caminho começou a ser percorrido em 2008, aquando do desenvolvimento do plano nacional de saúde mental, elaborado pelos principais *stakeholders* da área em Portugal, levando a um progresso significativo da transição para a prestação de cuidados de saúde na comunidade.

Os aspetos negativos e positivos destes avanços, bem como as barreiras à sua implementação foram sintetizadas pelo relatório Portugal *Situation Analysis* do programa da União Europeia *Joint Action on Mental Health And Well-Being*, apresentado em 2015. Neste relatório destacava-se a aprovação da Lei de Saúde Mental, em 1998, que permitiu avanços importantes na proteção dos direitos humanos de pessoas com perturbações mentais e colocou Portugal ao mesmo nível de outros países desenvolvidos. Com esta lei veio também o aumento do número de parcerias com organizações não-governamentais, um contributo importante na modernização dos cuidados de Saúde Mental.

Os programas de reabilitação desenvolvidos, desde o final dos anos 90, tiveram um papel fundamental para a modernização da Saúde Mental em Portugal. Segundo o plano de ação para a saúde mental 2013-2020 da OMS, Portugal, tal como outros países, terá quatro desafios importantes na área da Saúde Mental até 2020:

- Fortalecer a liderança e promover a gestão eficaz na área da saúde mental;
- Prestar serviços de saúde mental e sociais abrangentes, integrados e reativos inseridos nas comunidades;
- Implementar estratégias para a promoção e prevenção na área da saúde mental;
- Reforçar os sistemas de informação, evidência científica e investigação na área da saúde mental.

O plano apresenta indicadores e alvos para os Estados-membros tais como um aumento de 20% na cobertura do serviço para distúrbios mentais graves e uma redução de 10% na taxa de suicídio dos países até 2020.

Em 2016 ocorreu a viabilização da implementação das experiências-piloto dos cuidados continuados integrados de saúde mental, o terceiro pilar em falta do plano nacional para a saúde mental 2007-2016, prevendo-se a implementação gradual e faseada de respostas de internamento e de ambulatório nas várias regiões de saúde do país.

De registrar ainda em 2016 a concretização das primeiras ações de formação sobre promoção da Saúde Mental na Infância e Adolescência, nas 5 regiões de saúde, tendo em vista a capacitação para a valorização de sinais de sofrimento emocional em crianças ou adolescentes, diferenciadas para:

- Profissionais dos cuidados de saúde primários no âmbito do plano nacional de saúde infantil e juvenil;
- Equipas de saúde escolar e equipas educativas, em articulação com o plano nacional de saúde escolar e a Direção-Geral da Educação do Ministério da Educação.

Ainda no ano de 2016, procedeu-se à discussão pública do referencial de educação para a saúde, em que a saúde mental é a área transversal, que contou com a colaboração ativa do PNSM e que teve boa aceitação pelos profissionais da Educação e outras entidades.

Importa ainda destacar que o grupo de trabalho referente à prestação de cuidados por parte dos psicólogos clínicos que desenvolvem a sua atividade nos cuidados de saúde primários iniciou os seus trabalhos em dezembro 2016, esperando-se que o mesmo possa contribuir significativamente para melhorar a intervenção em saúde mental comunitária, em articulação estreita com as equipas comunitárias dos serviços locais de saúde mental.

8. Integração de cuidados e literacia em saúde – SNS + proximidade

O maior desafio dos sistemas de saúde da atualidade consiste em superar as grandes limitações que decorrem da setorização organizacional – resultados insuficientes com custos excessivos – que caracterizou o seu desenho até ao presente. Essa superação está em curso nos países mais desenvolvidos, procurando transformar os sistemas de saúde, recentrando-os mais nas pessoas do que nas organizações de saúde. São os percursos de vida das pessoas e os cuidados de saúde que merecem agora uma atenção especial.

Gerir percursos significa idealizar verdadeiras cadeias de valor: resultados por unidade de custo, conseguidos ao acrescentar valor sob a forma de:

- a) Práticas profissionais baseadas em evidência científica;
- b) Incorporação inteligente de inovação técnica e tecnológica, e
- c) Investimento na promoção da literacia em saúde dos cidadãos.

De facto, para as pessoas, interessa menos saber como os serviços são organizados do que serem capazes de os percorrer de acordo com as suas necessidades, atempadamente e com bons resultados no fim de cada percurso.

O Programa do XXI Governo Constitucional dá relevo à prevenção e gestão da doença crónica e à promoção da literacia em saúde e, conseqüentemente, à integração dos cuidados de saúde.

No decurso do ano de 2016, conceptualizou-se uma nova abordagem na “literacia em saúde e integração de cuidados”, iniciando-se o desenho dos instrumentos organizacionais, informativos e comunicacionais necessários para este fim e criando as condições para que seja possível ensaiar um salto qualitativo significativo no SNS: um SNS + proximidade, melhor centrado nas pessoas, mais qualificado, com maior capacidade de resolução.

Objetivos do projeto “SNS + proximidade”

O projeto-piloto “SNS + proximidade” começou a ser preparado em 2016 e iniciou a sua implementação prática nos primeiros meses de 2017, tendo como principais objetivos:

- Desenvolver, ensaiar e avaliar um conjunto de procedimentos e instrumentos necessários para iniciar uma transformação qualitativa no sistema de saúde português através de uma melhoria significativa:
 - a) Da integração de cuidados de saúde;
 - b) Da gestão dos percursos das pessoas nos cuidados de saúde, quer em relação à doença aguda quer naquilo que diz respeito a pessoas com múltiplos problemas de saúde e
 - c) E do investimento na capacitação do cidadão na promoção e proteção da sua saúde e na boa utilização dos serviços de saúde.

- Preparar e mobilizar os principais atores da saúde para as vantagens e exigências desta transformação, atendendo mais prontamente às suas necessidades, promovendo uma cultura de cooperação interprofissional e reconhecendo que a colaboração ativa das profissões da saúde é essencial para que esta transformação aconteça;
- Criar as condições necessárias para a transferência progressiva da experiência adquirida no âmbito deste projeto-piloto para o conjunto do sistema de saúde português.

O arranque deste projeto iniciou-se em 2017 com uma experiência-piloto, a decorrer no Hospital Pedro Hispano, em Matosinhos, no Centro Hospitalar do Porto, no Hospital de Santa Maria Maior, em Barcelos, bem como os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) de Matosinhos, de Gondomar, Porto Ocidental e Esposende/Barcelos, que envolve cerca de 657.544 utentes, 18% do total de inscritos na região Norte.

Esta primeira fase de implementação do projeto tem como objetivo facilitar o acesso e o percurso dos utentes no SNS e abrange 4 áreas: Literacia em Saúde; Plano Individual de Cuidados; Doença Aguda e Requalificação de Espaços.

Ainda no âmbito deste projeto, e de forma a promover a literacia em Saúde, a Área do Cidadão do Portal SNS já disponibiliza o acesso à Biblioteca de Literacia em Saúde e a Livros Digitais (www.biblioteca.sns.gov.pt). A Área do Cidadão disponibiliza, também, novos planos individuais de cuidados que permitem ao cidadão, em conjunto com a sua equipa de saúde, criar um plano com metas bem definidas, tendo como finalidade a promoção da saúde, a prevenção da doença e uma melhoria da qualidade de vida.

9. Articulação com o setor social e convencionado

As entidades que integram o setor social e o setor convencionado desenvolvem, num regime de complementaridade com o SNS, atividades e serviços de prestação de cuidados aos utentes do SNS, numa perspetiva de continuidade dos cuidados e de proximidade à comunidade.

Relacionamento com o setor social

Atualmente, o relacionamento contratual com os prestadores de cuidados de saúde do setor social encontra-se regulado através do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, que define as formas de articulação entre os estabelecimentos e serviços do SNS e as IPSS.

Através deste diploma legal estabeleceu-se ainda a necessidade de elaboração de estudos prévios à celebração de acordos com as IPSS, a efetuar pela ACSS e pelas ARS, de acordo com a unidade territorial abrangida, que avaliem a economia, eficácia e eficiência do acordo, bem como a sua sustentabilidade financeira.

A ACSS desenvolveu o modelo de análise para a respetiva avaliação, dando ainda cumprimento aos Despachos n.º 724/2013 e n.º 2296/2013, respetivamente de 14 de outubro e 1 de fevereiro, e às recomendações do Tribunal de Contas, no sentido de que a celebração dos acordos com as IPSS seja precedida de um levantamento das necessidades do SNS, da fixação de objetivos assistenciais pretendidos pelo Estado e de uma análise custo-benefício que considere, designadamente, a capacidade instalada do setor público.

No final de 2016, o XXI Governo Constitucional estabeleceu, com as entidades representantes do setor social, um Compromisso de Cooperação para o Setor Solidário aplicável ao biénio 2017-2018, através do qual o Governo se comprometeu com a cooperação com o setor solidário em domínios como o combate à pobreza, o reforço no apoio às famílias e às comunidades e maior integração de grupos sujeitos a riscos de marginalização.

Relacionamento com o setor convencionado

O relacionamento com as entidades do setor convencionado é disciplinado pelo Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, que estabeleceu o regime jurídico das convenções que tenham por objeto a realização de prestações de saúde aos utentes do SNS, no âmbito da rede nacional de prestação de cuidados de saúde, e que pretendeu assegurar, simultaneamente, o respeito pelos princípios da equidade, complementaridade e da liberdade de escolha dos utentes, da transparência, da igualdade e da concorrência.

Sobre este setor que complementa a resposta do SNS, foram preparadas as novas convenções de âmbito nacional para as áreas de anatomia patológicas e medicina nuclear, cujos trabalhos culminaram na abertura de novas convenções em abril de 2017.

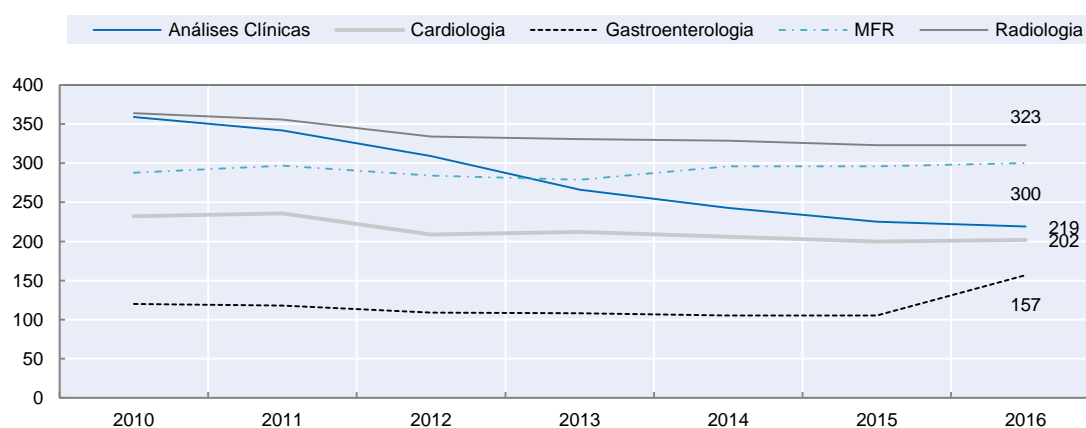
Assim e considerando a dimensão do setor convencionado, por área de prestação de cuidados de saúde já abrangidas por convenção, destaca-se a evolução do número de prestadores que têm contratos com o SNS, através do quadro e gráfico seguintes.

Quadro 11. Número de prestadores de MCDT convencionados, por área clínica

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Análises Clínicas	359	342	309	266	243	225	219
Anatomia Patológica	24	25	23	22	19	20	19
Cardiologia	232	236	209	212	206	200	202
Medicina Nuclear	11	10	8	8	10	9	8
Eleto-Encefalografia (EEG)	26	25	20	18	17	16	16
Gastroenterologia	120	118	109	108	105	105	157
Medicina Física e de Reabilitação (MFR)	288	297	284	279	296	296	300
Otorrinolaringologia (ORL)	16	18	15	15	16	15	18
Pneumologia/Imunoalergologia	33	37	35	35	34	34	37
Neurofisiologia	6	6	5	3	1	1	6
Radiologia	364	356	334	331	329	323	323
Consultas	40	35	19	18	19	21	20
Psicologia	7	9	6	4	2	3	3

Fonte: ACSS

Gráfico 18. Evolução das cinco áreas principais de prestadores de MCDT convencionados



Fonte: ACSS

10. Acordos internacionais para a prestação de cuidados de saúde

Portugal possui reconhecidamente um bom sistema de saúde, dotado de capacidade de resposta, recursos humanos qualificados e equipamentos e instalações de qualidade, e trabalha em articulação com outros países no sentido de assegurar elevados níveis de acesso e de qualidade aos estrangeiros que se deslocam a Portugal, assim como a todos os portugueses que necessitam de receber cuidados de saúde em outros países do mundo.

Este trabalho de articulação e cooperação internacional tem regulamentação e especificidades próprias, que em seguida se sintetizam em 4 áreas.

Diretiva europeia de cuidados transfronteiriços e acesso a cuidados de saúde

A Diretiva relativa ao Exercício dos Direitos dos Doentes em Matéria de Cuidados de Saúde Transfronteiriços - Diretiva 2011/24/EU, de 9 de março de 2011 transporta para a legislação nacional pela Lei n.º 52/2014 de 25 de agosto, veio estabelecer as regras para facilitar o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços seguros e de elevada qualidade na União Europeia. O objetivo é assegurar a mobilidade dos doentes e a cooperação entre os diferentes Estados-Membros, abrangendo as situações em que o doente recebe cuidados de saúde num Estado-Membro (EM) diferente do Estado-Membro de afiliação, bem como as situações de prescrição, de dispensa e de fornecimento de medicamentos e de dispositivos médicos, caso estes sejam fornecidos no âmbito de um serviço de saúde.

Para além da clarificação dos direitos dos doentes, a Diretiva visa ainda, estabelecer as condições em que os custos com a prestação de cuidados de saúde noutros Estados-Membros podem ser reembolsados, tendo em conta a jurisprudência do Tribunal de Justiça Europeu.

Mais concretamente, a Diretiva prevê, entre outros:

- O estabelecimento de regras para facilitar o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços seguros e de elevada qualidade e a cooperação entre os Estados-Membros, no pleno respeito das competências nacionais em matéria de organização e prestação de cuidados de saúde. A diretiva visa, igualmente, clarificar a articulação com o quadro de coordenação dos regimes de segurança social já existente, com vista à aplicação dos direitos dos doentes;
- A definição dos cuidados excluídos do seu âmbito de aplicação;
- A não alteração das disposições legislativas e regulamentares dos Estado-Membro, no que diz respeito à organização e ao financiamento dos cuidados de saúde em situações não relacionadas com os cuidados de saúde transfronteiriços;
- A divulgação de informações relativas aos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, incluindo as condições para o reembolso dos custos e de aplicabilidade dos regulamentos da União Europeia em matéria de coordenação dos sistemas de segurança social;

- A prestação de cuidados de saúde transfronteiriços, de acordo com a legislação do Estado-Membro de tratamento e das normas e orientações em matéria de qualidade e segurança estabelecidas pelo Estado-Membro de tratamento, nos termos da legislação da União relativa às normas de segurança;
- O reembolso dos custos até ao nível de reembolso aplicável nos sistemas de saúde nacionais para tratamentos iguais ou similares, sempre que os utentes tenham direito a esses tratamentos no seu país de afiliação;
- A possibilidade de adoção de um sistema de autorização prévia para reembolso de custos com determinados cuidados;
- O reforço da cooperação entre os Estados-Membros no âmbito da prestação de cuidados de saúde no campo da saúde eletrónica, do desenvolvimento de Redes Europeias de Referência que reúnam voluntariamente prestadores e centros especializados pertencentes a diferentes Estados-Membros e a partilha de informação científica entre os Estado-Membro, a partir de uma rede europeia de adesão voluntária, que interliga os organismos e as autoridades nacionais responsáveis pela avaliação de tecnologias de saúde.

Neste contexto, o beneficiário do SNS poderá recorrer à prestação de cuidados de saúde fora do território nacional, sendo reembolsado pelos custos incorridos até ao limite que seria assumido pelo Estado português, enquanto responsabilidade financeira do SNS, nos termos da tabela de preços em vigor e do regime geral das comparticipações no preço dos medicamentos.

Por outro lado, o cidadão nacional de outro Estado-Membro pode recorrer a cuidados de saúde prestados em Portugal, sendo que a prestação de cuidados de saúde transfronteiriços não deve prejudicar a prestação de cuidados de saúde aos cidadãos residentes em território nacional.

Na sequência da transposição, estão sujeitas a autorização prévia os cuidados de saúde transfronteiriços cirúrgicos que exijam o internamento durante pelo menos uma noite, assim como, os cuidados de saúde transfronteiriços que exijam recursos a infraestruturas ou equipamentos médicos altamente onerosos e de elevada especialização, definidos através da Portaria n.º 91/2014, de 25 de Setembro.

Está ainda sujeito a autorização prévia, o reembolso dos cuidados de saúde transfronteiriços que envolvam tratamentos que apresentem um risco especial para o doente ou para a população, ou o reembolso dos cuidados de saúde transfronteiriços que sejam prestados por um prestador de cuidados de saúde que, por decisão casuística da entidade competente para apreciação do pedido de autorização prévia, possa suscitar preocupações sérias e específicas quanto à qualidade ou à segurança dos cuidados.

O procedimento para pedido de autorização prévia tem em consideração os TMRG para a realização de consulta nos cuidados de saúde primários e hospitalares. A informação referente ao deferimento ou indeferimento do pedido de autorização prévia prestada pelo médico de

especialidade deverá considerar a capacidade de resposta do SNS para a prestação dos cuidados, considerando a condição clínica do doente e os TMRG.

Quanto ao reembolso dos cuidados de saúde transfronteiriços, e sem prejuízo do referido quanto à autorização prévia, os beneficiários têm direito ao reembolso das despesas diretamente relacionadas com os cuidados de saúde transfronteiriços prestados noutra Estado-Membro, desde que os cuidados em questão sejam tidos como cuidados de saúde que caberia ao Estado português garantir através do SNS ou dos Serviços Regionais de Saúde e o Estado português seja considerado Estado-Membro de afiliação.

As prestações de saúde elegíveis para reembolso são as previstas na tabela de preços do SNS, bem como nos regimes jurídicos das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos.

Por outro lado, o direito ao reembolso das despesas que não se encontrem sujeitas a autorização prévia pressupõe a existência de uma avaliação prévia por um médico de Medicina Geral e Familiar do SNS, que determine a necessidade dos cuidados de saúde.

Para operacionalização do procedimento de autorização prévia e procedimento de reembolso foi desenvolvido um sistema informático que automatiza o processo e que se inicia com o pedido efetuado através do Portal SNS.

Importa salientar que os cuidados de saúde transfronteiriços devem ser adequados ao estado de saúde do beneficiário e de eficácia comprovada cientificamente, reconhecida pela melhor evidência internacional, não sendo conferido direito ao reembolso sempre que os cuidados de saúde transfronteiriços sejam realizados por prestadores que não se encontrem legalmente reconhecidos no Estado-Membro de tratamento ou que não cumpram as respetivas normas e orientações em matéria de qualidade dos cuidados de saúde e segurança do doente estabelecidas pelo mesmo Estado.

A Diretiva Europeia de cuidados de saúde transfronteiriços conta com um portal dedicado com toda a informação disponível ao utente, que poderá ser consultado através do endereço diretiva.min-saude.pt.

Neste sentido, no âmbito de aplicação da Diretiva Europeia de cuidados de saúde transfronteiriços transporta pela Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto, entre 2014 e 2016 foram submetidos sete pedidos de autorização prévia e quinze pedidos de reembolso.

Assistência médica no estrangeiro

O Decreto-Lei n.º 177/92, de 13 de agosto, no âmbito da Assistência Médica no Estrangeiro, prevê a assistência médica de grande especialização que por falta de meios técnicos ou humanos não possa ser prestada em Portugal.

Este instrumento constitui um mecanismo de acesso exclusivamente despoletado pelo hospital onde o doente é seguido, excluindo instituições privadas, mediante relatório médico devidamente

fundamentado, conforme consta definido no Decreto-Lei em apreço, sendo igualmente necessária a confirmação deste relatório por parte do diretor clínico e parecer favorável da DGS.

Uma vez deferido o processo de assistência médica no estrangeiro e tendo em conta que este decorre da inexistência do tratamento em território português por falta de recursos técnicos ou humanos, há lugar ao pagamento com responsabilidade financeira do Estado português, das despesas resultantes da prestação da assistência, assim como outros encargos previstos na Lei.

Assim, decorrentes da aplicação do Decreto-Lei n.º 177/92 de 13 de agosto, regista-se uma tendência decrescente no número de autorizações de doentes portugueses para assistência no estrangeiro (foram 275 autorizações em 2016, valor inferior às 323 de 2015, às 471 de 2014 e às 368 de 2013), em resultado da melhor capacidade de resposta instalada no SNS, nomeadamente com a criação dos Centros de Referência que passaram, progressivamente, a assumir os casos clínicos que habitualmente tinham necessidade de ser referenciados para o estrangeiro.

Acesso ao SNS por parte de cidadãos estrangeiros

Nos termos da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei nº 48/90, de 24 de Agosto, bem como de outra legislação aplicável, o Serviço Nacional de Saúde português assegura o acesso de cidadãos estrangeiros, nas seguintes categorias:

- Cidadãos dos Estados-Membros da União Europeia, do Espaço Económico Europeu ou da Suíça, nos termos do direito aplicável da União Europeia;
- Cidadãos de Países Terceiros^[2], comumente designados por “cidadãos imigrantes” que fixam residência em Portugal;
- Cidadãos de Países Terceiros abrangidos pelo âmbito de aplicação de Convenções Internacionais no domínio da Segurança Social que vinculam o Estado português;
- Cidadãos de Países Terceiros abrangidos pelo âmbito de aplicação de Acordos de Cooperação no domínio da Saúde que vinculam o Estado português;
- Cidadãos de Países Terceiros que visitam Portugal em situação de estada temporária ou visita turística.

Acesso de cidadãos estrangeiros ao abrigo dos acordos de cooperação no domínio da saúde (regime evacuados)

Os acordos de cooperação internacional no domínio da saúde visam assegurar, nas mesmas condições dos cidadãos nacionais, a assistência médica de doentes evacuados dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) que se deslocam a Portugal, com o propósito de lhes serem prestados cuidados de saúde hospitalares e em regime de ambulatório no Serviço Nacional de

^[2] Consideram-se Países Terceiros aqueles que não pertencem ao espaço da União Europeia ou do Espaço Económico Europeu.

Saúde, para os quais o sistema de saúde do país de origem não tem capacidade técnica para os prestar.

Estes doentes estão sujeitos a regras de procedimento de acesso ao Serviço Nacional de Saúde que os distinguem dos demais cidadãos estrangeiros, por força da aplicação dos referidos acordos de cooperação e adquirem o estatuto de doentes evacuados.

Não são abrangidos pelo âmbito dos Acordos de cooperação no domínio da saúde, os pedidos de assistência médica de cidadãos dos PALOP, que não tenham sido aprovados pela Junta Médica Nacional ou pela autoridade de saúde competente do respetivo país, rececionados e validados pela Direção-Geral da Saúde.

Em termos operacionais, os instrumentos reguladores da cooperação internacional no domínio da Saúde com os PALOP são os seguintes:

- República de Cabo Verde - Decreto nº 24/77, de 3 de março, e Decreto nº 129/80, de 18 de novembro.
- República Democrática de S. Tomé e Príncipe – Decreto Governo nº 25/77, de 3 de março.
- República Popular de Angola - Decreto do Governo nº 39/84, de 18 de julho.
- República da Guiné-Bissau - Decreto nº 44/92, de 21 de outubro.
- República Popular de Moçambique – Decreto do Governo nº 35/84, de 12 de julho.

Apresenta-se de seguida o fluxo verificado do acesso destes cidadãos, em referência ao ano de 2016, em comparação com anos anteriores.

Quadro 12. Evolução do movimento assistencial de doentes evacuados dos PALOP

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var. 2016/2015
Angola	0	0	0	0	11	38	66	73,7%
Cabo Verde	381	413	492	477	546	708	620	-12,4%
Guiné-Bissau	403	192	162	186	433	1.256	783	-37,7%
Moçambique	6	1	5	12	18	30	30	0,0%
S.Tomé e Príncipe	194	197	182	188	209	260	236	-9,2%
Total	984	803	841	863	1 217	2 292	1 735	-24,3%

Conforme se constata através da análise do quadro apresentado, ao abrigo dos acordos de cooperação no domínio da saúde (regime evacuados) verifica-se, no geral, uma diminuição da atividade realizada no SNS em 2016, a qual decorre essencialmente das seguintes situações:

- Menor procura de tratamento no SNS por parte dos PALOP, por melhor capacidade técnica instalada naqueles países, nomeadamente como resultado do funcionamento do Centro de Diálise em Cabo Verde a partir de 2014, em parceria com o Estado português;

- Maior procura de tratamento no SNS por parte dos PALOP (Angola), por falta de capacidade técnica instalada naquele país e que tradicionalmente não evacuava doentes, que resultou num aumento de cerca de 74%;
- Diminuição do número de evacuações por parte dos PALOP (Guiné-Bissau) resultado de alterações à análise dos processos de evacuação.

11. Requalificação dos recursos humanos no SNS

A melhoria registrada, em 2016, no acesso aos cuidados de saúde do SNS estará também relacionada com as medidas de valorização dos profissionais de saúde e de requalificação dos recursos humanos que foram desenvolvidas neste ano, com especial destaque para as seguintes:

- Número recorde de recursos humanos na saúde (maior entrada de profissionais de sempre);
- Reposição do período normal de trabalho de profissionais que o tinham perdido por razões conjunturais;
- Reposição salarial;
- Aprovação da carreira especial de técnico de emergência pré-hospitalar;
- Criação de grupo de trabalho para o desenvolvimento e acompanhamento de boas práticas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar.

Evolução dos recursos humanos no Ministério da Saúde

Em dezembro de 2016, os recursos humanos afetos ao Ministério da Saúde atingiram um total de 129.915 efetivos, valor que revela um aumento de 3% face ao ano anterior, correspondendo a um saldo positivo de 3.703 profissionais, essencialmente enfermeiros (+1 778) e médicos (+917).

Quadro 13. **Evolução do total de recursos humanos do Ministério da Saúde**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Número total de profissionais	127.493	126.297	127.213	124.364	123.205	126.212	129.915
Número de Médicos*	23.682	24.145	25.270	25.662	26.022	26.701	27.618
Médicos Aposentados no ativo**	-	-	-	-	202	218	292
Número de Enfermeiros	40.436	40.085	40.406	39.292	39.342	40.615	42.393
Número de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	-	-	-	-	7 740	7 955	8.207
Número de outros profissionais	63.375	62.067	61.537	59.410	50.101	50.941	51.697

*Inclui: Internos do Ano Comum, Internos de Especialidade, Especialistas Hospitalares e MGF

** Os médicos aposentados no ativo estão incluídos na linha imediatamente acima.

Fonte: ACSS

Conforme se constata da leitura do quadro anterior, registou-se em 2016 um crescimento do número de profissionais de saúde em todos os grupos profissionais, nomeadamente:

- +3,4% no número de Médicos;
- +4,3% no número de Enfermeiros;
- +3,2% no número de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica.

Em termos de proporção, em 2016 o grupo profissional dos enfermeiros foi o conjunto mais representativo com 42.393 profissionais (32,6% do total), seguido dos médicos com 27.618 profissionais (21,2%), incluindo internos.

Aposentações

No ano de 2016 aposentaram-se 839 profissionais, o que constitui um valor substancialmente inferior ao ocorrido no ano anterior (1 602 profissionais aposentados).

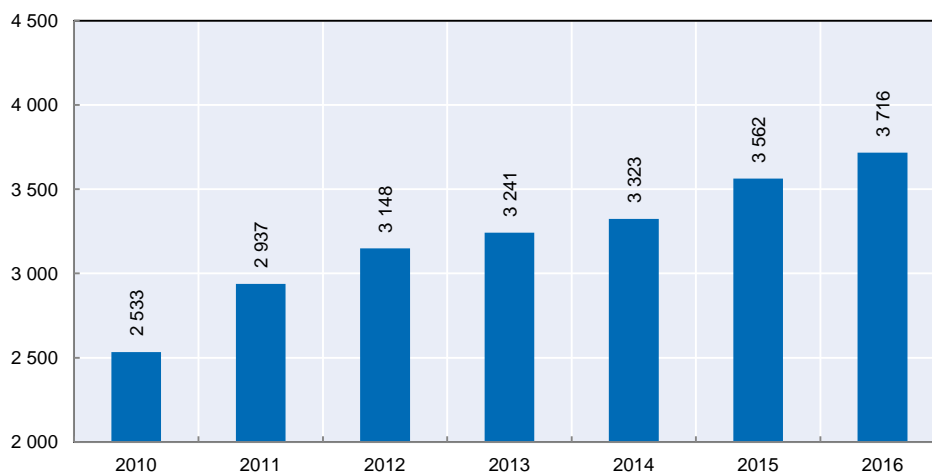
O grupo profissional em que se registaram mais aposentações, em 2016, foi o dos assistentes operacionais (377), seguido pelo dos médicos (237) e dos assistentes técnicos (84).

Formação médica

A formação médica compreende um período de prática profissional tutelada que se divide em internato do ano comum e internato de formação de específica.

No espaço temporal compreendido entre os anos de 2010 e 2016, o número de vagas abertas, abrangendo o ano comum e a formação específica, atingiu valores sem precedentes. Se compararmos o ano de 2016 com o ano de 2015 foram abertas mais 154 vagas e mais 1.183, relativamente a 2010.

Gráfico 19. **Evolução das vagas abertas (Ano Comum e Formação Específica)**



Fonte: ACSS

12. Investimentos em instalações e equipamentos no SNS

A realização de investimentos na melhoria das instalações e equipamentos das entidades prestadoras de cuidados de saúde no SNS contribui para a melhoria do desempenho dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, para o aumento do acesso, da qualidade e da eficiência dos cuidados prestados aos utentes.

Neste âmbito, assume especial relevância a necessidade de otimizar a gestão dos recursos financeiros e a prevenção da acumulação de novos pagamentos em atraso que obriga a que seja efetuado um planeamento integrado dos investimentos no SNS, discriminando positivamente a autonomia e responsabilização dos órgãos de gestão que cumprem critérios de equilíbrio económico-financeiro.

O orçamento de investimentos das instituições do SNS deve ser devidamente enquadrado no âmbito do planeamento estratégico e operacional, de acordo com o Despacho n.º 2508/2012, de 10 de dezembro, sendo esses investimentos sujeitos à avaliação prévia de custo benefício.

De acordo com o Despacho n.º 10220/2014, de 8 de agosto, os investimentos que, isolados ou conjuntamente com outros que aparentem estar relacionados entre si, tenham valor inferior a 1.000.000 euros podem ser autorizados pelo conselho de administração das entidades do SNS, quando as entidades não tenham acumulado pagamentos em atraso no ano anterior ao da realização do investimento. O valor anteriormente referido é reduzido para 100.000 euros, quando as entidades acumularam pagamentos em atraso no ano anterior ao da realização do investimento.

Assim, ao abrigo do Despacho n.º 10220/2014, de 8 de agosto, foram recebidos e avaliados pelo Ministério da Saúde, em 2016, os seguintes projetos de investimento.

Quadro 14. Projetos de investimento recebidos em 2016 ao abrigo do Despacho n.º 10220/2014, de 8 de agosto

Data	Unidade de Saúde	CSP/Hospitais	Designação do Investimento	Situação
27.01.2016	Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE	Hospitais	Obras de Remodelação e Ampliação da Urgência	Remodelação
02.02.2016	HD de Santarém, EPE	Hospitais	Remodelação e Beneficiação do Bloco de Partos e do Bloco Operatório Central	Remodelação
16.02.2016	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	Hospitais	Sala Telecomandada de RX	Substituição
23.03.2016	HD da Figueira da Foz	Hospitais	Remodelação e ampliação do Bloco Operatório	Remodelação
11.04.2016	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	Hospitais	Criação de Unidade de Internamento de pedopsiquiatria e melhoria das condições de atendimento urgente de pedopsiquiatria de crianças e jovens.	Remodelação
06.06.2016	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	Hospitais	Criação de sala híbrida no CRI-CCT	Novo
07.06.2016	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE - CS da Sertã	CSP	Requalificação do Centro de Saúde	Remodelação
06.06.2016	Hospital Fernando Fonseca, EPE	Hospitais	Aquisição de catorze ventiladores para a unidade de cuidados intensivos polivalente	Substituição / Novo
01.06.2016	IPO de Coimbra	Hospitais	Substituição de dois aceleradores lineares.	Substituição

14.07.2016	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	Hospitais	Microscópio cirúrgico para cirurgia do segmento anterior e posterior	Substituição
29.07.2016	Centro Hospitalar do Oeste, EPE	Hospitais	Remodelação e Ampliação do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) da Unidade das Caldas da Rainha	Remodelação
11.08.2016	ARS de Lisboa e Vale do Tejo, IP	CSP	Empreitada de Obras de Remodelação e Beneficiação do Edifício do Centro de Saúde da Amora - ACES Almada Seixal	Remodelação
11.08.2016	ARS de Lisboa e Vale do Tejo, IP	CSP	Empreitada de Obras de Remodelação e Beneficiação do Edifício do Centro de Saúde da Lourinhã - ACES Oeste Sul	Remodelação
11.08.2016	ARS de Lisboa e Vale do Tejo, IP	CSP	Empreitada de Adaptação de Espaços para a implementação de 2 USF, na U. S. Charneca da Caparica - ACES Almada Seixal	Remodelação
11.08.2016	ARS de Lisboa e Vale do Tejo, IP	CSP	Empreitada de Obras de Reabilitação do Centro de Saúde de Alcabideche - ACES Cascais	Remodelação
11.08.2016	ARS de Lisboa e Vale do Tejo, IP	CSP	ARS Lisboa e Vale do Tejo, IP - Aquisição de seis viaturas para o ACES Lezíria	Substituição
17.08.2016	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	Hospitais	Aquisição de onze monitores fixos; Aquisição de onze camas para o Serviço de Medicina Intensiva - Internamento	Novo
02.09.2016	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	Hospitais	Aquisição de <i>upgrade</i> na tomografia computacional MX8000 para o Serviço de Imagiologia Geral 1-MCDT's - Tomografia Computorizada Geral	Substituição
02.09.2016	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	Hospitais	Aquisição de 2 Ecógrafos para a Unidade de Ecografia Obstétrico- Ginecológico	Substituição
05.09.2016	Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE	Hospitais	Obra de beneficiação na cozinha	Remodelação
12.09.2016	IPO de Lisboa	Hospitais	Remodelação do Bloco Operatório Central	Remodelação
16.09.2016	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	Hospitais	Aquisição de 23 (vinte e três) ventiladores pulmonares de anestesia	Substituição
16.09.2016	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	Hospitais	Aquisição de 2 (dois) equipamentos de angiografia (1 biplanar e monoplanar) para o Serviço de Imagiologia	Substituição
28.09.2016	ARS de Lisboa e Vale do Tejo, IP		Aquisição de uma viatura de radiorastreamento para o rastreio da tuberculose e outras doenças pulmonares (equipamento incluído em candidatura comunitária aprovada)	Novo
03.10.2016	ARS do Norte, IP	CSP	Remodelação U.S. Amorosa	Remodelação
03.10.2016	ARS do Norte, IP	CSP	Construção e apetrechamento da U.S. Madalena	Novo
17.10.2016	ARS do Norte, IP	CSP	Construção da USF Alfena	Novo
25.10.2016	ULS do Norte Alentejano, EPE	Hospitais	Aquisição de equipamentos médicos de oftalmologia	Novo
25.10.2016	ULS do Norte Alentejano, EPE	Hospitais	Aquisição de mesas operatórias e Microscópio ORL para o Bloco Operatório	Novo
28.10.2016	ULS Castelo Branco, EPE	Hospitais	Obras de remodelação e Ampliação do Hospital	Remodelação
28.10.2016	ULS Castelo Branco, EPE	Hospitais	Obras de remodelação e Ampliação do Bloco Operatório	Remodelação
10.11.2016	ARS do Norte, IP	CSP	Remodelação e apetrechamento de edifício para instalação da Unidade de Saúde do Cerco	Remodelação
15.11.2016	ARS de Lisboa e Vale do Tejo, IP	CSP	Empreitada de remodelação dos quadros elétricos e do sistema de deteção de incêndios do Centro de Saúde do Lumiar	Remodelação
25.11.2016	Hospital Fernando Fonseca, EPE	Hospitais	Aquisição de sistema integrado de monitorização para Cardiologia	Novo
22.12.2016	Centro Hospitalar do Oeste, EPE	Hospitais	Remodelação e Ampliação do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica da Unidade das Caldas da Rainha	Remodelação

Fonte: Elaboração própria com base na informação reportada pelas entidades de saúde

Criação de novos centros de saúde no SNS (2016 - 2019)

O Ministério da Saúde lançou a maior vaga de construção de centros de saúde em 2016 e 2017, com recurso a fundos comunitários. Este esforço inclui a construção no período de 2016 - 2019 de

cerca de oito dezenas de novos centros de saúde, construídos de raiz ou remodelados. Destes, 34 foram formalmente lançados em 2016.

É na região de Lisboa e Vale do Tejo que vai ser construída a maior parte dos novos centros de saúde, permitindo assim requalificar a região do país que se encontra menos beneficiada em termos de instalações e equipamentos para a prestação de cuidados de saúde primários no SNS.

Estão também identificadas, e em curso, dezenas de intervenções de remodelação em vários centros e extensões de saúde, com montante inferior a 150.000 euros, as quais permitirão melhorar as condições em que são prestados os cuidados de saúde no SNS, com os resultados em termos de melhoria do acesso, da qualidade e da eficiência que daí advirão para a população e para o SNS.

No quadro seguinte identificam-se os investimentos em curso nos cuidados de saúde primários, organizados pelas 5 ARS.

Quadro 15. Novas unidades de cuidados de saúde primários

	Centro de Saúde	Localização (Concelho)
ARS Norte	Unidade de Saúde de Martim	Barcelos; Martim
	Unidade de Saúde de Vilar de Andorinho	Vila Nova de Gaia; Vilar de Andorinho
	Unidade de Saúde de Batalha	Porto; União das Freguesias de Cedofeita, Santo Ildefonso, Sé, Miragaia, São Nicolau e Vitória;
	Unidade de Saúde de Santiago do Bougado	Trofa; Santiago (Bougado)
	Unidade de Saúde de Baguim do Monte	Baguim do Monte; Gondomar
	Unidade de Saúde de Campo	Valongo; União de Freguesias de Campo e Sobrado
	Unidade de Saúde de Nuno Grande	Vila Real; São Dinis
	Unidade de Saúde de Feira / Nova	Marco de Canaveses; Bem Viver
	Unidade de Saúde de Sequeira / Cabreiros	Braga; Sequeira
	Unidade de Saúde de Madalena	Vila Nova de Gaia; Madalena
	Unidade de Saúde de Alfena	Valongo; Alfena
	Unidade de Saúde de Amorosa	Guimarães; Azurém
	USF Novo Sentido (Cerco)	Porto; Campanhã
	Unidade de Saúde de Nogueira da Regedoura	Santa Maria da Feira; Nogueira da Regedoura
	USF Ramalde	Ramalde; Porto
ARS Centro	Extensão de Saúde de Lamas – Sátão	Sátão
	Extensão de Saúde de Alhadas - Figueira da Foz	Figueira da Foz
	Unidade de Saúde de Válega – Ovar	Ovar
	Centro de Saúde de Sever do Vouga	Sever do Vouga
	Unidade de Saúde de Monte Real e Carvide - Leiria	Leiria
	Extensão de Saúde de Ervedal da Beira - Oliveira do Hospital	Oliveira do Hospital

	Unidade de Saúde de Cortes - Leiria	Leiria
	Unidade de Saúde Casa das Bocas - Viseu	Viseu
	Unidade de Saúde de Granja do Ulmeiro - Soure	Soure
ARS Lisboa e Vale do Tejo	Aguas Livres	Amadora
	Venteira	Amadora
	Cadaval	Cadaval
	Mafra Norte	Mafra
	Pinhal Novo	Palmela
	Sesimbra	Sesimbra
	Sintra	Sintra
	Aqualva	Sintra
	Algueirão	Sintra
	Nazaré	Nazaré
	Odivelas	Odivelas
	Rossio a Sul do Tejo	Abrantes
	Samora Correia	Benavente
	Caldas da Rainha	Caldas da Rainha
	Chamusca	Chamusca
	Parque das Nações	Lisboa
	Campolide	Lisboa
	Benfica	Lisboa
	Campo de Ourique	Lisboa
	Montinho de S. Gonçalo/Alta de Lisboa	Lisboa
	St.ª Iria da Azoia	Loures
	Baixa da Banheira	Moita
	Setúbal	Setúbal
	Almargem do Bispo	Sintra
	Torres Novas	Torres Novas
	Vialonga	Vila Franca de Xira
	Benedita	Alcobaça
	Mafra Leste	Mafra
	Algés	Oeiras
	Barcarena	Oeiras
	Queluz	Sintra
	Ventosa	Torres Vedras
	Pulido Valente	Lisboa
Caxarias	Ourém	

	S. Domingos de Rana	Cascais
	Carcavelos	Cascais
	Cascais	Cascais
	Famões	Odivelas
	Corroios	Seixal
	Peniche	Peniche
	Alto dos Moinhos	Lisboa
	Telheiras	Lisboa
	Areiro	Lisboa
	Arroios	Lisboa
	Beato	Lisboa
	Marvila	Lisboa
	Sapadores-Graça	Lisboa
	Ajuda	Lisboa
	Extensão de Saúde Torrão	Alcácer do Sal, Freguesia de Torrão
	Centro de Saúde de Nisa	Nisa
	Centro de Saúde de Vidigueira	Vidigueira
ARS Alentejo	Centro de Saúde de Ourique	Ourique
	Centro de Saúde de Crato	Crato
	Centro de Saúde de Sines	Sines
	Extensão de Saúde Alvalade do Sado	Santiago do Cacém
	USF Loulé	Loulé
ARS Algarve	USF Quarteira	Quarteira
	USF Albufeira	Albufeira

Fonte: Elaboração própria com base na informação reportada pelas entidades de saúde

Investimentos nos cuidados de saúde hospitalares (2016 - 2019)

Também ao nível dos hospitais do SNS se encontram em curso e previstos diversos investimentos em instalações e equipamentos no período de 2016 a 2019, sendo que o quadro seguinte apresenta as três principais intervenções estruturais em curso e previstas em cada um deles.

Quadro 16. Investimentos nos hospitais e ULS da ARS Norte

Entidade Hospitalar	3 Principais intervenções estruturais
Centro Hospitalar de S. João, EPE	Construção da nova área Pediátrica do CHSJ Obras de remodelação do Centro de Ambulatório e Hospital de Dia

	Obras de remodelação nos serviços de internamento localizados na Ala Sul do CHSJ
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	Obras de beneficiação do Bloco Operatório da Unidade Hospitalar de Chaves
	Obras Serviço de Urgência – Chaves
	Equipamento Ressonância Magnética da Unidade Hospitalar de Chaves e TAC para a Unidade Hospitalar de Lamego
	Criação do Hospital de Dia de Psiquiatria na Unidade Hospitalar de Vila Real
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	Construção da nova infraestrutura USF Custóias
	Equipamentos de cirurgia e de radiologia (2 salas telecomandadas RX; 1 Intensificador de Imagem; 1 Microscópio Cirúrgico)
Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães, EPE	Equipamentos TIC e processos de modernização e eficiência
	Obras de remodelação do Serviço de Urgência
	Plataforma de Atendimento Multicanal Integrada - Balcão Único
Hospital de Magalhães Lemos, EPE	Reabilitação de infraestrutura hospitalar (Eficiência Energética – Candidatura POSEUR)
	Obras de reabilitação de infraestruturas (arruamentos)
	Renovação dos sistemas e tecnologias de informação, parque de equipamentos tecnológicos
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	Equipamentos médicos e infraestruturas (camas hidráulicas)
	Obras de remodelação do Serviço de Urgência
	Equipamento Médico-Cirúrgico
Centro Hospitalar do Porto, EPE	Equipamentos Tecnológicos e Sistemas de Informação (Segurança e Interoperabilidade)
	Ampliação do Serviço de Urgência para a criação de uma nova Sala de OBS
	Tecnologias e Sistemas de Informação
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	Equipamentos Tecnológicos - Remodelação de da unidade de imagiologia
	Equipamento TAC e RX para a Unidade Hospitalar de Bragança
	Reabilitação de infraestruturas dos serviços de internamento da Unidade Hospitalar de Bragança
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	Obras de remodelação do Serviço de Urgência
	Equipamentos Médico-Cirúrgicos (ecógrafo, OCT, pletismógrafo, ORL)
Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil (IPO), EPE	Eficiência Energética (infraestruturas e equipamentos)
	Remodelação e Ampliação do Serviço de Urgência
Hospital Santa Maria Maior, EPE	Substituição de equipamento PET
	Criação de uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório
	Eficiência Energética (infraestruturas e equipamentos)
Hospital Dr. Francisco Zagalo – Ovar	Remodelação e Aquisição de Equipamento (TAC, RX fixo e RX portátil)
	Infraestruturas e equipamentos de segurança contra incêndios
	Remodelação e beneficiação dos Serviços de Internamento
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	Ampliação de bloco operatório, com anexo de esterilização
	Remodelação do setor de esterilização
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	Desmaterialização e modernização tecnológica, e implementação de sistema de gestão e segurança da informação
	Remodelação e beneficiação do Serviço de Urgências do Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo
	Requalificação da Consulta Externa do Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	Construção do Novo Edifício Hospitalar (Serviço de Urgência)
	Obras de beneficiação do Pavilhão Masculino
	Ressonância Magnética
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	Obra de reabilitação da consulta externa (Unidade Hospitalar de Santo Tirso)
	Equipamentos Tecnológicos (3 ecógrafos)
	Unidade VN Famalicão- Infraestrutura – Obra reabilitação antigo internamento ortopedia
	Equipamentos para Bloco Operatório (2 ventiladores de anestesia)
Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE	Aumento e requalificação do Serviço de Urgência do Hospital de S. Sebastião
	Criação de um Centro de Atendimento com novos modelos de atendimento e tecnologias
	Ressonância Magnética

Fonte: Elaboração própria com base na informação reportada pelas entidades de saúde

Quadro 17. Investimentos nos hospitais e ULS da ARS Centro

Entidade Hospitalar	3 Principais intervenções estruturais
Centro Hospitalar Baixo Vouga	Renovação do sistema de suporte ao Sistema de Informação (data center e rede periférica)
	2 Equipamentos de RX e digitalizadores de imagem para as Unidades de Águeda e de Estarreja
	Substituição dos elevadores do Hospital Infante D. Pedro (11), mais do Hospital de Águeda (2)
	Obra de requalificação do SUB e área dos MCDT da Unidade Hospitalar de Águeda
	Substituição das coberturas de fibrocimento do Hospital de Aveiro, requalificação de caleiras e drenagem de águas pluviais
	Projeto de eficiência energética do Hospital de Aveiro,
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra	Novo Equipamento - Aquisição de angiógrafo Biplanar
	Remodelação e Renovação das Instalações do Serviço de Anatomia Patológica
	Reapetrechamento dos Blocos Operatórios
	Substituição de Equipamento – software do atual angiógrafo
Centro Hospitalar Tondela – Viseu	Infraestrutura - Remodelação e ampliação da urgência polivalente do CHTV (fase1)
	Infraestrutura - Remodelação e ampliação da urgência polivalente do CHTV (fase 2)
	Equipamentos Tecnológicos - imagiologia
	Equipamentos Tecnológicos - de bloco operatório
Unidade Local de Saúde da Guarda	Aquisição de Sistema de Gestão do Circuito de medicamentos e materiais
	Aquisição de Tomógrafo de Coerência Ótica para Oftalmologia
IPO Coimbra	Requalificação do edifício 5 do HSM para instalação do Departamento da Criança e da Mulher (Infraestrutura)
	Remodelação das áreas cirúrgicas, novo bloco operatório com unidade autónoma de cirurgia de ambulatório, novas unidades de internamento, unidade de cuidados intensivos, remodelação da imagiologia.
	Equipamentos tecnológicos: Substituição dos 2 aceleradores lineares
Centro Hospitalar de Leiria	Tecnologias e Sistemas de Informação
	Aquisição de TAC (com perfil cardíaco)

	Obras de Reestruturação do Bloco Operatório no Hospital de Santo André
	Criação da Unidade de Internamento de Cuidados Paliativos
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco	Remodelação e ampliação do Hospital Amato Lusitano
	Requalificação do Centro de Saúde de Sertã
	Requalificação do Bloco Operatório do Hospital Amato Lusitano
Hospital Arcebispo João Crisóstomo	Reabilitação da Infraestrutura - Correções à rede de gases medicinais
	Reabilitação da Infraestrutura - Reconversão de instalações
	Reabilitação da Infraestrutura - Certificação energética
Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais	Infraestrutura - Reabilitação do Edifício-Hospital Rovisco Pais (Fase I)
	Expansão de edifício para realojamento do Armazém Geral e S. Aprovisionamento
	Equipamentos Tecnológicos
Centro Hospitalar Cova da Beira	Substituição de equipamento de Tomografia Computorizada
	Substituição de equipamento do Bloco Operatório, Unidade de Cuidados pós-anestésicos e da Central de Esterilização
	Criação da "Unidade de Cardiologia de Intervenção da Beira Interior"
Hospital Distrital da Figueira da Foz	Aquisição de novo equipamento TAC
	Clean room de pressão negativa para preparação de citostáticos
	Atualização do Equipamento de oftalmologia para exames especiais -

Fonte: Elaboração própria com base na informação reportada pelas entidades de saúde

Quadro 18. Investimentos nos hospitais da ARS Lisboa e Vale do Tejo

Entidade Hospitalar	3 Principais intervenções estruturais
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	Obras de remodelação e beneficiação nas áreas do internamento dos serviços de infeciologia e do ambulatório no serviço de dermatologia e consulta externa, e ainda intervenção no bloco operatório do HSFX
	Equipamentos tecnológicos. Reapetrechamento das salas de bloco operatório
	Tecnologias de Informação
Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE	Remodelação do Serviço de Urgência Geral Polivalente
	Equipamentos Pesados de Imagiologia
	Sistema de Informação- substituição do SONHO
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE	Obra na Urgência Geral do HNSR
	Beneficiação das instalações da Unidade de Cuidados Intensivos, com aumento para 6 camas
	Obra de ampliação (1 sala de exames) da Unidade de Técnicas Especiais de Gastrenterologia para o diagnóstico oncológico
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	Esterilizador de baixa temperatura
	4 cadeiras cirúrgicas
Hospital Garcia de Orta, EPE	Edifício ambulatório
	Ampliação do Internamento 6º Piso
Centro Hospitalar do Oeste	Caldas da Rainha- Remodelação e Ampliação do Serviço Urgência
	Caldas da Rainha- Obras para reinstalação serviço Medicina Física e Reabilitação

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE	Unidade Hospitalar de Torres Vedras - ampliação área de internamento e consulta externa
	Torres Vedras - remodelação dos Serviços de Medicina B e Cirurgia B
	Peniche- Remodelação Piso 1 - internamento do Serviço de Psiquiatria
	Peniche- Substituição Telhado em Amianto da Unidade de Peniche
	Melhoria das condições operacionais do Bloco Operatório
Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.	Unidade de Cuidados Intermédios e quartos de pressão negativa
	Gestão Integrada do Medicamento
	Expansão da urgência geral e realocização da consulta externa
	Substituição das técnicas de imagiologia
Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.	Processo Clínico Eletrónico
	<i>Patient Experience</i>
	Centro Integrado Diagnóstico Terapêutica
	Remodelação Área Neurociência - Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental e Neurologia
	Obras nas Materno Infantil - Inclui em 2017 Centro de Ambulatório e Urgência Obstetrícia e Pediátrica
	Eficiência Energética (Inclui construção de central Térmica e Painéis Solares)
Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil EPE	Obra: Ampliação e Requalificação do Bloco Operatório
	Equipamento Tecnológico: Aquisição Acelerador Linear (Radioterapia)
	Obra: Remodelação do Internamento da UTM
	Obra: Requalificação do Serviço de Imunohemoterapia
	Obra: Requalificação do HD de adultos
Hospital Distrital de Santarém	Ampliação e Requalificação dos Blocos Operatórios e Bloco de Partos
	Desmaterialização do Processo Clínico
	Aquisição e Instalação de um Equipamento de TC
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	Criação de uma Unidade de Internamento para Adolescentes.
	Beneficiação do R/C de um pavilhão, para a instalação de um serviço de agudos.
	Beneficiação parcial de uma Unidade de Doentes Residentes.
	Construção de um Serviço de Urgência Geral e Pediátrica
	Beneficiação da UCEN
	Centralização dos MCDT de cardiologia

Fonte: Elaboração própria com base na informação reportada pelas entidades de saúde

Quadro 19. Investimentos nos hospitais e ULS da ARS Alentejo

Entidade Hospitalar	3 Principais intervenções estruturais
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo, E.P.E.	Reforço da diferenciação e complementaridade de serviços de saúde e apoio
	Melhoria das instalações dos serviços de ortopedia e peditaria do HDJMG de Portalegre
	Renovação da estrutura tecnológica de apoio à atividade clínica

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E.	Substituição de equipamentos do serviço de imagiologia (TAC, mamógrafo, ecógrafos, RX)
	Equipamento para o serviço de imagiologia (ressonância magnética)
Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E.	Substituição das estações de anestesia do bloco operatório
	Remodelação do serviço de urgência do HLA
	Aquisição de mobiliário e equipamento para o serviço de urgência
Hospital do Espírito Santo Évora, E.P.E.	Remodelação da área da urgência pediátrica e requalificação da urgência
	Construção do novo Hospital de Évora
	Ampliação do bloco operatório
	Ampliação da unidade de cuidados intensivos

Fonte: Elaboração própria com base na informação reportada pelas entidades de saúde

Quadro 20. Investimentos nos hospitais da ARS Algarve

Entidade Hospitalar	3 Principais intervenções estruturais
Centro Hospitalar do Algarve	Portimão - Raio X em Arco e TAC (16 cortes); Faro - TAC (64 / 128 cortes)
	RMN (equipamento e melhoria das instalações)
	Sistema eletrónico de gestão de atendimento presencial e gestão de filas de espera.

Fonte: Elaboração própria com base na informação reportada pelas entidades de saúde

13. Acreditação e avaliação externa da qualidade

O modelo de acreditação do Ministério da Saúde visa reconhecer a qualidade das organizações prestadoras de cuidados de saúde nas diversas vertentes da sua intervenção (acesso, qualidade e eficiência), promovendo o seu empenho voluntário na melhoria contínua e na consolidação da cultura de qualidade e segurança que se deve generalizar a todo o SNS.

O programa nacional de acreditação em saúde, criado pelo Despacho n.º 69/2009, de 31 de agosto, aprovou o modelo ACSA como modelo de acreditação para as Instituições do SNS, encontrando-se em linha com o definido na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e nos planos e ferramentas de gestão que estão em desenvolvimento com vista à melhoria contínua do SNS, designadamente a gestão clínica, a gestão por processos incluindo os processos assistenciais integrados, a gestão por competências e a gestão do conhecimento.

O processo de certificação é conduzido pelo Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) da DGS, tendo como marco de referência a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (Despacho n.º 5613/2015, de 24 de Junho).

O quadro seguinte representa a evolução do número de processos de acreditação em curso e concluídos pelo Departamento da Qualidade na Saúde (DGS).

Quadro 21. Processos de acreditação em curso e concluídos pelo Departamento da Qualidade na Saúde (DGS)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Processos de acreditação em curso	16	18	24	56	88	130	97
Unidades / Serviços de Saúde com acreditação concluída	4	9	17	18	33	81	114

Fonte: DGS

Programa Nacional de Avaliação Externa da Qualidade (PNAEQ)

Desde 1978 que o Programa Nacional de Avaliação Externa da Qualidade (PNAEQ) é uma das atribuições do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), enquanto laboratório nacional de referência para a saúde, e a quem compete, nomeadamente, promover, organizar e coordenar programas de avaliação externa da qualidade de laboratórios que exerçam atividade no setor da saúde.

A participação em programas de Avaliação Externa da Qualidade constitui, para os laboratórios, a forma de monitorizar e implementar a melhoria da qualidade analítica, pela deteção de erros sistemáticos através da comparação dos resultados com os seus pares, numa avaliação retrospectiva, e de um modo independente garantir a qualidade dos serviços prestados.

O PNAEQ disponibiliza diferentes programas de avaliação externa da qualidade, abrangendo áreas distintas, como sejam a anatomia patológica, a clínica, a ecotoxicologia, a genética, a microbiologia de águas, a microbiologia de alimentos, a microbiologia do ar, a microbiologia de areias e o *point-of-care testing*.

A participação, voluntária e confidencial, num Programa de Avaliação Externa da Qualidade (EQA) constitui, para os laboratórios, a única forma de deteção de erros sistemáticos, através da comparação dos seus resultados, permitindo ao PNAEQ garantir os objetivos a que se propõe:

- Melhorar a performance dos laboratórios;
- Comparar o estado da arte a nível nacional;
- Aumentar o nível da qualidade laboratorial;
- Permitir o cálculo do erro total admissível;
- Aumentar o nível técnico em determinadas áreas, (ex: Imunologia, Virologia, Biologia Molecular, Parasitologia, etc.), enviando bibliografia e dados explicativos.

Os Programas de Avaliação Externa da Qualidade são uma ferramenta crucial que beneficia os laboratórios participantes, através da identificação e avaliação das suas capacidades, orientando-os nas ações corretivas e melhorias, assim como através da formação contínua do pessoal nos métodos de diagnóstico padrão de forma a contribuir para o aumento da perceção dos sucessos e mudanças na prática do laboratório.

Quadro 22. Programas PNAEQ

Programas PNAEQ	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Área de Análises Clínicas	74	76	85	116	126	186	184
Área de Anatomia Patológica	3	4	4	4	4	5	7
Área de POCT	3	4	6	9	9	15	15
Área Ambiental	2	2	2	3	3	5	5
Microbiologia de Águas	2	2	4	5	7	7	7
Microbiologia de Alimentos	5	5	6	7	7	8	8
Total	89	93	107	144	156	226	226

Fonte: DGS

14. SNS digital

O SNS é servido por múltiplos sistemas de informação (SI) que, de forma independente, asseguram a recolha de dados, monitorização, interação e organização do acesso a cuidados de saúde em diferentes áreas específicas.

Os SI apresentados no presente capítulo representam melhorias registadas em 2016, através da inclusão de mecanismos que permitem a introdução de melhores práticas na organização da prestação de cuidados e na resposta do SNS, com ganhos de eficácia e eficiência, maior equidade no acesso a cuidados, maior responsabilização a todos os níveis do sistema de saúde e maior transparência da informação para utentes, profissionais e instituições prestadores de cuidados, entidades pagadoras, cidadãos em geral. Em suma, são ferramentas facilitadoras do acesso aos cuidados de saúde oferecidos pelo SNS.

14.1 SIGA SNS – Sistema de Gestão Integrado do Acesso no SNS

A implementação dos sistemas SIGA SNS e do LAC constitui uma oportunidade de melhorar o acesso dos utentes ao SNS, com impacto geral nos serviços prestados pelos hospitais, nos cuidados de saúde primários e na resposta aos utentes. É uma oportunidade para:

- **O SNS**
 - a) Aumentar a eficiência e a qualidade;
 - b) Maximizar a capacidade instalada;
 - c) Aumentar o rigor da informação sobre as listas e os tempos de espera no SNS;
 - d) Cumprir os TMRG para todos (maior equidade);
 - e) Valorizar as preferências dos utentes;
 - f) Aumentar a transparência e partilha de informação.

- **O utente**
 - a) Escolher a instituição do SNS em conjunto com o seu médico de família e de acordo com as suas preferências;
 - b) Valorizar a confiança nas instituições do SNS, a reputação e o desempenho dos profissionais e das instituições, as experiências pessoais de familiares e amigos, entre outros.

- **O médico de família**
 - a) Reforçar o papel central do médico de família e dos cuidados de saúde primários no SNS;
 - b) Fortalecer as relações de confiança com os utentes e/ou com os hospitais;
 - c) Envolver o utente na gestão ativa da sua saúde.

- **O hospital**

- Aumentar a eficiência e a competitividade;
- Fidelizar os utentes através da excelência;
- Criar competição saudável dentro do SNS;
- Receber sinais claros das preferências dos utentes.

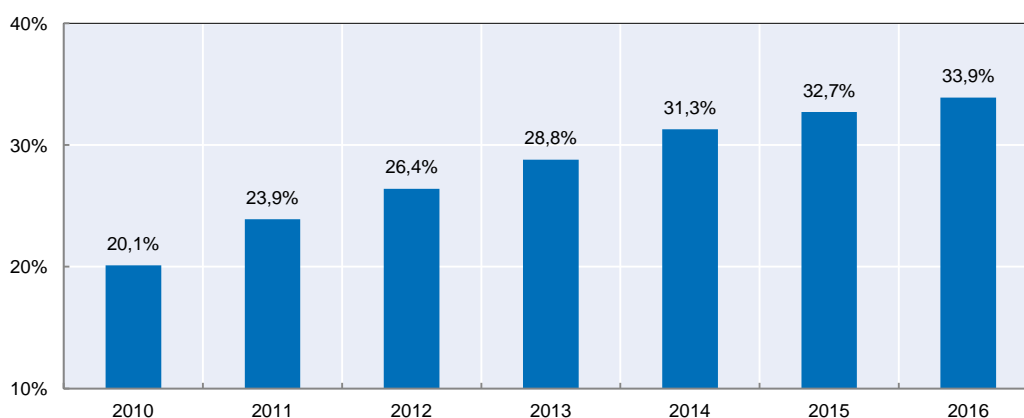
SICTH - Sistema Integrado para gestão do acesso à primeira consulta hospitalar

O sistema integrado de referenciação e de gestão do acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar, designado por programa Consulta a Tempo e Horas (CTH), criado em 2008, é suportado por um sistema informático que permite monitorizar a referenciação dos pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar.

O atual sistema de informação que suporta o programa CTH, tem visto desde 2014 inviabilizada devido a questões técnicas e jurídicas. Este sistema de informação permite apenas a monitorização da referenciação dos pedidos de primeira consulta hospitalar com origem nos cuidados de saúde primários, apesar da portaria que regulamenta o programa CTH prever de forma expressa, desde 2010, com reforço em 2013, que essa monitorização devia abranger os pedidos intra e inter hospitalares.

Em 2016, através do CTH foi possível monitorizar 33,9% do total de primeiras consultas realizadas, valor em linha com o crescimento gradual que tem ocorrido nos últimos anos, conforme se evidencia no quadro seguinte, demonstrando assim o trabalho contínuo e sustentando o que tem sido realizado no SNS para valorização do acesso dos utentes aos cuidados hospitalares, a partir dos cuidados de saúde primários.

Gráfico 20. **Peso das primeiras consultas CTH no total de primeira consulta**



Fonte: ACSS

Apesar dos constrangimentos atuais, e que serão plenamente ultrapassados com a implementação do SIGA, o SI que suporta o funcionamento do CTH permite gerir a informação relativa aos pedidos de consulta dos médicos de família, desde o momento do seu registo no sistema informático até que fiquem concluídos, e possibilita uma melhor gestão do acesso a uma primeira consulta de especialidade no SNS.

Os mecanismos de referenciação definidos para o CTH estão agora a ser integrados no SIGA SNS, permitindo assim obter uma visão integrada do acesso dos cidadãos ao SNS e potenciando os benefícios que são reconhecidos ao futuro sistema de articulação entre os cuidados de saúde primários e o nível hospitalar, nomeadamente:

- Transparência no processo de marcação de primeira consulta de especialidade hospitalar;
- Triage clínica nos hospitais com atribuição de níveis de prioridade adequados às situações dos utentes;
- Uniformização do tratamento da informação sobre o acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar;
- Mais eficácia e eficiência na resposta das instituições prestadoras de cuidados e maior facilidade na comunicação entre os profissionais de saúde;
- Melhor orientação dos utentes para a consulta da especialidade de que necessitam.

A entrada em vigor do LAC, em conjunto com a divulgação intensa, no Portal SNS, de informação sobre as primeiras consultas hospitalares, levou à implementação, em 2016, de trabalhos adicionais de correção de erros de registo e de integração de dados que estavam acumulados no SI que suporta o CTH, os quais incidiram essencialmente sobre os “pedidos não concluídos”, permitindo assim assegurar que a informação disponibilizada corresponde à efetiva realidade assistencial dos hospitais do SNS.

SIGIC - Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

O Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia, criado em 2004, pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004, de 24 de junho, efetua, através de uma base de dados centralizada, a gestão integrada da resposta do SNS no âmbito da cirurgia programada.

O SIGIC é gerido através de um sistema de informação centralizado, o SIGLIC, o que contribui para a monitorização do tempo de acesso à cirurgia, além do controle e avaliação, de forma integrada, de todo o processo de gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC).

O SIGIC também está integrado no SIGA SNS, permitindo assim monitorizar a continuidade da resposta programada aos utentes e rentabilização da capacidade instalada no SNS, com ganhos ao nível da melhoria da eficiência da resposta cirúrgica e do cumprimento dos TMRG.

14.2 SClínico Hospitalar

Instalado em 94 unidades hospitalares, o sistema de informação SClínico é utilizado por mais de 62.000 profissionais de saúde do SNS.

Além dos módulos de Gestão, Consulta Externa, Hospital de Dia, Internamento, Nutrição e Alimentação, TDT, Triagem, Urgência e Bloco Operatório, o SClínico Hospitalar integra dois novos módulos, o de Cirurgia de Ambulatório e a VCI – Visão Clínica Integrada (que substituirá a funcionalidade atual de processo clínico eletrónico).

Em 2016 foram efetuados importantes desenvolvimentos no SClínico Hospitalar, com especial destaque para o processo de atualizações e desenvolvimento de funcionalidades, nomeadamente no módulo de urgência, de triagem e normalização dos registos de enfermagem. O SClínico/SONHOV2 já está implementado no Centro Hospitalar de Leiria, no Instituto Português de Oncologia de Lisboa, e no Hospital Garcia de Orta, em Almada.

Durante o ano foi disponibilizado o módulo de urgência e triagem em 30 entidades hospitalares do SNS que, progressivamente estão a começar a adotá-lo. Ao nível tecnológico, foi desenvolvida a versão beta (teste) da Visão Clínica Integrada (VCI), estando já instalada em 8 hospitais.

As atualizações do SClínico Hospitalar centram-se, acima de tudo, na interoperabilidade, na integração e partilha, cada vez mais eficaz e eficiente, de informação e dados e a respetiva sistematização, tendo por objetivo proporcionar um melhor desempenho profissional e, conseqüentemente, melhorar o apoio, acompanhamento e assistência ao cidadão.

Para 2017, muitos são os desafios do SClínico, em alinhamento com a Estratégia Nacional para o Ecossistema de Informação de Saúde (ENESIS 2020), aprovada em Conselho de Ministros.

São vários os desenvolvimentos previstos, quer funcionais, quer tecnológicos, bem como ao nível da implementação do SClínico-H/SONHOv2/LIGHT em várias instituições hospitalares, por exemplo a ULS do Litoral Alentejano e o Centro Hospitalar do Porto, já implementados.

Decorre ainda a implementação de funcionalidades para a codificação clínica ICD-10- CM/PCS, o atestado médico para a carta de condução, o módulo cirurgia de ambulatório, novos perfis, incluindo para estudantes de medicina, e o desenvolvimento de triagem canadiana (triagem pediátrica), cuja implementação será realizada no decorrer do segundo semestre.

Ainda em 2017 estarão em desenvolvimento tecnologias de *business intelligence* clínico, que permitirão aos profissionais de saúde e instituições um novo olhar sobre a sua prática assistencial.

Visão Clínica Integrada

A Visão Clínica Integrada (VCI), uma nova funcionalidade do SClínico Hospitalar, apresenta-se como o novo processo Clínico Eletrónico (PCE).

Durante o ano de 2016 foram desenvolvidos *interfaces* que simplificam o acesso à informação e melhoria da usabilidade. A cor tem um papel importante servindo para identificar, de uma forma intuitiva e rápida, áreas clínicas, melhorando a eficácia da interpretação por parte do utilizador. Esta versão permite o acesso à informação através da vista em *timeline*, ou em lista.

Ao disponibilizar Processos Clínicos compatíveis entre instituições, a VCI proporciona aos profissionais de saúde, nas várias instituições onde o utente é atendido, uma visão abrangente e completa das condições de saúde do utente, assim como o acesso a informação de melhor qualidade, contribuindo para o suporte à tomada de decisão na atividade de diagnóstico e terapêutica e, conseqüentemente, para a prestação de melhores cuidados de saúde.

Atualmente, a VCI (versão beta) está implementada no Centro Hospitalar de Leiria, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil - Lisboa, Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Centro Hospitalar do Porto, Hospital Garcia de Orta, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental e Hospital Senhora da Oliveira, em Guimarães.

Está ainda em curso o desenvolvimento de novas funcionalidades, nomeadamente um ecrã resumo com sinais vitais, alertas, medicação crónica, entre outras informações obtidas a nível nacional. Futuramente prevê-se a possibilidade de acesso a um diagrama do corpo humano.

14.3 Sistema de Informação para a Morbilidade Hospitalar (SIMH)

Para responder à necessidade de reformular e adaptar os sistemas de informação nas instituições hospitalares, de forma a permitirem a codificação de episódios em ICD-10-CM/PCS, foi desenvolvido o Sistema de Informação para a Morbilidade Hospitalar (SIMH), resultante da evolução do sistema *WebGDH*.

O SIMH tem como principal finalidade recolher, editar e agrupar em GDH - (Grupos de Diagnósticos Homogéneos) episódios de internamento e ambulatório, permitindo a integração de dados administrativos de vários sistemas (SONHO e outros). O sistema garante que a codificação do episódio é feita na aplicação, tornando o serviço prestado mais eficaz e eficiente. A mudança de codificação clínica, de ICD-9-CM para ICD-10-CM/PCS, assenta no reconhecimento internacional de que esta nova codificação é mais exaustiva e mais adequada para retratar as inovações do estudo, descrição e classificação das diferentes doenças.

A implementação do SIMH arrancou, entre outubro e novembro de 2016, em três hospitais: Centro Hospitalar de São João, Centro Hospitalar Central e Hospital do Espírito Santo – Évora. Terminada a fase piloto, foi concluída a implementação do SIMH em todos os hospitais do SNS, incluindo instituições em Parcerias Público-Privadas, já durante a fase inicial do ano de 2017.

14.4 Sistema de Gestão de Entidades de Saúde

Em 2016 foi implementado o Sistema de Gestão de Entidades de Saúde (SGES). Este trata-se de um projeto estruturante para o sistema de informação de saúde, que promoveu a criação de um repositório central de Entidades de Saúde, fiável e permanentemente atualizado, a partilhar com todos os sistemas de informação, eliminando a redundância de informação e promovendo a melhoria da qualidade dos dados.

O SGES permite:

- Conhecer as entidades prestadoras de cuidados de saúde, a sua distribuição geográfica, a sua capacidade instalada e a sua relação com o SNS;
- Dispor de um repositório de entidades de saúde único, integrado e partilhado;
- Disponibilizar informação consistente, de qualidade e atempada aos diferentes SI da Saúde;
- Reduzir os custos de manutenção e implementação dos SI da Saúde;
- Simplificar os processos administrativos de gestão de entidades prestadoras de cuidados de saúde;
- Maior celeridade na obtenção de respostas e tratamento de processos, por parte dos organismos utilizadores;
- Facilitar o acesso da informação sobre entidades de saúde ao cidadão;
- Reduzir o número de interações do cidadão com os serviços do SNS, para obtenção de informação sobre entidades convencionadas;
- Otimizar a gestão dos recursos disponíveis.

14.5 SISO – Sistema de Informação para a Saúde Oral

O SISO- Sistema de Informação para a Saúde Oral incorpora as regras do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral, de acordo com os processos definidos no Despacho n.º 4324/2008, de 22 de janeiro, que alarga aquele Programa, aprovado pelo Despacho n.º 153/2005, de 5 de janeiro.

O SISO é uma aplicação *web* acedida por serviços públicos e por prestadores privados que inclui todas as funcionalidades necessárias à gestão do Programa a partir de qualquer nível da administração do sistema de saúde, disponibilizando dados sobre a oferta de cuidados, o número e tipo de beneficiários, a utilização dos cheques-dentista, a saúde oral dos utentes e permitindo, também, o acompanhamento da execução do programa na vertente da sua integração com o Programa de Saúde Escolar, o controlo da faturação e pagamento dos atos terapêuticos e, ainda, a emissão dos cheques-dentista.

14.6 SISBAS – Sistema de Informação sobre Benefícios Adicionais em Saúde

Considerando a necessidade de apoiar a população idosa a quem foi atribuído o Complemento Solidário de Idosos, que depende grande parte dos seus recursos com a saúde, nomeadamente com a compra de medicamentos e outros bens com baixa comparticipação do Estado, foi instituída a atribuição dos Benefícios Adicionais de Saúde (BAS), com vista à redução das desigualdades e melhoria da sua qualidade de vida.

Com efeito, o progressivo envelhecimento demográfico, entre outros aspetos, tem determinado o aumento de doenças crónicas e incapacitantes em diversos grupos da população, designadamente os idosos, com implicações diretas nos custos da aquisição de medicamentos ou outros produtos necessários à manutenção e proteção da saúde.

Saliente-se que os BAS constituem reembolsos de uma percentagem de custos suportados pelos respetivos beneficiários com medicamentos, óculos e próteses dentárias removíveis, de acordo com a disciplina e os limites legalmente previstos, incidindo apenas sobre a parcela não comparticipada pelo Estado.

O direito ao BAS efetiva-se através da exibição nas Unidades de Saúde Familiares ou Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (USF/UCSP) do cartão de utente e da apresentação do comprovativo válido da situação de beneficiário do CSI, emitido pelo Instituto de Segurança Social.

Compete aos serviços administrativos das USF/UCSP confirmar a existência do utente na base de dados do SINUS, sinalizando neste sistema de informação o número de identificação da Segurança Social constante no documento referido anteriormente.

Os reembolsos dos BAS são solicitados junto das USF/UCSP, mediante a junção dos documentos comprovativos das despesas médicas cobertas, competindo aos respetivos serviços administrativos verificar a conformidade legal de todos os documentos entregues.

Para operacionalização dos BAS foi implementado um sistema informático centralizado na ACSS, o *SISBAS*, disponibilizado via *web* e acedido pelos ACES e respetivas Unidades Funcionais (UF). Através do *SISBAS* é realizado o registo dos pedidos de reembolso e despesas efetuadas e ainda não reembolsadas, bem como a transmissão da informação referente às respetivas ordens de pagamento e à efetiva liquidação dos reembolsos.

Na implementação do sistema, compete ao Diretor Executivo do ACES, ou a pessoa por este designada, tomar a decisão final sobre a atribuição dos BAS, terminando o processo com a exarcação de Despacho. Em caso de deferimento, é assinalado no *SISBAS* a devida autorização de atribuição e os documentos comprovativos das despesas e pedido de atribuição dos BAS são remetidos à ACSS, entidade a quem compete articular com a Segurança Social (SS) para efeitos de reembolso ao utente.

14.7 Sistema de Gestão de Transporte Não Urgente de Doentes

O Sistema de Gestão de Transporte de Doentes (SGTD) é um sistema de informação que suporta as atividades e a gestão integrada do processo de transporte não urgente de doentes, desde a sua requisição à respetiva contabilização, no quadro de intervenção de todos os seus intervenientes.

A adoção de uma abordagem ao processo de gestão de transporte de doentes de forma transversal permite a resposta integrada aos desafios da racionalização e da eficiência da gestão das unidades funcionais da saúde, da normalização de critérios na marcação de transporte de doentes, da imputação financeira às entidades requisitantes e da confirmação da efetividade do tratamento ou consulta, para além de um controlo efetivo da contabilização inerente aos prestadores de serviços de transporte.

Este sistema foi criado em 2009 na ARS do Alentejo, estando atualmente implementado nas cinco ARS.

O SGTD enquadra-se no desenvolvimento do SIGA SNS e atualmente já integra as unidades de Cuidados de Saúde Primários, encontrando-se em desenvolvimento a Plataforma Hospitalar de forma a permitir a implementação do sistema em todas as instituições hospitalares do SNS.

14.8 PDS - Plataforma de Dados da Saúde

Nos últimos anos, os sistemas de informação da saúde têm evoluído de uma perspetiva focalizada nas unidades de saúde para uma visão integrada e em rede, orientada para o cidadão. A PDS – Plataforma de Dados da Saúde, e criada em 2012, disponibiliza um sistema central de registo e partilha de informação clínica, obedecendo aos requisitos emanados pela Comissão Nacional de Proteção de Dados. Esta plataforma permite o acesso a informação dos cidadãos, através da criação do Registo de Saúde Eletrónico, aos profissionais de saúde em diversos pontos do SNS (hospitais, urgências, cuidados primários, rede nacional de cuidados continuados), sem os deslocar das bases de dados locais. O acesso aos dados só é possível após ter sido autorizado pelo utente, que tem ainda a possibilidade de auditar e gerir a sua informação, através da Área do Cidadão no Portal SNS (anteriormente designado por Portal do Utente).

Esta particularidade permite grande grau de transparência e *empowerment* do doente em relação à sua informação de saúde, antecipando em vários anos, alguns aspetos plasmados no novo Regulamento Europeu de Proteção de Dados, cuja entrada em vigor está prevista para maio 2018.

A criação e desenvolvimento destas tecnologias parte da assunção de que a partilha de informação entre organizações prestadoras de cuidados de saúde se traduz em benefícios a vários níveis, de entre os quais se destacam, a segurança para o utente, o apoio à boa prática clínica, a poupança de custos e a maximização de recursos. A recolha de dados epidemiológicos, de forma

segura, controlada e passível de auditoria, substituindo progressivamente a miríade de sistemas, papéis e formulários *online*, é de indiscutível interesse público.

De igual forma, a partilha aprofundada de informação de saúde para e sobre o doente é de interesse individual para o cidadão. No âmbito da diretiva de cuidados transfronteiriços prevê-se o acesso a cuidados de saúde pelos portugueses além-fronteiras, o que significa novas e distintas necessidades de partilha da sua informação de saúde.

No que diz respeito à segurança para o utente, esse benefício traduz-se no facto de que os profissionais de saúde terem acesso a toda a informação disponível sobre o utente, independentemente do seu local de registo. Essa situação traduz-se, igualmente, no apoio à boa prática clínica, uma vez que o contexto dessa prática ficará alicerçado num mais amplo e fidedigno conjunto de informação, dado que agrega todo o conhecimento registado sobre o utente em cada uma das organizações isoladamente.

Em termos de custos, é expectável uma redução dos encargos com a realização de meios complementares de diagnóstico, essencialmente por desconhecimento ou acesso a resultados anteriores, permitindo-se igualmente a maximização dos recursos disponíveis. Há também um importante acesso a informação clínica histórica ou geograficamente dispersa, tornando o acesso a cuidados de saúde mais dirigidos e adequados, mais fácil e menos oneroso para o Estado e para o cidadão.

A informação epidemiológica em Portugal tem sido, tradicionalmente, baseada na recolha e constituição de bases de dados anonimizadas, o que constitui uma prática adequada, desde que se evitem as duplicações de registo. Neste contexto, o uso de uma Plataforma representa um avanço, impedindo o duplo registo, ao mesmo tempo que só mostra os dados identificados no contexto da prestação, disponibilizando uma tabela completamente anónima (inclusive sem número identificador) de extração de dados à DGS e criando *logs* dos dados exatos apresentados em cada *query* ou pesquisa.

O acesso à informação através da PDS está disponível através de quatro portais específicos, seguros e contextualizados.

Área do cidadão do Portal SNS

A Área do Cidadão (anterior Portal do Utente) disponibiliza serviços eletrónicos, procurando promover o acesso aos serviços de saúde (como a marcação de consultas no médico de família), o acesso à informação do Cidadão (como a disponibilização dos Benefícios SNS, a consulta dos resumos clínicos únicos do utente, etc.) e a simplificação e agilização de processos (como o pedido de receituário de medicação crónica, a reimpressão das Guias de Tratamento, a disponibilização dos comprovativos de presença para consultas hospitalares, etc.).

Em setembro de 2016, a Área do Cidadão do Portal SNS foi revista, melhorada e aumentada, permitindo uma navegação mais intuitiva, uma mais clara alocação dos serviços eletrónicos por

categorias e foi iniciado o processo de revisão dos serviços à luz conceito da centralização no Cidadão e no seu percurso de vida, criando a componente de Planos de Cuidados e Percurso de Vida, que será ampliada e corporizada durante 2017.

Ainda durante o ano de 2016 foram disponibilizados novos serviços aos cidadãos através da Área do Cidadão do Portal SNS, nomeadamente:

- *Calculadora do Risco da Diabetes Tipo 2* – integrada no programa “Não à Diabetes” da Fundação Calouste de Gulbenkian e que, para os cidadãos que obtenham resultados de risco moderado, alto ou muito alto, promove a adesão ao programa e, em caso afirmativo envia um pedido de consulta para a Unidade de Saúde do Cidadão, para este ser convocado para uma consulta e plano de acompanhamento para prevenção à Diabetes Tipo 2.
- *Livre Acesso e Circulação* – associado à implementação do princípio do Livre Acesso e Circulação no acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar, proveniente dos cuidados de saúde primários, foi disponibilizado um novo serviço que permite ao cidadão pedir informação sobre o agendamento da primeira consulta de especialidade hospitalar. Apesar do serviço ter sido disponibilizado apenas em setembro de 2016, foram recebidos 6.649 pedidos de informação através desta nova funcionalidade;
- *Guia de Tratamento* – com o projeto Receita Sem Papel (RSP) a atingir os 99,42% no final de 2016, foi disponibilizado o serviço de obtenção da Guia de Tratamento, que funciona como uma solução complementar às várias hipóteses que surgem no momento de prescrição (SMS, email ou guia de tratamento em papel). O cidadão pode consultar a Guia de Tratamento em formato *pdf*, guardá-la no seu dispositivo móvel para uso no momento da dispensa na farmácia comunitária ou, se preferir, imprimir a Guia de Tratamento. Este serviço, disponibilizado em abril de 2016, tem registado grande procura, tendo atingido as 250.000 consultas.
- *Comprovativo de Presença* – com vista a simplificar o processo, melhorar a capacidade de resposta dos serviços administrativos hospitalares (reduzindo a procura destes comprovativos no momento após a consulta, ainda no hospital) e permitir ao cidadão a impressão do documento na sua residência ou entidade patronal para justificação de falta, foi disponibilizado em setembro de 2016.

Para além destes novos serviços, é importante referir que continua a ser possível, a partir da Área do Cidadão do Portal SNS:

- Consultar os dados do Utente no RNU;
- Adicionar contactos de emergência;
- Gerir autorizações de acesso à informação;
- Consultar o histórico de acessos;

- Consultar os Episódios de Saúde;
- Consultar o resumo clínico único do utente (para os utentes em que este já está disponível);
- Consultar os Cartões de Pessoa com Doença Rara (versão simples);
- Consultar e imprimir o Testamento Vital, de acordo com o registo no RENTEV;
- Anexar documentos pertinentes;
- Responder ao questionário de saúde;
- Registrar e consultar medições (IMC, Glicémia, Tensão Arterial, Colesterol, Triglicéridos, Saturação O2, INR, Ritmo Cardíaco);
- Marcação de Consulta para o Médico de Família na sua unidade de saúde dos cuidados de saúde primários;
- Consultar a Lista de Inscritos para Cirurgia;
- Pedido de renovação de prescrição médica de medicação crónica;
- Pedido e consulta de informação relacionada com a mobilidade de doentes;
- Pedido de isenção de taxas moderadoras;
- Contacto com a unidade de saúde onde o cidadão está inscrito;
- Consulta dos benefícios SNS.

Os serviços que permitem o acesso a informação clínica do cidadão (como é o caso da consulta ao resumo clínico único do utente) implicam a utilização da autenticação com Cartão do Cidadão ou Chave Móvel Digital, o que acrescenta uma componente adicional à camada de segurança já existente para o acesso aos restantes serviços, de cariz mais administrativo.

Caso o cidadão assim o autorize, toda a informação por este registada na Área do Cidadão do Portal SNS, pode ser partilhada com os profissionais de saúde que o acompanham, simplificando o processo de recolha de informação e acompanhamento dos utentes.

A 31 de dezembro de 2016 existiam 1.421.854 cidadãos registados na Área do Cidadão do Portal SNS, com a possibilidade de usufruírem dos serviços aí disponibilizados e, alguns dos quais, já anteriormente listados.

Quadro 23. Evolução do número de utentes inscritos na Área do Cidadão

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Número Utentes inscritos na Área do Cidadão	177.226	323.709	585.604	743.645	892.387	1.163.100	1.421.854

Fonte: SPMS

StatLink: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/no-de-utentes-inscritos-na-area-do-cidadao/?sort=periodo>

Área do profissional

A Área do Profissional é uma plataforma centrada no utente, que permite o acesso, pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), à sua informação clínica. A informação que o utente disponibiliza na PDS - Área do Cidadão e cuja consulta é por ele autorizada, permite ao profissional de saúde obter alguns indicadores que o podem auxiliar a um melhor conhecimento, diagnóstico e tratamento do utente.

O acesso a esta Área do Profissional é efetuado através do sistema informático utilizado pelo prestador de serviços de saúde e está disponível em instituições públicas e privadas, disponibilizando acesso a informação constante das bases de dados locais.

Este portal permite a intercomunicação entre os sistemas de informação de cada uma das instituições de saúde do SNS, viabilizando, assim, a agregação e visualização da informação de saúde dos utentes registados, quando e onde for necessário.

Quadro 24. Utilização da Plataforma de Dados da Saúde por profissionais de saúde em cuidados de saúde primários

	2016
Número total de acessos à PDS	4.520.076
Número total de visitas por parte de outras instituições de saúde (PDS)	1.123.819

Fonte: SPMS

StatLink: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/utilizacao-da-pds-por-profissionais-de-saude-em-cuidados-de-saude-primarios/?sort=periodo>

Em 2016, iniciou-se o processo de promoção da instalação de licenças *Zero Footprint Viewer* (ZFV) nos PACS hospitalares, de forma a permitir o acesso e visualização das imagens e relatórios do utente no SNS. Assim, tornou-se possível que os MCDT, que tenham sido efetuados nos hospitais onde a licença ZFV está instalada possam ser consultados, em qualquer ponto do SNS em que ele se encontre, durante o processo de prestação de cuidados.

Até final de 2016, esta partilha de imagens já era possível em 12 instituições de saúde:

- Centro Hospitalar de Setúbal;
- Centro Hospitalar Entre o Vouga e Douro;
- Centro Hospitalar Lisboa Ocidental;
- Centro Hospitalar Médio Ave;
- Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro;
- Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca;
- Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo;

- Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano;
- Unidade Local de Saúde do Nordeste;
- Hospital Dr. Francisco Zagalo;
- Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim/Vila do Conde;
- Hospital de Braga.

Durante 2017 pretende-se que seja possível que todos os Centros Hospitalares e Hospitais com PACS possam instalar esta licença e partilhar assim a informação do cidadão que se encontra disponível, promovendo uma melhor utilização dos recursos de saúde, por exemplo, evitando a repetição de meios complementares de diagnóstico.

A *PDS Live* constitui-se como uma área geral para aplicação da telemedicina, que permitirá a teleconferência com utentes e entre entidades do SNS para aqueles que dispõem de computador pessoal com *webcam* para realização de uma teleconsulta, com partilha de imagens e outros documento. Em 2016 suportou a realização de 207 sessões e conferências, nas quais participaram 461 profissionais de saúde.

Área institucional

A Área Institucional tem como objetivo disponibilizar um conjunto de estatísticas referentes à Área do Profissional. Em concreto, este portal permite nesta fase sobretudo a obtenção de dados sobre uso do sistema para auditoria e monitorização. Permitindo detetar falhas, usos indevidos, e assim contribuir para garantir a proteção de dados e da privacidade.

Área internacional

A Área Internacional constitui-se como a ligação da plataforma portuguesa à rede europeia, num trabalho de parceria com outros países, com o objetivo de que em 2018 seja possível a partilha de alguma informação clínica, se esse for desejo do cidadão, com alguns países europeus.

14.9 RENTEV – Registo Nacional do Testamento Vital

O direito do exercício do testamento vital é hoje uma realidade. Em dezembro de 2016 assinalou-se o número mais elevado de registos do Testamento Vital no sistema informático RENTEV - Registo Nacional do Testamento Vital, desde que este entrou em vigor, em julho de 2014, o que, para o SNS, reflete a melhoria dos direitos e informações e acesso dos cidadãos.

De acordo com os dados oficiais do Portal da Transparência do SNS (2017), em menos de quatro anos, já são mais de 7.500 os portugueses que registaram o seu testamento vital, documento, registado eletronicamente, onde se manifesta o tipo de tratamento e de cuidados de saúde que se pretende ou não receber, numa situação de incapacidade em expressar a sua vontade. Este sistema permite ainda, ao cidadão, nomear um ou mais procuradores de cuidados de saúde. Dos mais de

7.500 testamentos vitais registados no total, entre julho de 2014 e fevereiro de 2017, 4.803 são de mulheres e 2.745 de homens, não havendo uma diferença muito significativa entre os maiores ou menores de 65 anos.

Quadro 25. **Evolução de registos do Testamento Vital**

	2014	2015	2016
Total Testamento Vital (TVs)	881	1.168	4.234
TVs Masculinas	348	424	1.532
TVs Masculinas (< 65 anos)	134	171	900
TVs Masculinas (>= 65 anos)	214	253	632
TVs Femininas	533	744	2.702
TVs Femininas (< 65 anos)	242	335	1.495
TVs Femininas (>= 65 anos)	291	409	1.207

Fonte: SPMS

14.10 Receita sem Papel - Desmaterialização Eletrónica da Receita

Através despacho publicado a 25 de fevereiro de 2016, a Receita sem Papel adquiriu carácter obrigatório a partir de 1 de abril desse ano, para todas as entidades do SNS.

Anteriormente, a Portaria nº 224/2015, de 27 de julho, regulamentou a implementação de todo o circuito de Receita sem Papel – prescrição, dispensa e faturação. O regime jurídico – que substituiu a Portaria nº 137-A/2012, de 11 de maio – alargou e adaptou as regras da prescrição eletrónica às da dispensa e faturação, cumprindo, desta forma, a prioridade de privilegiar a utilização de meios eletrónicos nos serviços do SNS.

Este modelo eletrónico permite, assim, a prescrição, em simultâneo, de diferentes tipologias de medicamentos, ou seja, a mesma receita poderá incluir fármacos comparticipados com tratamentos não comparticipados. O sistema traz vantagens para o utente, já que todos os produtos de saúde prescritos são incluídos num único receituário, o que antes não acontecia.

No ato da dispensa nas farmácias, o utente poderá optar por aviar todos os produtos prescritos, ou apenas parte deles, sendo possível levantar os restantes em diferentes estabelecimentos e em datas distintas.

Quadro 26. **Evolução do número de receitas com e sem papel**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Número Receitas com Papel		49.545.541	61.714.082	92.912.147	108.558.894	112.256.823	58.877.162
Número Receitas sem Papel	0	0	0	0	0	22.369	24.260.830

Nota: A partir de 2016 o número total de receitas baixa devido ao facto de conterem maior número de prescrições por receita.

Fonte: SPMS

Caixa 7. Guia de Tratamento Para o Utente

Uma das alterações significativas relaciona-se com o guia de tratamento para o utente. Além de registar informações sobre a toma de medicação, apresenta, também, os dados necessários à dispensa dos medicamentos na farmácia: códigos de acesso, dispensa e de direito de opção.

Com a Receita sem Papel, o utente poderá indicar ao seu médico um *email* e número de telemóvel para receber informações sobre a prescrição. No ato da consulta terá a possibilidade de receber o guia de tratamento em suporte papel, ou optar por recebê-lo através de *email*, e ainda aceder e consultá-lo na Área do Cidadão, desde que esteja registado. Por SMS, o utente receberá os códigos de acesso, dispensa e de direito de opção, assim como o número da prescrição.

Quadro 27. **Evolução prescrição eletrónica do medicamento**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Número Total Receitas Prescritas Eletrónicas	49.545.541	61.714.082	91.991.938	107.652.689	111.488.735	82.185.587
Número Embalagens Prescritas por DCI (CNPEM)	0	0	40.056.827	118.483.474	143.669.386	151.617.588
Número Embalagens Prescritas por Marca por Exceção A			263.806	298.084	262.094	353.169
Número Embalagens Prescritas por Marca por Exceção B			1.010.101	613.685	477.676	462.192
Número Embalagens Prescritas por Marca por Exceção C			19.831.132	21.030.601	15.385.725	14.063.119
Número Embalagens Prescritas Sem Necessidade de Justificação Técnica	100.990.433	125.680.087	163.742.332	203.578.066	217.353.398	225.975.970

Fonte: SPMS

A receita eletrónica veio substituir gradualmente a receita em papel, a partir de 2015, afirmando-se em 2016, primeiro nas unidades de saúde do setor público e, posteriormente, no setor privado. Em 2017, já funciona em pleno nas Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores.

Com a Receita Sem Papel, o cidadão recebe a prescrição por e-mail ou SMS, pode levantar os medicamentos em qualquer farmácia do país e consultar o seu guia de tratamento no *tablet* ou telemóvel, através da Área do Cidadão do Portal SNS. Basta registar-se em www.sns.gov.pt/cidadão.

O projeto continua a ganhar dimensão e, em 2018, vai avançar para outros mercados, iniciando-se a internacionalização da Receita Sem Papel.

14.11 Exames Sem Papel - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

O projeto Exames Sem Papel inicia-se, numa primeira fase, com a desmaterialização dos resultados de exames na área da Patologia Clínica, área com o maior número de MCDT no SNS.

Integrando o Registo de Saúde Eletrónico (RSE), o projeto Exames Sem Papel tem como finalidade colocar, cada vez mais, o cidadão no centro do sistema de saúde. Pretende-se que o cidadão deixe de ser o vetor entre o médico prescriptor do SNS e o laboratório que efetua os exames, tornando o processo menos burocrático e mais seguro para todos os intervenientes. Assim, atualmente encontram-se já em fase avançada os testes entre a SPMS, a clínica Joaquim Chaves Saúde e o seu respetivo fornecedor de *software*, com vista à disponibilização de resultados de MCDT na área da Patologia Clínica, através do Portal SNS, via Área do Profissional e Área do Cidadão. Outros laboratórios e as respetivas empresas de *software* estão a iniciar este processo.

No âmbito do RSE, um considerável número de laboratórios, equivalente a 30% do volume de MCDT do tipo de Patologia Clínica, efetuados em 2016, já solicitou acesso ao Registo Nacional de Utentes (RNU) e à Área do Profissional do Portal SNS. Até ao final de 2017 deverá ser desenvolvida, gradualmente, a disponibilização dos resultados dos exames para o cidadão, através da sua Área do Cidadão, e para o profissional de saúde através da sua área reservada.

14.12 Prescrição de medicamentos biológicos

Através da Portaria n.º 48/2016 de 22 de março, estabeleceu-se o regime excecional de comparticipação de medicamentos destinados ao tratamento de doentes com artrite reumatoide, espondilite anquilosante, artrite psoriática, artrite idiopática juvenil poliarticular e psoríase em placas. A prescrição dos medicamentos apenas ocorre em consultas especializadas no diagnóstico e tratamento das doenças, devendo o médico prescriptor mencionar expressamente o regime excecional.

A prescrição de medicamentos biológicos pela aplicação PEM (Prescrição Eletrónica Médica) deve reunir os seguintes requisitos:

- a) O local de prescrição é um centro prescriptor registado no site da DGS;
- b) O médico do centro prescriptor está igualmente registado no site da Direção-Geral da Saúde para a prescrição de medicamentos biológicos;

c) O local de prescrição tem um código de local de prescrição válido, não sendo, para esse efeito, admissíveis códigos associados a Locais de Prescrição de Entidade Utilizadora Privada (LPEUPs).

Para cumprir o disposto na Circular disponibilizou-se o acesso à aplicação de prescrição PEM em ambiente privado.

A PEM disponibiliza um separador de prescrição do tipo “BIO”, específico para a prescrição deste tipo de medicamentos, e cuja aplicação obriga à materialização da receita, pelo que o médico prescriptor deverá assinar manuscritamente a mesma. A materialização da receita ocorre para que seja possível a sua dispensa exclusiva através dos Serviços Farmacêuticos dos Hospitais do SNS. As farmácias hospitalares podem dispensar os medicamentos, previstos na Portaria nº 48/2016, apenas quando se verificarem, cumulativamente, as seguintes condições: o centro prescriptor esteja registado no site da DGS e a dispensa do medicamento registada em base de dados específica para este efeito.

A DGS criou as condições necessárias para o registo das dispensas de todos os medicamentos biológicos, para acompanhamento e monitorização do historial terapêutico do doente, por parte das farmácias hospitalares, nas bases de dados da Sociedade Portuguesa de Reumatologia e da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, com observância das regras estabelecidas pela Comissão Nacional de Proteção de Dados.

No âmbito da prescrição de medicamentos biológicos, ao abrigo da Portaria nº 48/2016, de 22 de março, que estabelece o regime excecional de comparticipação de medicamentos destinados ao tratamento de doentes com artrite reumatóide, espondilite anquilosante, artrite psoriática, artrite idiopática juvenil poliarticular e psoríase em placas, foi publicada, no dia 19 de junho, a Circular Normativa Conjunta n.º 4/DGS/ INFARMED/SPMS.

Esta circular vem introduzir uma exceção à obrigatoriedade da prescrição de medicamentos ao abrigo da Portaria n.º 48/2016, de 22 de março, na aplicação PEM, disponibilizada pela SPMS, EPE, bem como esclarecer as circunstâncias em que a prescrição manual pode ocorrer e ser aceite pelos Serviços Farmacêuticos dos hospitais do SNS.

14.13 Desmaterialização da Prescrição de Cuidados Respiratórios Domiciliários

A prescrição eletrónica de Cuidados Respiratórios Domiciliários (CRDs) tornou-se obrigatória, pelo Despacho n.º 9405/2014, de 21 de julho), através da PEM, para todo o SNS. O Módulo CRD disponibiliza funcionalidades que permitem a prescrição eletrónica de CRD, nomeadamente de oxigenoterapia, ventiloterapia e aerossolterapia, bem como a prescrição de outros equipamentos, garantindo a aplicação das regras e normas da DGS.

Adicionalmente, este módulo permite a gestão dos dados clínicos do utente: avaliação clínica, diagnósticos e exames, consulta, renovação, modificação e anulação de receitas do utente. Até ao

final de 2016, observou-se uma crescente utilização da prescrição informatizada de cuidados respiratórios através da PEM, tornando-se residual a prescrição manual, recurso apenas permitido para colmatar eventuais falhas da PEM-CRD, conforme disposto no Despacho n.º 9405/2014.

De 2015 para 2016 verificou-se uma subida de 10% na quantidade de prescrições emitidas, tendo-se atingido, no último ano, um total de 1.800.000 prescrições eletrónicas, com uma média diária de cerca de 5.000 prescrições diárias.

Neste contexto, o objetivo é desmaterializar todos os circuitos de prescrição do SNS, até 2020, o circuito de prescrição, dispensa e faturação dos cuidados respiratórios domiciliários. Como objetivo de assegurar a transição para a total desmaterialização deste circuito, foi criado um grupo de trabalho com vários *stakeholders* públicos e privados.

Quadro 28. Prescrições de Cuidados Respiratórios Domiciliários

	2014	2015	2016
Prescrições de Cuidados Respiratórios Domiciliários emitidas via PEM	1.164.989	1.656.078	1.896.902

Fonte: SPMS

Quadro 29. Prescrições emitidas de CRD por terapia

	2014	2015	2016
Ventiloterapia	783.327	1.195.417	1.395.034
Oxigenoterapia	291.746	403.900	442.042
Equipamentos	17.812	30.778	30.233
Aerossolterapia	72.104	25.983	29.593

Fonte: SPMS

14.14 Rede Informática da Saúde (RIS) - Melhor rede informática e maior qualidade nos serviços do SNS

O ano de 2016 ficou marcado por um investimento significativo do Ministério da Saúde no aumento da largura de banda das redes, aliado à renovação do equipamento informático através da distribuição e instalação de computadores nas unidades dos cuidados de saúde primários, que ainda se encontra a decorrer.

Ao abrigo do Código dos Contratos Públicos (CCP), foi elaborado o programa de concurso e, seguindo as melhores práticas do direito europeu, iniciaram-se três procedimentos pré-contratuais, permitindo aumentar a concorrência e o cumprimento do princípio da igualdade e da

transparência, para a aquisição centralizada, distribuição e instalação de mais de 12 mil computadores de secretária e respectivos periféricos.

14.15 Registo oncológico nacional

Agrega numa única plataforma informática os diversos registos regionais, garantindo-se a uniformidade dos dados e da informação tratada e permitindo-se a sua utilização para avaliação epidemiológica e análise da efetividade dos rastreios e terapêuticas.

14.16 Estratégia Nacional para o Ecosistema de Informação de Saúde 2020

A Estratégia Nacional para o Ecosistema de Informação de Saúde 2020 (ENESIS), aprovada de acordo com a Resolução do Conselho de Ministros n.º 62/2016, 17 de outubro, visa criar as condições para tornar o ecossistema uma referência de boas práticas e promover a entrega de benefícios, a gestão de riscos e a otimização dos recursos.

15. SIMPLEX+ Saúde

O Ministério da Saúde assumiu como prioritária a expansão e dinamização do Programa SIMPLEX+ Saúde, dedicando especial atenção às áreas do acesso, modernização, proximidade e qualificação do SNS, garantindo a valorização de serviços de saúde integrados e a otimização de recursos.

Nesta sequência, estão a ser concretizadas as 38 medidas da área da saúde que iniciaram a sua implementação em 2016, destacando-se as seguintes relacionadas com o acesso aos cuidados de saúde no SNS:

- Atestado Médico Multiuso Digital (Medida #53);
- Receita sem papel Plus (Medida #205);
- App MySNS (Medida #44);
- Registo de Saúde Eletrónico + (Medida #215);
- ADSE na sua mão (Medida #28);
- Geo INEM (Medida #124);
- SIGA SNS (Medida #238);
- Nascer com médico de família e boletins de saúde eletrónicos (Medida #1);
- Cédula Profissional Eletrónica de Saúde (Medida #70);
- ADSE Direta + (Medida #27);
- Centro Contacto do SNS (Medida #71);
- Registo Eletrónico de Certificados de Incapacidade Temporária (Medida #216);
- App Bolsa Eletrónica de Saúde (Medida #39);
- Emergência médica digital (Medida #107);
- Saúde transfronteiriça digital (Medida #230);
- Registo nacional de dados sempre atualizados (Medida #218);
- Referenciação eletrónica nos Cuidados Continuados Integrados (Medida #209);
- APP Registo Português de Transplantação (Medida #47);
- Introdução de novos medicamentos *online* (Medida #142).

No anexo 2 encontram-se todas as medidas SIMPLEX+ Saúde.

Parte II

Acesso a áreas específicas da prestação de cuidados de saúde

A segunda parte deste relatório é dedicada à análise do desempenho de Áreas Específicas do Acesso a Cuidados de Saúde no ano de 2016.

- Linha Saúde 24
- Emergência Médica
- Sistema de Transporte Não Urgente de Doentes
- Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio – Ajudas Técnicas
- Benefícios Adicionais em Saúde
- Programa Nacional de Vacinação
- Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral
- Procriação Medicamente Assistida
- Cartão de Pessoa com Doença Rara
- Cessação tabágica
- Dependências: Drogas, Álcool e Jogo
- Centro de Emergência em Saúde Pública
- Taxas Moderadoras
- Sangue
- Transplantação
- Acesso ao medicamento

1. Linha Saúde 24

O Centro de Atendimento do SNS, denominado Linha Saúde 24, é um projeto desenvolvido como resultado de uma parceria entre a DGS, o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), a ACSS, a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde e as Administrações Regionais de Saúde (ARS).

Trata-se de um serviço com cobertura nacional, através do qual é efetuada a triagem, o aconselhamento e o encaminhamento dos cidadãos em situação de doença, incluindo problemas urgentes, facilitando, deste modo, o acesso aos serviços de saúde de forma mais racional e respondendo às necessidades manifestadas pelos cidadãos em matéria de saúde.

O atendimento é efetuado por enfermeiros qualificados e devidamente formados para dar o melhor aconselhamento e encaminhamento ou ajudar o Cidadão a resolver a situação por si próprio. O Saúde 24 encontra-se acessível a todos os beneficiários do SNS, 24 horas por dia, através dos seguintes canais de acesso:

- Telefone: através de número único nacional (808 24 24 24), com o custo de chamada local;
- *Website* (www.saude24.pt);
- Fax: 210 126 946;

- Correio eletrónico: acessível através do *website*.

Os principais resultados obtidos com esta resposta à população, no ano de 2016, foram os seguintes:

- Foram efetuados quase 970 mil contactos com a Linha Saúde 24, conforme se apresenta em seguida;
- Das 967.742 chamadas que foram recebidas na Linha Saúde 24 em 2016, 83,4% (807.574) foram atendidas, representando uma média de chamadas atendidas de 2.206 por dia, acima da média de 1.942 chamadas diárias em 2015.

Analisando agora a caracterização das chamadas telefónicas rececionadas na Linha Saúde 24, por módulo de atendimento, constatamos que 80,9% das chamadas de 2016 foram recebidas no módulo de Triagem, Aconselhamento e Encaminhamento, através do qual se disponibiliza um serviço de atendimento de contactos de teor clínico, prestado por um enfermeiro que avalia o nível de risco sobre os sintomas descritos pelo Utente, presta aconselhamento, incluindo o autocuidado e, caso se verifique necessário, encaminha o doente para a instituição da Rede de prestação de cuidados de saúde mais apropriada à sua condição do momento.

Quadro 30. Caracterização do Atendimento na Linha Saúde 24

Anos	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Chamadas Recebidas	621.212	648.435	763.491	718.572	802.655	867.435	967.742
Contactos Fax, Webform, email	n.d.	n.d.	n.d.	2.318	2.467	2.508	2.376
Contactos Webchat	n.d.	n.d.	n.d.	7	5	2	10
Total Contactos	650.731	680.533	798.384	720.897	805.127	869.940	970.128

Fonte: DGS

Quadro 31. Caracterização das chamadas para Linha Saúde 24, por módulo de atendimento

	TAE		LSP		IGS		Aconselhamento sobre medicação		Chamadas Inapropriadas*		Total Chamadas atendidas	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Total	550.202	653.703	14.731	17.870	62.566	37.026	19.004	17.881	62.384	81.094	708.887	807.574
Média Dia	1.507	1.786	40	49	171	101	52	49	171	222	1.941	2.206

Legenda: TAE – Triagem, Aconselhamento e Encaminhamento; LSP – Linha Saúde Pública; IGS – Informação Geral Saúde

*Chamadas que não configuram, serviço conforme contrato: “agradecimentos”, chamadas abusivas/ofensivas, utente não deseja continuar, etc.

Fonte: DGS

O gráfico da página seguinte apresenta a distribuição diária das chamadas recebidas na Linha Saúde 24 em 2016, constatando-se que se verifica um maior afluxo durante os meses de janeiro e dezembro.

Se analisarmos a média de chamadas efetuadas por dia da semana, constatamos que é ao sábado, domingo e segunda-feira que a Linha Saúde 24 recebe mais chamadas, conforme se demonstra no quadro seguinte.

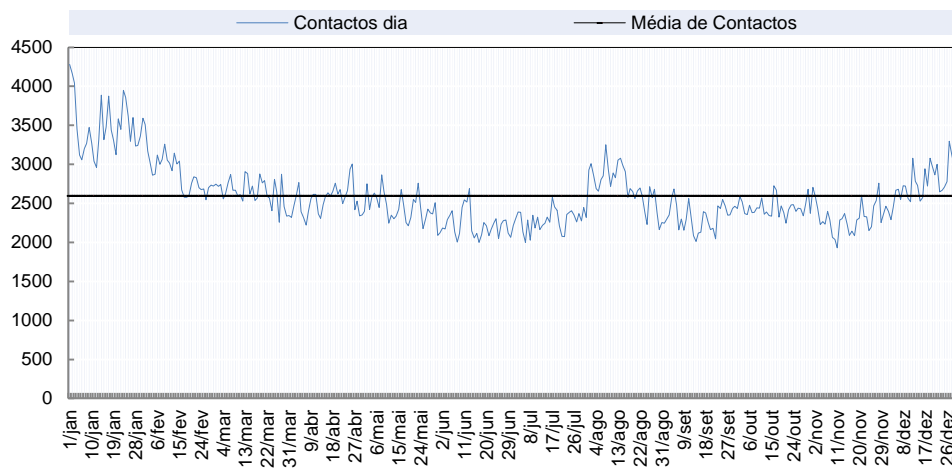
Através de uma análise à média das chamadas por hora, durante o ano de 2016, verificamos que é entre as 18h00 e as 22h00, que a população mais recorre aos serviços da Linha Saúde 24, conforme se apresenta no gráfico seguinte.

Linha Saúde 24 passa a Centro de Contacto do SNS

O Centro de Atendimento do SNS, denominado Linha Saúde 24, foi criado em 2006 tendo-se revelado um importante instrumento de política de saúde, permitindo ampliar e melhorar a acessibilidade aos serviços de saúde e racionalizar a utilização dos recursos existentes materiais e humanos, disciplinando a orientação de utentes no acesso aos serviços, bem como a eficácia e eficiência do setor público da saúde, através do encaminhamento apropriado dos utentes, seja para as instituições mais adequadas à prestação de cuidados de saúde, seja para a adoção de autocuidados.

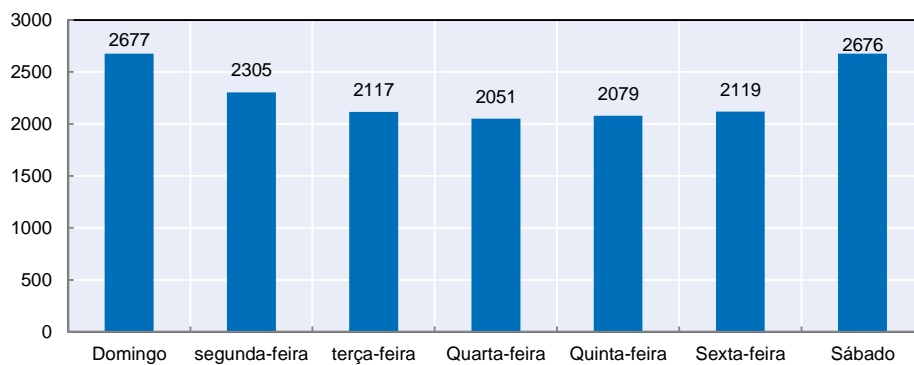
Em cumprimento do determinado no âmbito do Programa do XXI Governo Constitucional, foi criado já em 2017 o Centro de Contacto do SNS, o qual passará a disponibilizar ao cidadão, de uma forma integrada, e através de um ponto de contacto único, multicanal, um conjunto de informações e serviços que facilitam o acesso e simplificam a utilização do SNS.

Gráfico 21. Evolução diária das chamadas recebidas na Linha Saúde 24



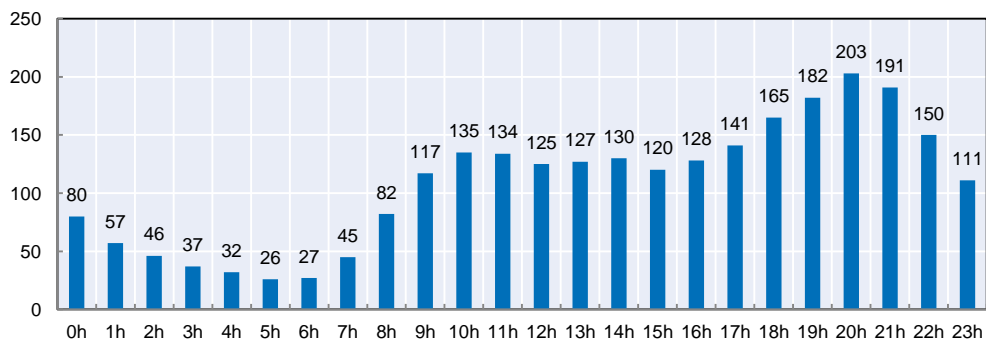
Fonte: DGS

Gráfico 22. Média de chamadas recebidas por dia da semana na Linha Saúde 24



Fonte: DGS

Gráfico 23. Média de chamadas por hora na Linha Saúde 24



Fonte: DGS

No gráfico da página seguinte apresenta-se uma caracterização da utilização, em 2016, do módulo Triagem, Aconselhamento, Encaminhamento (TAE), por distrito, constatando-se que é nos distritos de Lisboa e de Setúbal que se registam as percentagens mais elevadas de chamadas por habitante (acima de 8%), à semelhança do que já acontecia nos anos anteriores.

Já quanto aos motivos pelos quais os utentes recorrem ao módulo Triagem, Aconselhamento, Encaminhamento, constatamos que a tosse continua a ser a principal causa, conforme demonstra o gráfico seguinte, que organiza esta informação também por grupo etário.

Se analisarmos os encaminhamentos que foram efetuados aos utentes que recorreram ao módulo Triagem, Aconselhamento, Encaminhamento em 2016, constatamos que mais de 29% dispensaram qualquer outro contacto com os serviços de saúde e que mais de um terço das chamadas foram encaminhadas para uma consulta médica.

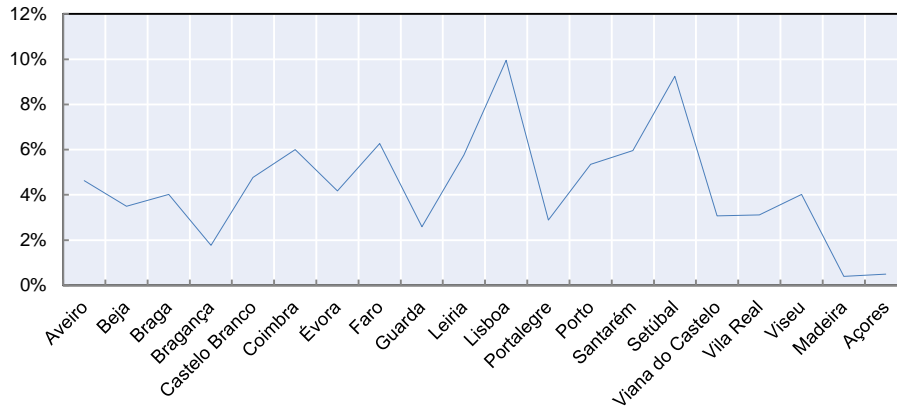
Ainda em relação aos encaminhamentos efetuados aos utentes que recorreram ao módulo Triagem, Aconselhamento, Encaminhamento em 2016, e considerando agora a população com mais de 65 anos, por ser um grupo populacional habitualmente mais frágil e mais utilizador dos serviços de saúde, verificamos que os utentes encaminhados para um serviço de urgência hospitalar aumentou (34,3%) comparativamente a 2015 (era 29,9%), por se tratar de situações de risco que necessitavam de observação médica urgente.

Na análise sobre os encaminhamentos efetuados aos utentes que recorreram ao módulo Triagem, Aconselhamento, Encaminhamento em 2016, importa verificar o encaminhamento que foi efetuado aos utentes, comparando-o com a intenção inicial que esteve na origem da chamada para a Linha Saúde 24.

Assim, constatamos nos gráficos seguintes que cerca de 42% dos utentes que ligaram para a Linha Saúde 24 com a intenção de se dirigirem a um Serviço de Urgência, acabaram por ser encaminhados para os cuidados de saúde primários (29,3%) ou para autocuidados (23,7%).

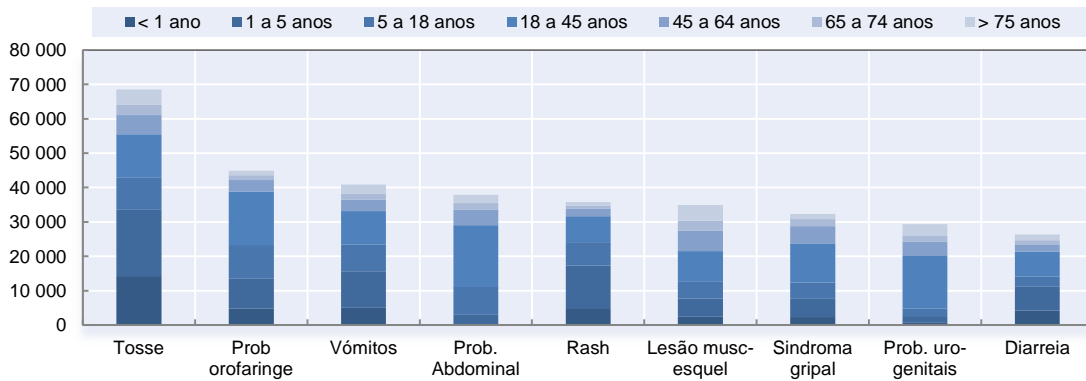
Por outro lado, cerca de 27% dos utentes que ligaram com a intenção de acompanhar o seu estado de saúde “em casa”, acabaram por ser direcionados para um Serviço de Urgência ou Emergência, conforme se demonstra no gráfico seguinte.

Gráfico 24. Caracterização do Módulo TAE da Linha Saúde 24



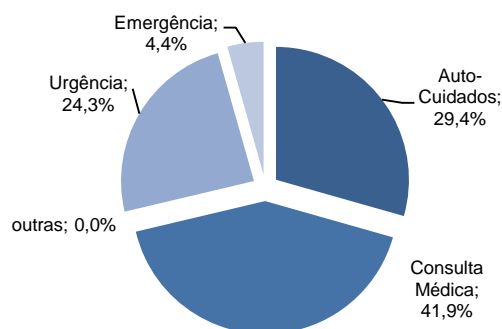
Fonte: DGS

Gráfico 25. Algoritmo do Módulo TAE, por grupo etário, utilizado pela Linha Saúde 24



Fonte: DGS

Gráfico 26. Tipo de Encaminhamento do Módulo TAE da Linha Saúde 24



Fonte: DGS

2. Emergência Médica

De acordo com o Relatório de Atividades e Contas de 2016 do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), a frota de meios de emergência médica no final de 2016 era 616 meios, conforme quadro na página ao lado, representando um acréscimo de mais 2 Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) do que em 2015, instaladas no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca e no Centro Hospitalar Barreiro Montijo.

Os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) são centrais de emergência médica responsáveis por receber as chamadas provenientes do número europeu de emergência 112, referentes a situações de urgência ou emergência na área da saúde.

O seu funcionamento é assegurado ao longo das 24 horas do dia, em todo o território do continente, por uma equipa de profissionais qualificados (médicos e operadores) com formação específica para efetuar o atendimento, triagem, aconselhamento, seleção, acionamento e acompanhamento dos meios de emergência adequados e o contacto com as unidades de saúde, preparando a receção hospitalar.

Durante o ano de 2016 foram atendidas 1.370.348 chamadas de emergência, mais 5% do que em 2015 (1.302.958), o que representa uma média diária de 3.744 chamadas.

Pela sua importância em termos de acesso, importa destacar que os CODU do INEM

coordenam e gerem um conjunto de meios de socorro – VMER, Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), Ambulâncias de Emergência Médica (AEM), Ambulâncias de Socorro sedeadas em entidades, que são agentes de proteção civil e ou elementos do SIEM, Motociclos de Emergência Médica, Helicópteros de Emergência Médica, Unidades Móveis de Intervenção Psicológica de Emergência e o Transporte inter hospitalar pediátrico - selecionados com base na situação clínica das vítimas, com o objetivo de prestar o socorro mais adequado no mais curto espaço de tempo.

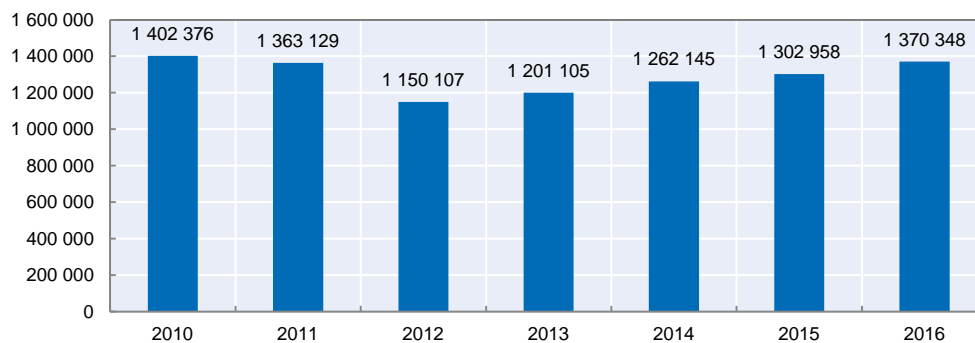
Através da utilização dos meios de telecomunicações ao seu dispor, o CODU tem capacidade para acionar os diferentes meios de socorro, apoiá-los durante a prestação de socorro no local das ocorrências e, de acordo com as informações clínicas recebidas das equipas no terreno, selecionar e preparar a receção hospitalar dos diferentes doentes.

Quadro 32. Frota do INEM

Tipo de Meio	Número de Meios Disponíveis						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
VMER	42	42	42	42	42	42	44
Ambulâncias SIV	29	30	33	37	39	40	40
Ambulâncias AEM	63	61	49	55	56	54	56
Motos de Emergência Médica MEM	2	5	6	8	8	8	8
Ambulâncias de Socorro sedeadas em entidades do SIEM (PEM)	238	241	261	265	275	300	300
Ambulâncias sedeadas em entidades do SIEM (PR)	172	174	191	188	180	157	155
Helicópteros de Emergência Médica	5	5	6	6	5	5	5
Ambulâncias de Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico	4	4	3	3	4	4	4
Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência	4	4	4	4	4	4	4
Total	559	566	595	608	613	614	616

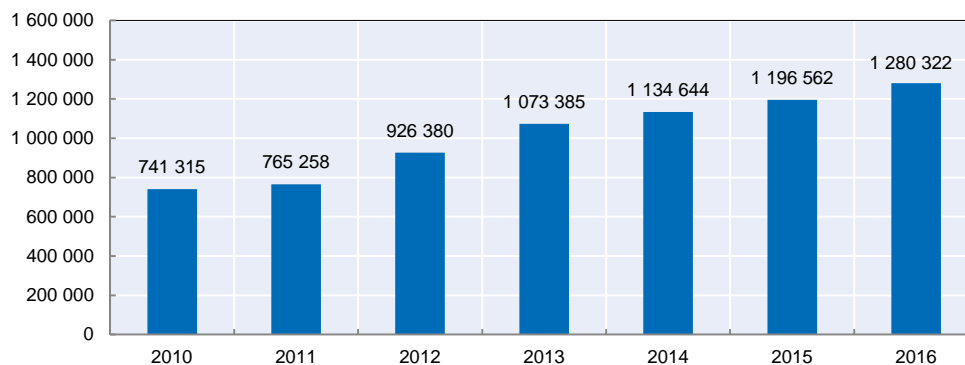
Fonte: INEM

Gráfico 27. Evolução do número de chamadas de Emergência atendidas



Fonte: INEM

Gráfico 28. Evolução do número de acionamentos de meios de emergência



Fonte: INEM

Em termos sintéticos, os principais resultados a destacar na atividade do CODU em 2016 são:

- atendimentos de chamadas da Saúde 24 → 57 + 34%;
- Chamadas enviadas para a saúde 24 → 188 + 37%;
- Chamadas recebidas ou situações de intoxicação → 86 -5%;
- Chamadas recebidas ou serviço de apoio psicológico e intervenção em crise → 50 + 13%;
- CODU Mar → 0,24 0%;
- Via Verde AVC → 9,3 + 9%;
- Via Verde Coronária → 2 -5%;
- Utilizações DAE → 6.144 - 13%;
- Acionamentos de Meios de Emergência Médica → 3.498 +7%;
- Acionamentos de Helicópteros → 2,8 + 12%;
- Acionamentos de VMER → 263 + 5%;
- Acionamentos de Ambulâncias 2 → 3.208 + 7%;
- Acionamentos de Motociclos de Emergência Médica → 19 - 6%;
- Acionamentos TIP → 3,8 +17%;
- Acionamentos UMIPE → 1,5 - 7%.

Nos quadros da página seguinte apresenta-se o detalhe dos acionamentos ocorridos nos últimos anos, por tipo de meio de socorro.

Com o objetivo de proporcionar a melhoria da qualidade de atendimento através da otimização dos recursos existentes no SNS e garantir a acessibilidade do utente ao organismo mais competente para prestar o serviço pretendido em cada momento, em 2012 foi concluído o procedimento relacionado com as chamadas não emergentes.

Com a entrada em funcionamento do Serviço “Saúde 24”, o INEM passou a transferir para aquele serviço um conjunto de chamadas catalogadas como não emergentes, ou seja, chamadas cujo resultado de triagem não resulta no envio de meios de emergência, na transferência da chamada específica para o CIAV ou para o CAPIC. Este procedimento permite alocar os recursos do INEM ao que é, efetivamente, urgente ou emergente, passando para terceiros (“Saúde 24”) o que não o é.

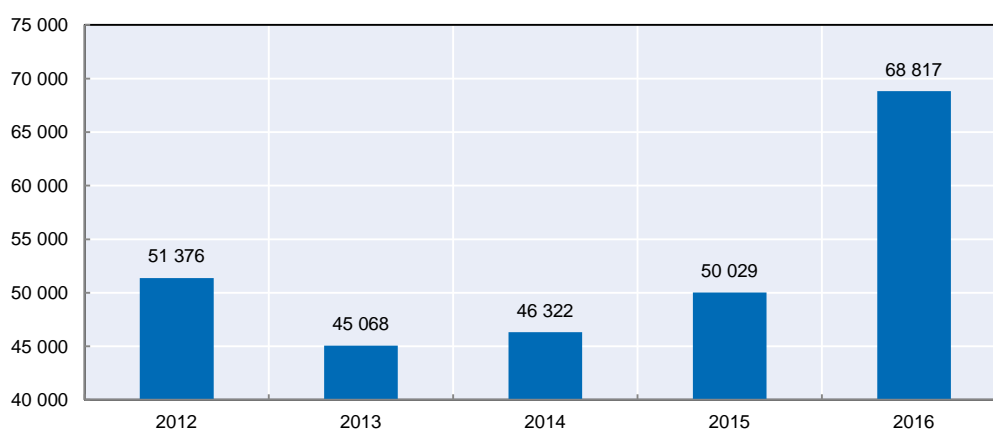
Em 2016 foram transferidas 68.817 chamadas para a “Saúde 24”, o que perfaz cerca de 188 chamadas por dia (mais 37,5% face ao ano de 2015).

Quadro 33. Evolução do número de acionamentos de meios de emergência, por tipo de meio

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var. 2016/2015	
								Valor	%
VMER	53.304	59.226	84.232	101.644	95.855	91.535	96.096	4.561	5,0%
Ambulâncias SIV	26.649	28.506	28.953	33.475	33.508	35.878	37.794	1.916	5,0%
Ambulâncias de Emergência Médica	120.545	126.137	140.261	161.384	174.397	167.323	171.899	4.576	3,0%
Motos de Emergência Médica MEM	1.582	2.745	3.488	5.648	9219	7.546	7.106	-440	-6,0%
Ambulâncias de Socorro sedeadas em entidades do SIEM (PEM)	393.646	395.191	476.984	576.984	618.179	688.022	752.420	64.398	9,0%
Ambulâncias de Socorro (Reserva)	110.891	115.698	158.047	170.303	175.430	171.239	176.555	5.316	3,0%
Helicópteros de Emergência Médica	1.054	1.247	1.304	1.053	912	920	1.033	113	12,0%
Ambulâncias Não INEM	31.966	34.615	31.477	21.230	25.368	32.315	35.475	3.160	10,0%
Unidade Móvel de Intervenção Psicologia de Emergência	271	393	340	360	554	581	539	-42	-7,0%
Ambulâncias de Transporte Inter- Hospitalar Pediátrico	1.407	1.500	1.294	1.289	1.222	1.204	1.405	201	17,0%
Total	741.315	765.258	926.380	1.073.370	1.134.644	1.196.563	1.280.322	83.759	7,0%

Fonte: INEM

Gráfico 29. Evolução do número de chamadas transferidas para a Linha Saúde 24



Fonte: INEM

3. Transporte não urgente de doentes

A evolução dos transportes efetuados no âmbito da plataforma SGTD entre 2014 e 2016 é a que se apresenta no quadro da página ao lado.

Constata-se que o número de doentes com transportes efetuados no âmbito do Sistema de Gestão de Transporte de Doentes não urgentes (SGTD) tem vindo a registar um aumento significativo em todas as ARS ao longo do período, assumindo um crescimento de 4,4% a nível nacional de 2016 para 2015.

Os custos unitários por doente transportado têm vindo a diminuir desde 2014 (-1,9%).

A ARS Norte e a ARS Lisboa e Vale do Tejo representarem a maior fatia dos custos com transportes (assumindo em 2016, respetivamente, 37% e 33%).

Os custos unitários mais elevados têm estado mais concentrados na ARS Algarve, enquanto que os custos unitários mais baixos estão concentrados na ARS Norte.

Relativamente ao número de prestações de saúde a que os utentes registados no SGTD tiveram acesso em 2016, que ascendeu a 2.350.000 prestações, registou-se um acréscimo, quer no triénio (+5,8%), quer face ao ano de 2015 (+2,5%).

Redução dos encargos com transportes para os utentes do SNS

Durante o ano de 2016, com a publicação da Portaria n.º 83/2016, de 12 de abril, reduziram-se os encargos a suportar pelos utentes com o transporte não urgente, nomeadamente através:

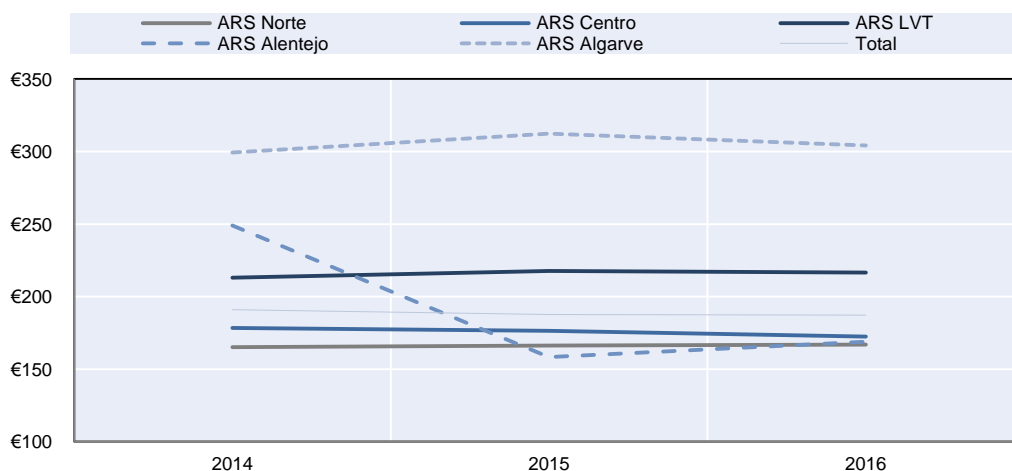
- Da eliminação de pagamento para os doentes com incapacidade igual ou superior a 60% e com insuficiência económica, independentemente do transporte se destinar à realização de cuidados originados pela incapacidade;
- Da inclusão nos encargos a suportar pelo SNS os resultantes do transporte não urgente prescrito aos menores com doença limitante/ameaçadora da vida, em caso de insuficiência económica;
- Da eliminação de copagamentos no Transporte não Urgente de Doentes na prestação de cuidados de saúde de forma prolongada e contínua, incluindo os doentes oncológicos ou transplantados, bem como insuficientes renais crónicos que realizam diálise peritoneal ou hemodiálise domiciliária e independentemente do transporte se destinar à realização de atos clínicos inerentes à respetiva condição;
- Da explicitação que os encargos resultantes do transporte efetuado no dia do transplante são suportados pelo hospital responsável pela transplantação.

Quadro 34. Evolução do número de transporte de doentes registados na plataforma SGTD

	2014	2015	2016	Var. 2016/2015
ARS Norte	98.225	109.049	112.493	3,2%
ARS Centro	47.683	48.350	52.724	9,0%
ARS Lisboa e Vale do Tejo	72.525	73.440	76.219	3,8%
ARS Alentejo	9.520	15.945	16.427	3,0%
ARS Algarve	8.973	9.402	9.533	1,4%
Total	236.926	256.186	267.396	4,4%

Fonte: ACSS e SPMS

Gráfico 30. Evolução dos custos unitários por doente transportado, por região de saúde



Fonte: ACSS e SPMS

Quadro 35. Número de prestações realizadas aos utentes transportados com registo no SGTD

	2014	2015	2016	Var. 2016/2015
ARS Norte	947.853	993.896	1.004.002	1,0%
ARS Centro	360281	367176	389224	6,0%
ARS Lisboa e Vale do Tejo	763.567	766.404	784.197	2,3%
ARS Alentejo	54250	61059	69967	14,6%
ARS Algarve	93.209	101.798	100.160	-1,6%
Total	2.219.160	2.290.333	2.347.550	2,5%

Fonte: ACSS e SPMS

4. Taxas moderadoras

Nos termos da Base XXXIV da Lei de Bases da Saúde, as taxas moderadoras podem ser cobradas com o objetivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde.

O Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 117/2014, de 05 de agosto, veio regular o acesso às prestações do SNS por parte dos utentes, no que respeita ao regime das taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de benefícios, deu cumprimento ao previsto na Lei de Bases de Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, tendo estabelecido as categorias de isenção e dispensa do pagamento de taxas moderadoras com base em critérios de racionalidade e de discriminação positiva dos mais carenciados e desfavorecidos, ao nível do risco de saúde ponderado e ao nível da insuficiência económica.

Com o objetivo de reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde, em 2016, no artigo 205.º da Lei do Orçamento do Estado (Lei n.º 7-A/2016, de 30 de março) foram efetuadas alterações ao regime de pagamento taxas moderadoras.

Neste contexto, foram tomadas as seguintes decisões pelo Ministério da Saúde:

- Eliminação do pagamento de taxas moderadoras nos MCDT realizados no hospital de dia e nos serviços de urgência para o qual haja referência

proveniente dos cuidados de saúde primários, da Linha Saúde 24 ou do INEM e nas sessões de hospital de dia;

- Isenção total do pagamento de taxas moderadoras para os dadores benévolos de sangue, dadores vivos de células, tecidos e órgãos e para os bombeiros;
- Dispensa do pagamento de taxas moderadoras: no tratamento e seguimento da doença oncológica; na primeira consulta de especialidade hospitalar, com referenciação pelos cuidados de saúde primários; no atendimento em serviço de urgência, no seguimento da referenciação proveniente dos cuidados de saúde primários, da Linha Saúde 24 ou do INEM incluindo os atos complementares prescritos; no atendimento na rede de prestação de cuidados de saúde primários, no seguimento de referenciação pela Linha Saúde 24;
- Redução dos valores aplicados às taxas moderadoras para o ano 2016 (ver quadro seguinte).

Nos quadros ao lado apresenta-se a evolução do número de utentes isentos do pagamento de taxas em 2015 e 2016, assim como a evolução dos encargos dos utentes com taxas moderadoras nos últimos anos (2011 – 2016), por tipo de entidade, destacando-se a redução de 43.078.275 euros no valor das taxas moderadoras cobradas, traduzindo-se num aumento do acesso a cuidados de saúde à população.

Quadro 36. Evolução das isenções ou dispensas de pagamento de taxas moderadoras

Critério de Isenção	2015	2016
Insuficiência económica	2.697.212	2.627.847
Desempregados e familiares	145.080	153.306
Crianças até 12 anos de idade (inclusive)	-	-
Menores até 17 anos e 365 dias	1.821.597	1.789.399
Incapacidade igual ou superior a 60%	209.809	228.948
Grávidas e parturientes	177.236	208.691
Doentes transplantados de órgãos	5.056	5.278
Militares e ex-militares das FA incapacitados	4.426	4.560
Jovens em processo de promoção e proteção a correr termos em comissão de proteção de crianças e jovens ou no tribunal	29	48
Jovens que se encontrem em cumprimento de medida tutelar de internamento, medida cautelar de guarda em centro educativo ou instituição	82	101
Jovens integrados em qualquer das respostas sociais de acolhimento em virtude de decisão judicial proferida em processo tutelar cível	29	37
Requerentes de asilo e refugiados, respetivos cônjuges ou equiparados e descendentes diretos	314	849
Doentes crónicos	890.120	890.120
Bombeiros	30.941	33.307
Dadores vivos de células, tecidos e órgãos	1.741	1.960
Dadores benévolos de sangue	128.100	140.794
Utentes com isenção/dispensa válida	6.111.772	6.085.245

Fonte: ACSS e SPMS

Quadro 37. Evolução dos proveitos e cobranças das taxas moderadoras (2011-2016)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Serviços e Fundos Autónomos	34.541€	24.174€	20.229€	25.219€	28.903€	27.804€
ARS	33.392.695€	88.745.248€	88.596.850€	88.699.956€	95.017.073€	88.831.527€
ARS Norte	7.263.130€	28.688.570€	28.689.141€	28.851.229€	31.529.496€	30.376.247€
ARS Centro	4.555.352€	15.881.864€	15.805.591€	15.710.992€	16.504.295€	15.620.629€
ARS Lisboa e Vale do Tejo	17.058.051€	36.381.116€	37.061.798€	37.275.035€	40.379.988€	36.621.502€
ARS Alentejo	1.489.290€	2.755.051€	2.029.793€	2.081.048€	2.087.731€	2.146.168€
ARS Algarve	3.026.872€	5.038.647€	5.010.527€	4.781.652€	4.515.564€	4.066.982€
Hospitais - SPA	413.409€	614.721€	2.530.176€	2.241.671€	2.247.460€	2.438.817€
Hospitais, Centros hospitalares e ULS - EPE	43.353.690€	77.818.545€	91.496.745€	88.172.263€	92.248.469€	81.085.205€
Total de proveitos	97.350.022€	176.340.446€	180.889.402€	178.880.659€	189.178.497€	172.383.353€
Taxas cobradas	-	160.105.182€	184.410.168€	166.462.065€	161.049.320€	117.026.907€

Fonte: ACSS

5. Programa Nacional de Vacinação

O Programa Nacional de Vacinação (PNV) é um programa universal, gratuito e acessível a toda a população residente em Portugal.

Tem por objetivo proteger os indivíduos e a população em geral contra as doenças com maior potencial para constituírem ameaças à saúde pública e individual e para as quais há proteção eficaz por vacinação.

A nível individual pretende-se que a pessoa vacinada fique imune à doença ou, nos casos em que isso não é possível, tenha uma forma mais ligeira da doença quando contactar com o agente infeccioso que a causa.

A nível da população pretende-se eliminar, controlar, ou minimizar o impacto da doença na comunidade, sendo necessário que a percentagem de pessoas vacinadas na população seja a mais elevada possível.

As vacinas atuam sobre o sistema imunitário estimulando a produção de anticorpos contra um determinado agente infeccioso, evitando que a pessoa vacinada venha a ter essa doença quando entra em contacto com aquele microrganismo.

As vacinas que integram o PNV são consideradas de primeira linha, isto é, comprovadamente eficazes e seguras e de cuja aplicação se obtêm os maiores ganhos em saúde.

O PNV é regularmente revisto e atualizado pela DGS, após proposta de uma Comissão Técnica de Vacinação (CTV) em função das vacinas disponíveis, da frequência e distribuição dessas doenças no nosso país, e da evolução social e dos serviços de saúde.

Em 1965, ano da implementação do PNV, este conferia proteção contra 6 doenças, enquanto o PNV em vigor (PNV 2017) confere proteção contra 12 doenças.

Algumas das vacinas não incluídas no PNV, embora confirmam proteção a quem as toma, não demonstraram, até à data, proporcionar tantos ganhos na saúde da população como as do PNV.

A importância da vacinação

A Organização Mundial de Saúde apresenta 7 razões que justificam a importância da vacinação:

- As vacinas salvam vidas;
- A vacinação é um direito básico de todos os cidadãos;
- Os surtos de doenças evitáveis pela vacinação são ainda uma séria ameaça para todos;
- As doenças evitáveis pela vacinação podem ser controladas ou eliminadas;
- A vacinação no âmbito dos Programas Nacionais de Vacinação é custo-efetiva;
- As crianças dependem do sistema de saúde dos respetivos países para terem acesso à vacinação gratuita e segura;
- Todas as crianças devem ser vacinadas.

A avaliação do cumprimento do PNV realiza-se com uma periodicidade anual, sendo fundamental para verificar se as metas propostas para a vacinação estão a ser cumpridas.

Esta avaliação consiste na determinação das taxas de cobertura vacinal em idades chave.

Assim, a 31 de dezembro de 2016 o PNV foi alvo das seguintes avaliações:

- **PNV esquema recomendado:** percentagem de utentes das coortes de 2002, 2009, 2014, 2015 e 2016, vacinada de acordo com o esquema vacinal recomendado, ou seja, com as vacinas administradas nas idades recomendadas;
- **PNV cumprido:** percentagem de utentes das coortes de 1951, 1971, 1991, 2002, 2009, 2013, 2014 e 2015, vacinada de acordo com o esquema recomendado ou com os esquemas cronológicos de recurso (em atraso e tardio);
- **Vacinação contra o sarampo, parotidite epidémica e rubéola (VASPR):** percentagem de utentes entre os 7 e os 17 anos de idade (coortes de 1999 a 2009) que cumpriram o esquema vacinal recomendado (2 doses);
- **Vacinação contra infeções por vírus do Papiloma humano (HPV):** percentagem de utentes do sexo feminino das coortes de 1995 a 2006 que cumpriram o esquema vacinal recomendado, à data da vacinação;
- **Vacinação atempada (Idade recomendada):** percentagem de utentes das coortes de 2014 e 2016, que foi

vacinada até 1 mês após a data recomendada com VHB 2 e DTPaHibVIP 1 (vacinados até aos 3 meses de idade), e VASPR 1 e MenC (vacinados até aos 13 meses de idade).

Avaliação do PNV - Esquema recomendado

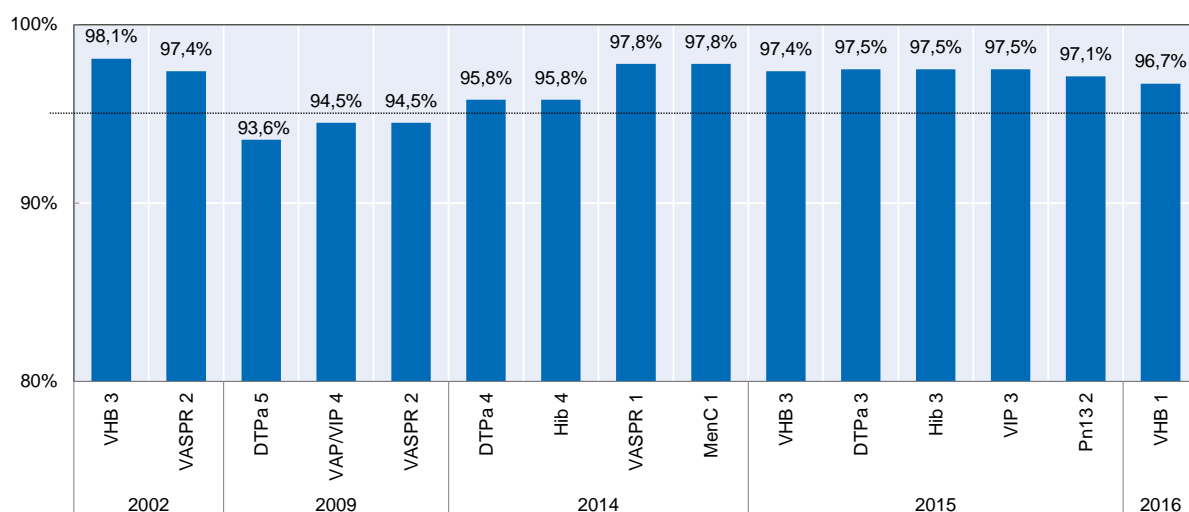
O gráfico que se apresenta de seguida representa a percentagem de utentes, em cada coorte, que cumpriram para cada vacina o número de doses recomendadas para a idade.

Foram atingidas as metas para todas as vacinas nas coortes de 2002, 2009, 2014, 2015 e 2016, à exceção da DTPa 5 na coorte de 2009 (94%).

Foram atingidas as metas para todas as vacinas nas coortes de 2002, 2009, 2014 e 2015, à exceção da DTPa na coorte de 2009 (94%).

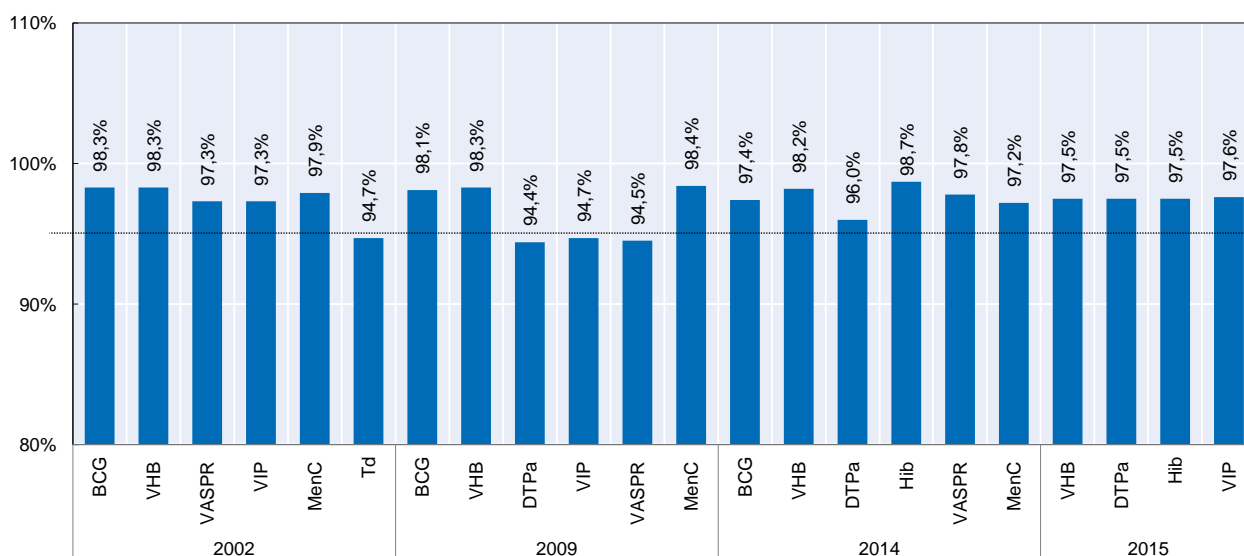
Para a vacina Td, a coorte que completou 65 anos de idade, passou de uma cobertura de 76% em 2015, para 78% em 2016.

Gráfico 31. PNV Recomendado. Cobertura vacinal por coorte e dose de vacina. Avaliação 2016, no continente



Legenda: **DTPa** – vacina contra a difteria, tétano e tosse convulsa; **Hib** – vacina contra a doença invasiva por Haemophilus influenzae do tipo b; **MenC** – vacina contra a doença invasiva por Neisseria meningitidis do grupo C; **Pn13** – vacina conjugada contra infecções por Streptococcus pneumoniae de 13 serotipos; **VASPR** – vacina contra o sarampo, parotidite epidêmica e rubéola; **VIP** – vacina contra a poliomielite; **VHB** – vacina contra a hepatite B
 Fonte: DGS

Gráfico 32. PNV Cumprido. Cobertura vacinal por coorte e vacina. Avaliação 2016, no continente



Legenda: **DTPa** – vacina contra a difteria, tétano e tosse convulsa; **Hib** – vacina contra a doença invasiva por Haemophilus influenzae do tipo b; **MenC** – vacina contra a doença invasiva por Neisseria meningitidis do grupo C; **Pn13** – vacina conjugada contra infecções por Streptococcus pneumoniae de 13 serotipos; **VASPR** – vacina contra o sarampo, parotidite epidêmica e rubéola; **VIP** – vacina contra a poliomielite; **VHB** – vacina contra a hepatite B

Nota: devido a limitação no algoritmo de validação do Programa SINUS, foram assumidos os resultados do PNV esquema recomendado para as vacinas Hib e DTPa na coorte de 2015.

Fonte: DGS

Vacinação contra o sarampo, parotidite epidêmica e rubéola (VASPR)

A cobertura vacinal para a VASPR 1 foi de 98% e para a VASPR 2 variou entre 95% e 97% para as crianças com 7 a 17 anos de idade cumprindo-se os objetivos nacionais e internacionais do Programa de Eliminação do Sarampo. No entanto, apesar dos bons resultados nacionais, existem assimetrias regionais e locais na cobertura vacinal.

Vacinação contra o Vírus do Papiloma Humano (HPV)

A coorte de nascidos em 2001 apresenta cobertura de 91% para 2 doses e 72% para 3 doses. A partir de outubro de 2014 o esquema vacinal com HPV passou de 3 para 2 doses e a vacina passou a ser administrada aos 10-13 anos de idade. Em dezembro de 2016 a coorte de nascidos em 2002 atingiu 86% (2.^a dose) e nas coortes nascidas em 2003, 2004 e 2005 os valores para a 2.^a dose variam entre 71% e 78%.

Vacinação atempada - Idade recomendada

Aos 3 meses de idade 94% das crianças já tinham cumprido o esquema recomendado das vacinas em estudo. No entanto, aos 13 meses de idade, 18% e 17% das crianças ainda não estavam protegidas contra o sarampo, parotidite epidêmica e rubéola e contra a doença invasiva por *Neisseria meningitidis* C, respetivamente.

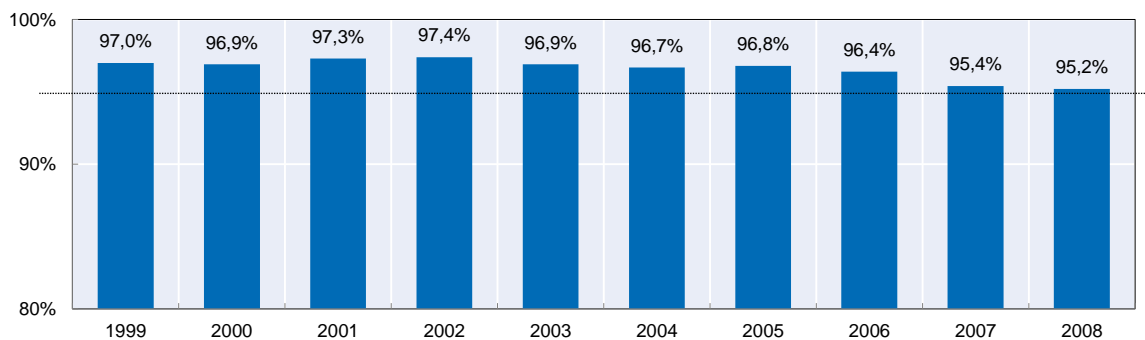
Em 2015, estes valores foram, respetivamente, de 16% e 15%.

A atualização do Programa Nacional de Vacinação (PNV 2017) foi publicada pela

Norma nº 16/2016 de 16/12/2016 da Direção-Geral da Saúde. Assim, recomendam-se diferentes esquemas vacinais gerais, em função da idade e do estado vacinal anterior e ainda esquemas vacinais específicos para grupos de risco ou em circunstâncias especiais:

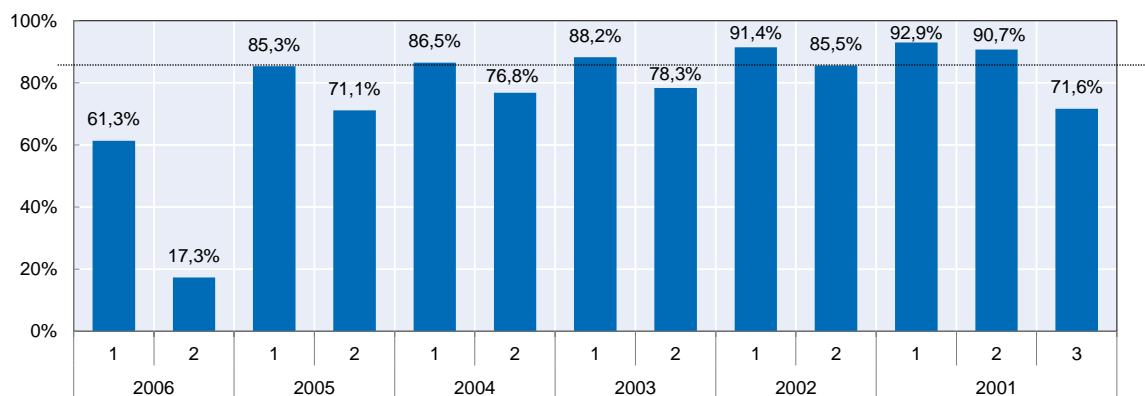
- Com menos de 18 anos de idade, a todas as pessoas, recomendam-se 11 vacinas: contra hepatite B, difteria, tétano, tosse convulsa, poliomielite, doença invasiva por *Haemophilus influenzae* do serotipo b, infeções por *Streptococcus pneumoniae* (13 serotipos), doença invasiva por *Neisseria meningitidis* do grupo C, sarampo, parotidite epidêmica e rubéola. Às raparigas, recomenda-se ainda a vacina contra infeções por vírus do Papiloma humano;
- Durante toda a vida recomendam-se as vacinas: contra tétano e difteria. Dependendo do número de doses anteriores, da idade e do risco acrescido, recomendam-se também, durante toda a vida, as vacinas contra sarampo, rubéola e poliomielite;
- Às grávidas, em cada gravidez, recomenda-se uma dose da vacina contra a tosse convulsa;
- A grupos com risco acrescido para determinadas doenças recomendam-se ainda, em Normas específicas, as vacinas: contra tuberculose, infeções por *Streptococcus pneumoniae* (23 serotipos) e doença invasiva por *Neisseria meningitidis* do grupo B e outras, recomendadas e gratuitas.

Gráfico 33. Vacina VASPR 2. Cobertura vacinal por coorte. Avaliação 2016, no continente



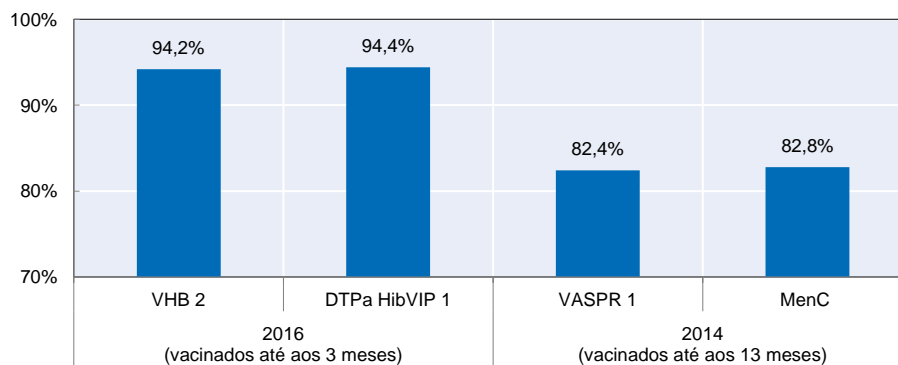
Fonte: DGS

Gráfico 34. Vacina HPV. Cobertura vacinal por coorte. Avaliação 2016, no continente



Fonte: DGS

Gráfico 35. Vacinação atempada, vacinas VHB 2, DTPaHibVIP 1, VASPR 1 e MenC. Avaliação 2016, no continente



Fonte: DGS

O PNV está em permanente revisão e melhoria, visando, vacinar o maior número de pessoas com as vacinas mais adequadas, o mais precocemente possível, de forma duradoura promovendo a proteção individual e com uma mais-valia para a saúde pública.

As vacinas são selecionadas com base na epidemiologia das doenças, na evidência científica do seu impacto, na sua relação custo-efetividade e na sua disponibilidade no mercado.

Por isso, tem sido desenvolvido ao longo de décadas, de forma coerente, harmoniosa, consistente, sustentável e adaptado às necessidades dos cidadãos.

A vacinação deve ser entendida como um direito e um dever dos cidadãos, participando ativamente na decisão de se vacinarem com a consciência que estão a defender a sua saúde, a saúde pública e a praticar um ato de cidadania.

Quadro 38. Programa Nacional de Vacinação 2017: esquema vacinal recomendado

Vacina Doença	Idade											
	0 meses	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5 anos	10 anos	25 anos	45 anos	65 anos	10/10 anos
Hepatite B	VHB 1	VHB 2		VHB 3								
<i>Haemophilus influenzae b</i>		Hib 1	Hib 2	Hib 3		Hib 4						
Difteria, tétano, tosse convulsa		DTPa 1	DTPa 2	DTPa 3		DTPa 4	DTPa 5					
Poliomielite		VIP 1	VIP 2	VIP 3		VIP 4	VIP 5					
<i>Streptococcus pneumoniae</i>		Pn ₁₃ 1	Pn ₁₃ 2		Pn ₁₃ 3							
<i>Neisseria meningitidis C</i>					MenC 1							
Sarampo, parotidite epidémica, rubéola					VASPR 1		VASPR 2					
Vírus Papiloma humano ¹								HPV 1,2				
Tétano, difteria e tosse convulsa ²									Tdpa - Grávidas			
Tétano e difteria ³								Td	Td	Td	Td	Td

¹HPV - Aplicável apenas a raparigas, com esquema 0,6 meses

²Tdpa - Aplicável apenas a grávidas, em qualquer idade. Uma dose em cada gravidez

³Td - De acordo com a idade da pessoa, devem ser aplicados os intervalos recomendados entre doses, tendo como referência a data de administração da dose anterior. A partir dos 65 anos, recomenda-se a vacinação de todas as pessoas que tenham feito a última dose de Td há ≥10 anos; as doses seguintes são administradas de 10 em 10 anos

Fonte: DGS

6. Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral

O Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) desenha uma estratégia global de intervenção assente na promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças orais.

Desenvolve-se ao longo do ciclo de vida e nos ambientes onde as crianças e jovens vivem e visa a diminuição da incidência e da prevalência da cárie dentária, a melhoria dos conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral e a promoção da equidade na prestação de cuidados de saúde oral às crianças e jovens com necessidades de saúde especiais.

Este programa prevê a atribuição de cheques-dentista aos respetivos utentes beneficiários, nomeadamente grávidas seguidas no SNS, beneficiários do complemento solidário para idosos, crianças e jovens com idade inferior a 16 anos, utentes portadores de VIH/SIDA e utentes com lesão suspeita de cancro oral.

As atividades do programa articulam-se, em especial, com as dos programas de saúde escolar, saúde infantil e juvenil, saúde materna e vigilância da saúde do idoso e está baseado na atividade desenvolvida ao nível da rede de cuidados de saúde primários.

O PNPSO é atualmente regulado pela Portaria n.º 301/2009, de 24 de março, que confirma as grávidas e os idosos como grupos alvo e eleva para os 16 anos a idade para inclusão de crianças e jovens.

Até 2008, o PNPSO estava centrado em atividades de prevenção e educação para a saúde e na avaliação da saúde oral ou

tratamento de doenças da boca e dentes a crianças escolarizadas, mediante acordo entre o SNS e especialistas privados.

A partir de 27 de maio de 2008, teve início a emissão de cheques-dentista a grávidas em vigilância pré-natal no SNS, bem como a idosos beneficiários do complemento solidário e também utentes do SNS. A partir de 2010 passou a integrar os utentes portadores de VIH/SIDA.

A 1 de março de 2014, o PNPSO foi alargado, passando a incluir a intervenção precoce no cancro oral (Despacho n.º 686/2014, de 15 de janeiro).

Em 1 de março 2016, o PNPSO foi alargado aos jovens de 18 anos e aos portadores de VIH/SIDA já com acesso anterior (segundo ciclo de cheques) de acordo com o Despacho n.º 12889/2015, de 13 de novembro.

Ao abrigo do Despacho n.º 8591-B/2016, de 29 de junho, o PNPSO foi alargado passando a contemplar consultas de saúde oral nos cuidados de saúde primários.

Reforço da Saúde Oral nos cuidados de saúde primários

O PNPSO constitui um instrumento essencial em termos de política de saúde e ao longo dos anos tem proporcionado intervenções em termos de promoção de hábitos de vida saudáveis e prevenção da doença oral, nomeadamente nas abordagens da saúde escolar, bem como um acesso crescente a tratamentos a diversos grupos -alvo por intermédio do programa cheque-dentista.

O quadro da página seguinte apresenta a evolução do número de beneficiários do PNPSO entre 2010 e 2016, registando-se um aumento de 3% no número de utentes que beneficiaram deste programa em 2016, quando comparado com 2015.

Este aumento foi mais significativo no grupo dos idosos, que aumentou +6,1% em 2016, seguido das grávidas, que cresceu 4,0%, face a 2015.

Importa também destacar o ligeiro aumento do número de cheques emitidos em 2016 no âmbito do PNSO (+0,2%), o qual incidiu essencialmente no grupo dos Portadores de VIH/SIDA (+64%), seguido do grupo das crianças e jovens de 16 anos (+34,0%).

Saliente-se que no ano letivo de 2012/2013 se alteraram as regras de emissão e de utilização de cheques dentistas, por forma a coincidir a utilização dos cheques com o ano civil, pese embora a emissão se inicie com o ano letivo.

Esta alteração provocou um desfasamento na utilização dos cheques emitidos em 2012, que vieram apenas a ser utilizados em 2013. Os dados a partir de 2014 já traduzem a normalidade face ao histórico.

No ano de 2016 foram alteradas as regras de emissão para as crianças e jovens idades intermédias adequando o acesso destes utentes às necessidades de tratamento, atendendo a que há obrigatoriedade de repetição de tratamentos durante 6 meses após a intervenção aos 7, 10 e 13 anos. Esta alteração explica a redução de 40% de cheques emitidos face ao ano de 2015.

O aumento do número de utentes portadores de VIH/SIDA (102%) deveu-se à atribuição de novo ciclo de cheques dentista para utentes já referenciados anteriormente.

Considerando o período entre 2010 e 2016, os cheques-dentista emitidos e utilizados distribuíram-se conforme se apresenta no quadro da página ao lado.

De facto, entre 1 de janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2016 foram emitidos 3.291.727 cheques dentistas, sendo que a percentagem de cheques que foram efetivamente utilizados é de 76% em 2015, conforme se apresenta também no quadro da página ao lado.

Quadro 39. Número de utentes SNS que beneficiaram do PNSO

Número de Utentes SNS Beneficiários	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var. 2016/2015
Grávidas	39.474	38.855	41.144	40.808	44.424	49.753	51.517	4,0%
Idosos	6.492	5.451	5.300	5.488	5.171	5.305	5.631	6,1%
Saúde Infantil <=6 anos	19.033	21.155	24.127	20.051	28.667	28.590	28.615	0,1%
Crianças e Jovens 2009/2010	186.862							
Crianças e Jovens 2010/2011	139.046	145.578						
Crianças e Jovens 2011/2012		131.159	152.294					
Crianças e Jovens 2012/2013			16.131	266.552				
Crianças e Jovens 2013/2014				115.451	166.026			
Crianças e Jovens 2014/2015					116.854	151.852		
Crianças e Jovens 2015/2016						109.830	157.429	
Crianças e Jovens 2016/2017							106.855	
Crianças e Jovens 16 anos				3.087	5.318	15.925	21.300	36,0%
Crianças e Jovens 18 anos							1.676	
Crianças e Jovens Idades Intermédias	3.308	4.445	6.437	7.000	11.303	12.775	7.688	-40,0%
Portadores VIH/SIDA	41	255	244	463	443	392	793	102,0%
Intervenção Precoce no Cancro Oral					2.401	3.831	4.192	9,0%
Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primários							3.122	
Total	394.256	346.898	245.677	458.900	380.607	378.253	388.818	3,0%

Fonte: DGS

Quadro 40. Número de cheques emitidos por Grupo-Alvo no âmbito do PNSO

Cheques Emitidos por Grupo-Alvo	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var. 2016/2015
Grávidas	82.917	81.722	85.327	83.131	89.889	98.982	93.892	-5,0%
Idosos	10.940	9.377	9.103	9.288	8.745	8.986	9.347	4,0%
Saúde Infantil <=6 anos	19.033	21.155	24.127	20.021	28.667	28.590	28.615	0,1%
Crianças e Jovens	463.273	427.807	315.425	510.776	403.914	376.092	375.440	-0,2%
Crianças e Jovens 16 anos				3.087	5.318	15.925	21.300	34,0%
Crianças e Jovens 18 anos							1.676	
Crianças e Jovens Idades Intermédias	3.308	4.445	6.437	7.000	11.303	12.775	7.688	-40,0%
Portadores VIH/SIDA	51	637	582	1.122	1.088	1.017	1.668	64,0%
Intervenção Precoce no Cancro Oral					2.729	4.542	5.001	10,0%
Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primários							3.122	
Total	579.522	545.143	441.001	634.425	551.653	546.909	547.749	0,2%

Fonte: DGS

Quadro 41. Número total de cheques utilizados no âmbito do PNSO

Cheques Utilizados por Grupo-Alvo	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var. 2016/2015
Grávidas	70.801	69.383	71.760	68.881	74.169	80.591	70.270	-13,0%
Idosos	9.530	8.353	8.118	8.107	7.734	7.870	8.030	2,0%
Saúde Infantil <=6 anos	10.621	13.126	14.683	11.677	14.450	17.972	16.231	-10,0%
Crianças e Jovens	308.032	318.559	314.931	312.396	300.980	288.138	284.885	-1,0%
Crianças e Jovens 16 anos				2.122	4.138	9.906	13.756	39,0%
Crianças e Jovens 18 anos							1.215	
Crianças e Jovens Idades Intermédias	1.706	2.959	4.877	5.245	6.717	10.031	6.174	-38,0%
Portadores VIH/SIDA	20	566	503	960	958	907	1.387	53,0%
Intervenção Precoce no Cancro Oral					954	2.082	2.360	13,0%
Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primários							424	
Total	400.710	412.946	414.872	409.388	410.100	417.497	404.732	-3,0%

Fonte: DGS

Quadro 42. Taxa de utilização de cheques no âmbito do PNSO

Taxa de Utilização dos Cheques	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var. 2016/2015
Grávidas	0,85%	0,85%	0,84%	0,83%	0,83%	0,81%	0,75%	-7,0%
Idosos	0,87%	0,89%	0,89%	0,87%	0,88%	0,88%	0,86%	-2,0%
Saúde Infantil <=6 anos	0,56%	0,62%	0,61%	0,58%	0,5%	0,63%	0,57%	-6,0%
Crianças e Jovens	0,66%	0,74%	1%	0,61%	0,75%	0,77%	0,76%	-1,0%
Crianças e Jovens 16 anos				0,69%	0,78%	0,62%	0,65%	2,0%
Crianças e Jovens 18 anos							0,72%	72,0%
Crianças e Jovens Idades Intermédias	0,52%	0,67%	0,76%	0,75%	0,59%	0,79%	0,8%	2,0%
Portadores VIH/SIDA	0,39%	0,89%	0,86%	0,86%	0,88%	0,89%	0,83%	-6,0%
Intervenção Precoce no Cancro Oral					0,35%	0,46%	0,47%	1,0%
Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primários							0,14%	14,0%
Total	0,69%	0,76%	0,94%	0,65%	0,74	0,76	0,74%	-2,0%

Fonte: DGS

7. Pessoa com doença rara

O “Cartão de Pessoa com Doença Rara” (CPDR) foi criado em 2014, na sequência da Resolução da Assembleia da República n.º34/2009 publicada no Diário da Republica, 1.ª Série, n.º 88 de 7 maio de 2009.

Os objetivos da implementação do “Cartão da Pessoa com Doença Rara” são os seguintes:

- Assegurar que nas situações de urgência ou emergência, os profissionais de saúde tenham acesso à informação relevante da pessoa com doença rara e à especificidade da situação clínica, permitindo o melhor atendimento do utente;
- Melhorar a continuidade de cuidados, assegurando que a informação clínica relevante da pessoa com doença rara está na posse do utente, num formato acessível e que o acompanha nos diferentes níveis de cuidados de saúde;
- Facilitar o encaminhamento apropriado e rápido para a unidade de saúde que assegure, efetivamente, os cuidados de saúde adequados ao utente.

Existem entre cinco mil e oito mil doenças raras. Cada uma destas doenças atinge menos de 0,1% da população. Muitas são graves e, por vezes, altamente incapacitantes, enquanto outras não são impeditivas do normal desenvolvimento intelectual e apresentam evolução benigna. No seu conjunto, as doenças raras afetam cerca de 6% da população, estimando-se que, em Portugal, existam cerca de seiscentas mil pessoas portadoras destas doenças.

O impacto destas doenças é multiplicado pelo difícil e, em geral, tardio diagnóstico, para o qual contribuem, pela sua raridade, a falta de informação por parte dos médicos, as ineficiências no encaminhamento dos utentes para os serviços especializados mais adequadas e por não se terem, ainda, definido e reconhecido, em muitos países, centros de referência. Sabe-se, pela literatura internacional, que cerca de um quarto dos utentes espera pelo diagnóstico definitivo entre cinco a trinta anos, após o aparecimento dos primeiros sintomas.

Quadro 43. Cartão de pessoa com doença rara

	2014	2015	2016
Número de profissionais habilitados	182	383	427
Número de cartões requisitados	622	911	776
Número de unidades de Saúde emissoras	6	13	14
Número de novas doenças codificadas	168	182	106

Fonte: DGS

8. Cessação tabágica

Sendo o tabaco o principal fator de risco para as duas maiores causas de morte, na Europa e em Portugal, as Doenças Cardiovasculares e o Cancro, num contexto da defesa da saúde pública, o Governo apresentou uma Proposta de Lei   Assembleia da República, aprovada em junho de 2017, que procede   monitoriza o e regula o do comércio dos novos produtos do tabaco sem combustão interditando o seu consumo nos mesmos locais onde seja proibido fumar.

Paralelamente   implementa o de medidas de preven o, o Governo, através do

Despacho n.  6300/2016, de 12 de maio e do Despacho n.  14202-A/2016, de 25 de novembro, pretende promover a cessa o tabágica através, entre outras, da disponibiliza o em todos os ACES de uma consulta de cessa o tabágica e da participa o dos medicamentos antitab gicos sujeitos a receita médica.

No final de 2016, garantiu-se a existência de uma consulta de cessa o tabágica em todos os ACES do país tendo sido realizadas cerca de 18 mil consultas, mais 14% que em 2015.

Quadro 44. Consultas de cessa o tabágica, por região

	2015	2016	Var. 2016/2015
ARS Norte	6.385	7.090	11%
ARS Centro	7.402	7.505	1%
ARS Lisboa e Vale do Tejo	14.732	14.816	1%
ARS Alentejo	508	709	40%
ARS Algarve	1.320	1.652	25%
Total Geral	30.347	31.772	5%

Fonte: DGS

9. Sangue

O consumo de componentes sanguíneos para o tratamento adequado de cada vez mais doentes obriga a um apelo constante à dádiva de sangue.

A 31 de dezembro de 2016 encontravam-se registadas no Sistema Português de Hemovigilância (SPHV) 250 instituições, 77 públicas (30,8%) e 173 privadas (69,2%), conforme evidenciado no quadro.

Relativamente à distribuição dos serviços de sangue pelo número de dádivas homólogas colhidas a nível nacional, é possível concluir que:

- O Instituto Português do Sangue e da Transplantação através dos 3 Centros de Sangue e Transplantação colheu no ano de 2016, 57,7 % de todas as dádivas nacionais.
- A região Centro através do Centro de Sangue e Transplantação de Coimbra representa 23,27% das dádivas nacionais.
- A região de Lisboa e Vale do Tejo com Centro de Sangue e Transplantação de Lisboa representa 24,68% das dádivas nacionais.
- A região Norte com o Centro de Sangue e Transplantação do Porto representa 40,53 % das dádivas nacionais.

Em 2016, mantendo-se a tendência verificada desde 2008, verificou-se uma diminuição no número de doadores e dádivas de sangue.

Mantém-se uma ligeira melhoria do índice de dádivas por 1.000 habitantes e o índice de

dádivas por dador. Em 2016, observou-se um aumento no número de doadores que efetuaram dádivas por aférese e uma evolução positiva do número de doadores regulares.

Quadro 45. Número de entidades registadas no Sistema Português de Hemovigilância

	Alentejo	Algarve	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Norte	Região Autónoma da Madeira	Região Autónoma dos Açores	Total
Ponto Transfusional	6	10	25	44	57	2	5	149
Serviço de Medicina Transfusional			11	35	22			68
Serviço de Sangue		1						1
Serviço de Sangue e Serviço de Medicina Transfusional	5	2	4	8	9	1	3	32
Total	11	13	40	87	88	3	8	250

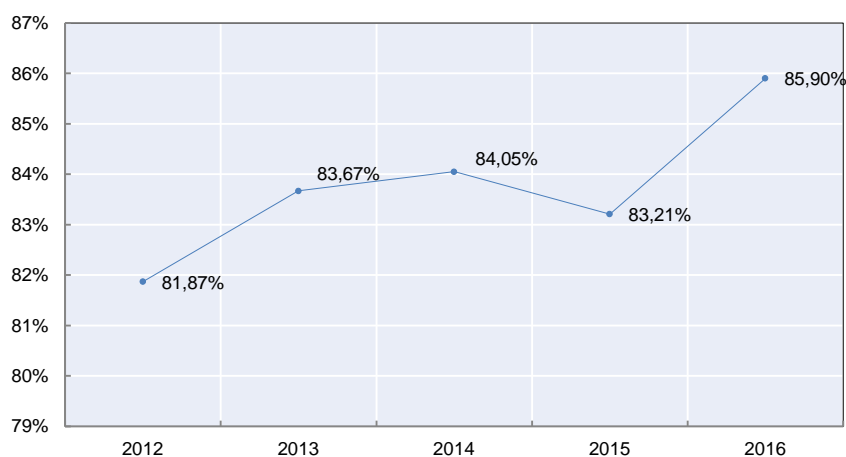
Fonte: IPST

Quadro 46. Evolução do número de dadores de sangue que efetuaram dádiva

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Número de dadores que efetuaram dádiva	293778	271159	249168	237826	226882	223924	217431

Fonte: IPST

Gráfico 36. Evolução do número de dadores de sangue regulares



Fonte: IPST

10. Transplantação

Na área da transplantação de órgãos, os principais registos de atividade em 2016 foram os seguintes:

- Maior número de transplantes dos últimos 5 anos. Em 2016 foram realizados 864 transplantes, mais 5% que no ano anterior.
- Maior número de dadores falecidos desde sempre, superando o máximo atingido em 2009;
- 337 dadores falecidos em 2016 (319 em 2015), dos quais 10 em paragem circulatória;
- 78 % dos dadores com causa de morte médica;
- Maior número de órgãos colhidos, superando o número verificado em qualquer ano anterior (+ 4,5%)
- Aumento da taxa de utilização dos órgãos para 84% (79% em 2015).

O gráfico *infra* ilustra a evolução do número de transplantes de 2011 a 2016.

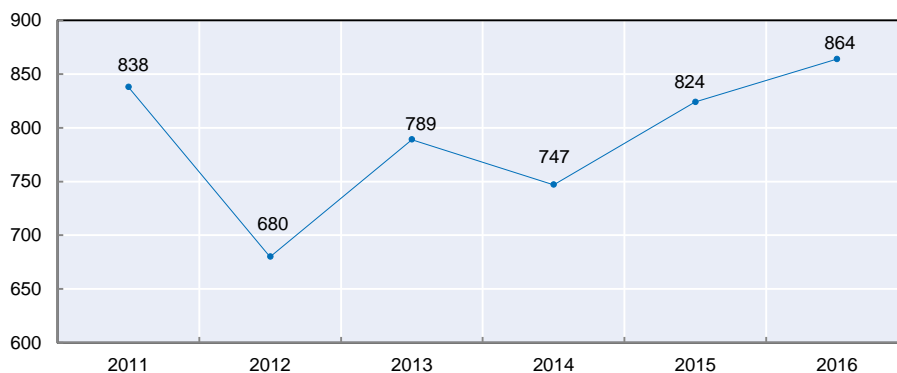
Assistência à paragem cardiocirculatória extra-hospitalar refratária

A transplantação de órgãos no dador em paragem cardiocirculatória exige a adoção de medidas de preservação/suporte orgânico o mais precocemente possível, por forma a minimizar os efeitos deletérios da isquemia quente decorrente da paragem circulatória.

Nesta sequência, e tendo como objetivo aumentar o número de órgãos disponíveis para doação e, conseqüentemente, o número de transplantes em Portugal, iniciou-se em 2016 um projeto-piloto de integração de emergência pré hospitalar com Centro ECMO para assistência à paragem cardiocirculatória extra-hospitalar refratária, contribuindo assim para reforçar a coordenação e a rapidez das respostas associadas à ECMO.

Este projeto iniciou-se em 2016 no Porto, mais concretamente no Centro de ECMO do CHSJ, envolvendo as VMER do CHSJ, do CHP, do CHVNGE e da ULS Matosinhos, e em 2017 será alargado ao CHLN, em Lisboa.

Gráfico 37. Evolução do número de transplantes



Fonte: IPST

11. Atribuição de produtos de apoio - Ajudas técnicas

O Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio - SAPA destina-se a financiar os produtos de apoio prescritos por ato médico às pessoas com deficiência, na consulta externa das unidades hospitalares prescritoras. Estas entidades, indicadas pelas ARS, financiam os produtos de apoio que prescrevem, após avaliação médico-funcional e sociofamiliar.

A criação do programa de financiamento de produtos de apoio, bem como do anterior regime supletivo de atribuição teve na sua génese o objetivo de facilitar o acesso das pessoas com deficiência às ajudas técnicas.

Para este efeito, entende-se por pessoa com deficiência aquela que, por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de funções ou de estruturas do corpo, incluindo as funções psicológicas, apresente dificuldades específicas suscetíveis de, em conjugação com os fatores do meio, lhe limitar ou dificultar a atividade e a participação em condições de igualdade com as demais pessoas.

Em 2016 o SNS despendeu, no âmbito das ajudas técnicas, um total de 2.177.526,39 euros, correspondendo a 109.041 reembolsos.

Dada a sua natureza, o SAPA integra alguns produtos que se constituem como dispositivos médicos e, por essa razão, o Ministério da Saúde tem vindo a promover a definição de regimes de participação de alguns desses produtos procurando, assim, facilitar o acesso dos utentes do SNS e desburocratizar os mecanismos em que o

acesso é assegurado, ao mesmo tempo que se simplifica o processo de prescrição e controlo de despesa.

Neste contexto, em 2016 foram encetados os trabalhos pendentes ao estabelecimento de dois regimes de participação de produtos de apoio outrora financiados pelo SAPA, designadamente:

- O regime de participação dos dispositivos médicos para o apoio aos doentes ostomizados, estabelecido na Portaria n.º 92 -F/2017, de 3 de março;
- O regime de participação dos dispositivos médicos para apoio a doentes com incontinência ou retenção urinária, estabelecido na Portaria n.º 92 -E/2017, de 3 de março.

Estes regimes de participação facilitam o acesso, na medida em que não acarretam qualquer custo para os utentes do SNS, ao assegurarem a participação a 100%, como referido nos diplomas legais aplicáveis, sendo a respetiva dispensa efetuada nas farmácias comunitárias.

12. Benefícios adicionais em saúde (BAS)

O Decreto-Lei n.º 252/2007, de 5 de Julho, criou um regime de benefícios adicionais de saúde no âmbito do complemento solidário para idosos, instituído pelo Decreto-Lei n.º 232/2005, de 29 de Dezembro.

Os benefícios adicionais de saúde englobam:

- Participação financeira em 50% da parcela do preço dos medicamentos não comparticipada pelo Estado;
- Participação financeira em 75% da despesa na aquisição de óculos e lentes até ao limite de 100 euros, por cada período de dois anos;
- Participação financeira em 75% da despesa na aquisição e reparação de próteses dentárias removíveis até ao limite de 250 euros, por cada período de três anos.

Estes benefícios, a efetuar por reembolso, incidem apenas sobre a parcela não comparticipada ou reembolsada.

No ano de 2016, a nível nacional, estavam inscritos 24.481 beneficiários do BAS (-2.581 do que em 2015).

A ARS Norte regista o maior número de beneficiários, com uma percentagem de 48,9%, face ao nacional.

Em termos de número de pedidos de reembolso pagos, constata-se que em 2016 aproximadamente 96% dos pedidos (o equivalente a 104.590) reportam-se a pedidos de reembolso de medicamentos, sendo residuais os pedidos de reembolso ao

nível de despesa com a aquisição ou reparação de próteses dentárias removíveis (1.398) e com a aquisição de óculos e lentes (3.053).

Recorde-se que o reembolso de 75% da despesa na aquisição de óculos e lentes tem o limite de 100 euros por cada período de 2 anos e que, no caso das próteses dentárias removíveis, o limite é de 250 euros, por cada período de 3 anos.

Do montante total da despesa em 2016 (2.177.526,39 euros), cerca de 46,9% (1.023.010,67 euros) da despesa ocorreu na ARS Norte, seguida da ARS Centro com um total de 534.392,78 euros.

Em termos de reembolso de despesas com medicamentos, o valor dos pagamentos foi de 1.698.430,61 euros, cerca de 77,9% do montante total da despesa com a atribuição do BAS.

Quadro 47. Número de pedidos de reembolso pagos (2016)

	Número de Beneficiários	Medicamentos	Próteses Dentárias	Óculos e Lentes	Total
ARS Norte	11.994	52.934	735	1.327	54.996
ARS Centro	5.792	24.579	287	756	25.622
ARS Lisboa e Vale do Tejo	4.711	18.551	300	703	19.554
ARS Alentejo	1.459	6.578	42	180	6.800
ARS Algarve	462	1.567	30	77	1.674
Açores	82	381	4	10	395
Total	24.481	104.590	1.398	3.053	109.041

Fonte: ACSS

Quadro 48. Valor dos pagamentos efetuados, por tipologia (2016)

	Medicamentos	Próteses Dentárias	Óculos e Lentes	Total
ARS Norte	808.659,60€	94.594,20€	119.756,87€	1.023.010,67€
ARS Centro	423.405,49€	42.373,32€	68.613,97€	534.392,78€
ARS Lisboa e Vale do Tejo	319.565,19€	49.666,36€	64.670,12€	433.901,67€
ARS Alentejo	108.640,58€	8.179,95€	16.795,14€	133.615,67€
ARS Algarve	27.653,52€	5.503,10€	7.347,50€	40.504,12€
Açores	10.506,23€	703,75€	891,5€	12.101,48€
Total	1.698.430,61€	201.020,68€	278.075,10€	2.177.526,39€

Fonte: ACSS

13. Dependências: drogas, álcool e jogo

De 2010 a 2016 assistiu-se a uma diminuição contínua do número de utentes em tratamento no ano, por Comportamentos Aditivos e das Dependências (CAD) associados a consumo de substâncias psicoativas ilícitas. Em 2016 verifica-se uma inflexão desta tendência, registando-se um aumento do número de utentes em tratamento no ano.

No que se refere ao número de utentes em tratamento no ano, por CAD associado aos problemas ligados ao álcool manteve-se, em 2016, a tendência de aumento de atividade assistencial.

Nos internamentos hospitalares constata-se para todos os indicadores uma diminuição do seu valor, comparativamente ao ano anterior.

No que diz respeito ao indicador medicamentos assiste-se à manutenção da tendência de aumento de utentes em tratamento no ano, ainda que o seu valor absoluto se mantenha de baixa expressão.

De forma a proceder a uma abordagem integrada o SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências procede à atribuição de financiamento público a pessoas coletivas privadas sem fins lucrativos, celebrando, para o efeito, contratos de atribuição de financiamento público a Programas de Respostas Integradas (PRI), através dos serviços e organismos centrais do Ministério da Saúde e das Administrações Regionais de Saúde (ARS), a pessoas coletivas privadas sem fins lucrativos.

O SICAD tem a seu cargo, entre outras atribuições, a prestação de apoio técnico e administrativo às Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT), garantindo as infraestruturas necessárias ao seu funcionamento.

A dissuasão representa uma área de intervenção do SICAD com elevado reconhecimento nacional e internacional, constituindo-se como a única e atual área de intervenção direta de proximidade ao cidadão.

Recentemente, foi constituída uma equipa multidisciplinar, por forma a assegurar as atribuições inerentes à coordenação da área da dissuasão e à administração do Sistema de Gestão de Informação Processual (SGIP), nomeadamente o apoio e coordenação das atividades das Comissões para a Dissuasão da Toxicodependências (CDT) no âmbito da operacionalização da Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro, bem como a administração do Sistema de Gestão e Informação Processual (SGIP), ao abrigo da Portaria n.º 604/2001, de 12 de junho, no âmbito da gestão dos processos de contraordenação por consumo de substâncias psicoativas ilícitas.

Álcool

Quadro 49. Utentes em tratamento no ano*, novos** e readmitidos

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Utentes em tratamento no ano	10.382	10.848	11.117	11.616	11.881	12.498	13.678
Novos utentes	1.549	3.009	3.344	3.403	3.353	3.704	3.759
Utentes readmitidos	284	665	1.244	1.157	930	657	690

* Altas hospitalares com causas/condições 100% atribuíveis ao consumo de álcool; CID9-MC: 291; 303; 305.0; 357.5; 425.5; 535.3; 571.0 – 571.3; 760.71; 790.3; 977.3; 980.0; 980.1; 980.9

Fonte: ACSS e SICAD

Quadro 50. Internamentos hospitalares relacionados com o consumo de álcool

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Diagnóstico principal ou secundário	26.406	30.130	31.467	33.798	34.272	34.512	33.899
Diagnóstico principal	6.736	7.451	6.927	6.217	5.768	5.487	5.375

Fonte: ACSS e SICAD

Quadro 51. Internamentos hospitalares relacionados com o consumo de álcool (diagnóstico principal)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Doença alcoólica do fígado (CID-9-MC: 571.0-571.3)	4.127	4.807	4.575	4.138	3.848	3.596	3.516
Síndrome de Dependência do Álcool (CID-9-MC: 303)	1.621	1.645	1.452	1.256	1.158	1.158	1.131
Outras (CID-9-MC:291; 305.0; 357.5; 425.5;535.3; 760.71; 790.3; 977.3; 980.0; 980.1 e 980.9)	988	999	900	823	762	733	728
Total	6.736	7.451	6.927	6.217	5.768	5.487	5.375

Fonte: ACSS e SICAD

Quadro 52. Internamentos hospitalares relacionados com o consumo de álcool e indivíduos internados (diagnóstico principal e/ou secundário)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Internamentos hospitalares	26.406	30.130	31.467	33.798	34.272	34.512	33.899
Indivíduos internados	19.916	22.530	23.403	25.238	25.642	25.863	25.616

Fonte: ACSS e SICAD

Drogas

Quadro 53. Utentes em tratamento no ano*, novos** e readmitidos

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Utentes em tratamento no ano	31.248	29.781	29.062	28.133	27.689	26.993	27.834
Novos utentes	1.514	1.715	2.001	1.985	1.950	2.024	2.090
Utentes readmitidos	2.568	2.376	4.012	2.154	1.803	1.365	1.211

*Utentes inscritos com problemas relacionados com o uso de drogas e com pelo menos um evento assistencial no ano. **Utentes inscritos com problemas relacionados com o uso de drogas que recorreram pela primeira vez às estruturas desta rede (primeiros pedidos de tratamento).

Fonte: ARS e SICAD

Medicamentos

Quadro 54. Utentes em tratamento no ano (n) – Droga principal (ambulatório – rede pública)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Hipnóticos e sedativos	34	37	45	45	56	69	75
Metadona não prescrita	8	23	25	26	25	27	39
Buprenorfina não prescrita	2	7	10	13	19	24	29

Fonte: SICAD

Jogo

Quadro 55. Rede pública de serviços ambulatoriais – CRI

	2016	
Perturbações de Jogo	58	
Perturbações de Jogo (a dinheiro)	Perturbações de Jogo em associação a outros CAD envolvendo substâncias psicoativas ilícitas	10
	Problemas de Jogo em associação a outros CAD envolvendo álcool	34
Problemas de <i>gaming</i> (Jogo não a dinheiro; ex: jogos online, videojogos...)	33	

Fonte: SICAD

14. Centro de Emergências em Saúde Pública (CESP)

Através do Despacho nº 11035-A/2016, de 13 de setembro, foi determinada, a criação do Centro de Emergências em Saúde Pública (CESP), com o objetivo de reforçar os sistemas de detecção precoce, incrementar a capacidade de monitorização de indicadores e sinais de alerta, promover a comunicação em matéria de resposta e intensificar a respetiva capacidade de coordenação.

A 6 de outubro de 2016 foi inaugurado o CESP, que resulta num projeto conjunto e inovador da DGS e da SPMS, reunindo e potenciando a interação entre a recente tecnologia de sistemas de informação e profissionais de saúde pública que cada vez mais necessitam de ferramentas e plataformas eletrónicas adequadas para a recolha, análise, interpretação e comunicação de informação em saúde.

O novo Centro de Emergências de Saúde Pública tem como objetivo o reforço da detecção precoce, monitorização e vigilância da saúde da população, garantindo o cumprimento do dever constitucionalmente consagrado do estado na proteção da saúde da população, bem como o cumprimento do programa do XXI Governo.

O Programa do XXI Governo Constitucional atribui à saúde pública, enquanto área de intervenção para uma boa gestão dos sistemas de alerta e de resposta atempada a emergências capazes de representar ameaças aos cidadãos expostos no território nacional, mesmo que com origem exterior.

A articulação e colaboração internacional são essenciais no panorama atual de coordenação da resposta a riscos globais e o CESP tem como parceiros privilegiados a OMS e o Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (ECDC).

O CESP surge no âmbito das recomendações da Comissão Europeia e da OMS para o reforço das estruturas e sistemas de detecção, prevenção e resposta a emergências de saúde pública, no contexto da Decisão 1082 sobre ameaças transfronteiriças para a saúde pública do Parlamento Europeu e no âmbito do reforço do Regulamento Sanitário Internacional através do programa *“Strengthening health security”* e da reforma da gestão de emergências de saúde pública *“Reform of WHO’s work in health emergency management: WHO Health Emergencies Programme”*.

Foi reconhecido por todos que o novo centro vai permitir concentrar informação em tempo real sobre notificação de doenças, através da plataforma SINAVE (sistema nacional de vigilância epidemiológico), assim como também da vigilância da mortalidade, igualmente em tempo real, pelo sistema SICO (Sistema integrado de certificados de óbitos) que, integrada à monitorização de eventos através de ferramentas específicas para a detecção precoce de fenómenos de natureza diversa, permite abranger todas as componentes de vigilância em saúde pública: a vigilância baseada em indicadores e a vigilância baseada em eventos.

15. Acesso ao medicamento

Uma das prioridades do XXI Governo Constitucional é a promoção de uma política sustentável na área do medicamento, que permita conciliar o rigor orçamental com o acesso à inovação terapêutica, o aumento da quota de utilização de medicamentos genéricos e da utilização de biossimilares e o estímulo à investigação e à produção nacional no setor do medicamento.

Sustentabilidade

O Compromisso para a sustentabilidade e o desenvolvimento do SNS, assinado no dia 26 de fevereiro de 2016 entre o Ministério da Saúde e as associações representativas da indústria farmacêutica, das farmácias, dos grossistas e da indústria de dispositivos médicos, visa manter a convergência numa política sustentável na área do medicamento e produtos de saúde, conciliadora do rigor orçamental.

A 15 de março de 2016 foi assinado um acordo entre os Ministérios da Saúde, da Economia e das Finanças e a APIFARMA, promovendo um controlo da despesa com medicamentos nos mercados hospitalar e ambulatorio e a introdução de medicamentos inovadores, com vigência para o triénio 2016-2018.

Ainda em 2016 foi publicada a legislação que permite criar um novo quadro de referência da atuação das farmácias:

- Decreto-Lei n.º 62/2016, de 12 de setembro, que permite a remuneração pela execução de programas de saúde pública na prestação de serviços de intervenção; a definição de um limite à prática de descontos; a remuneração específica pela dispensa de medicamentos inseridos em grupos homogêneos e com os preços mais baixos;
- Portaria n.º 262/2016, de 7 de outubro, que regulamenta a remuneração específica às farmácias;
- Portaria n.º 301-A/2016, de 30 de novembro, que define a remuneração das farmácias pela intervenção no Programa Troca de Seringas;
- Decreto-Lei n.º 75/2016, de 8 de novembro, que altera o Regime Jurídico das Farmácias, que visa agilizar os processos de comunicação e registo na área do licenciamento das farmácias, em linha com o programa *Simplex+*.

Estratégia Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde 2016 - 2020

A Resolução de Conselho de Ministros n.º 56/2016, de 13 de outubro, aprovou a Estratégia Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde 2016 - 2020 cujos eixos principais de ação são os seguintes:

- Revisão dos mecanismos de dispensa e de comparticipação de medicamentos, em especial dos doentes crónicos em ambulatorio;
- Promoção do aumento da quota de utilização de medicamentos genéricos e biossimilares;
- Plano Hospitalar de Medicamentos;

- Colaboração com a Rede de Cuidados de Saúde Primários;
- Desenvolvimento de modelos de avaliação das tecnologias de saúde;
- Valorização do papel das farmácias comunitárias e aproveitar os seus serviços, em articulação com as unidades do Serviço Nacional de Saúde;
- Incentivar e apoiar a investigação e a produção nacional no setor do medicamento e dos dispositivos médicos.

Mercado do medicamento

No ano em análise, os encargos dos utentes com medicamentos baixaram -1,9% em 2016, quando comparado com 2015, tendo aumentado em +0,6% os encargos do SNS com medicamentos, no período considerado.

Por outro lado, o volume de embalagens disponibilizadas aumentou 0,6%, comparativamente ao ano de 2015.

As razões principais que estiveram na base da diminuição dos encargos para os utentes com medicamentos em 2016 foram:

- A diminuição dos encargos com medicamentos de marca. Apesar do número de embalagens de medicamentos de marca ter aumentado (0,6%), verificou-se uma diminuição dos encargos dos utentes com estes medicamentos de 16 milhões de euros;

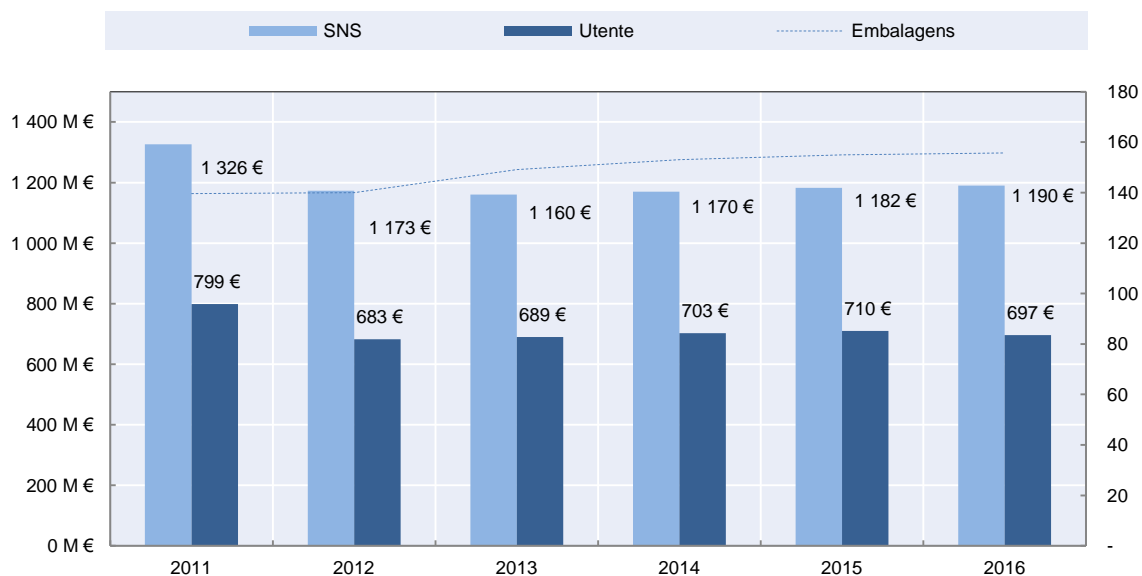
Por outro lado, o aumento dos encargos do SNS deve-se ao aumento da dispensa de medicamentos com escalões elevados de comparticipação (antidiabéticos 90% e anticoagulantes 69%).

Redução dos encargos com transportes para os utentes do SNS

Foram recentemente assinados, já neste ano, a 3 de fevereiro, os acordos entre os Ministérios das Finanças e Saúde e Associações de Farmácias, que preveem a criação de condições que permitem a integração das farmácias na rede de prestação de serviços no SNS:

- Desenvolvimento de programas de saúde pública nas áreas da prevenção da doença, do fomento do uso racional, seguro e eficaz do medicamento e da adesão à terapêutica;
- Prestação de serviços de intervenção em saúde pública, sendo exemplo o projeto-piloto já iniciado de dispensa de medicamentos para a infeção VIH/SIDA nas farmácias comunitárias, e a manutenção do Programa Troca de Seringas;
- Dispensa de medicamentos inseridos em grupos homogéneos e com os preços mais baixos, através da atribuição de uma remuneração específica às farmácias, beneficiando o Estado e o utente [0,35 euros para embalagens abaixo do 4º preço];
- Revisão da regulamentação em vigor sobre:
 - a) prestação de serviços de saúde e serviços farmacêuticos nas Farmácias;
 - b) prática de descontos;
 - c) regime de turnos.
- Promoção do conhecimento em saúde através da intervenção das Farmácias na geração de dados relativos à segurança e à efetividade da utilização de tecnologias de saúde.

Gráfico 38. Evolução anual dos encargos do SNS e dos utentes com medicamentos e do volume de embalagens comercializadas



Fonte: INFARMED

Quadro 56. Evolução anual dos encargos do SNS e dos utentes com medicamentos e do volume de embalagens comercializadas

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var. 2016/2015
SNS	1.639.275.468€	1.325.999.501€	1.173.075.462€	1.160.219.375€	1.170.352.630€	1.182.180.185€	1.189.820.191€	0,6%
Utente	707.386.142€	798.572.460€	682.567.299€	689.484.136.€	702.691.219.€	709.776.673€	696.594.624€	-1,9%
Embalagens	139.907.224	139.580.812	140.017.420	149.086.465	153.020.413	154.964.976	155.972.138	0,6%

Fonte: INFARMED

Medicamentos genéricos e biossimilares

O Ministério da Saúde tem vindo a promover o aumento da utilização de medicamentos genéricos e biossimilares, através da difusão de informação a cidadãos e profissionais de saúde, sublinhando as vantagens de utilização para um maior acesso e para a sustentabilidade do SNS.

Este ponto tem sido objeto de discussão com as unidades hospitalares em reuniões periódicas de acompanhamento da atividade do SNS e as instituições hospitalares estão empenhadas neste objetivo.

Analisando a evolução registada ao nível do mercado de genéricos, constatou-se que a percentagem de unidades de medicamentos genéricos no total de medicamentos comparticipados pelo SNS, de acordo com dados disponibilizados pelo INFARMED, atingiu 47,4% em 2016, o que representa um aumento de 0,4% relativamente ao período homólogo, e de 16% em relação a 2010, conforme demonstra o quadro da página ao lado.

Importa destacar que o custo médio por embalagem: medicamento genérico é de 3,98 euros (com um custo médio por utente de 3,22 euros) e de marca é 10,20 euros (com custo médio por utente de 5,35 euros).

Ainda na área dos medicamentos genéricos, importa referir que em 2016 se realizou:

- A aprovação da comparticipação de 493 apresentações de medicamentos genéricos;
- A criação de 21 novos grupos homogéneos, com 6 novas Denominação

Comum Internacional (DCI), o que permite a concorrência de preço entre medicamentos genéricos e não genéricos.

Quanto à questão dos biossimilares, destaca-se que em meio hospitalar identificam-se 4 substâncias com medicamentos biossimilares disponíveis (reumatologia e hematologia) e que, comparativamente a outros países europeus, Portugal apresenta uma quota de medicamentos biossimilares superior à média: UE:5% e em Portugal com 15%.

Em 2016 verificou-se um aumento significativo da quota de biossimilares de Infiximab de 11,2%, que atingiu os 25% nesta DCI.

Medicamentos biossimilares

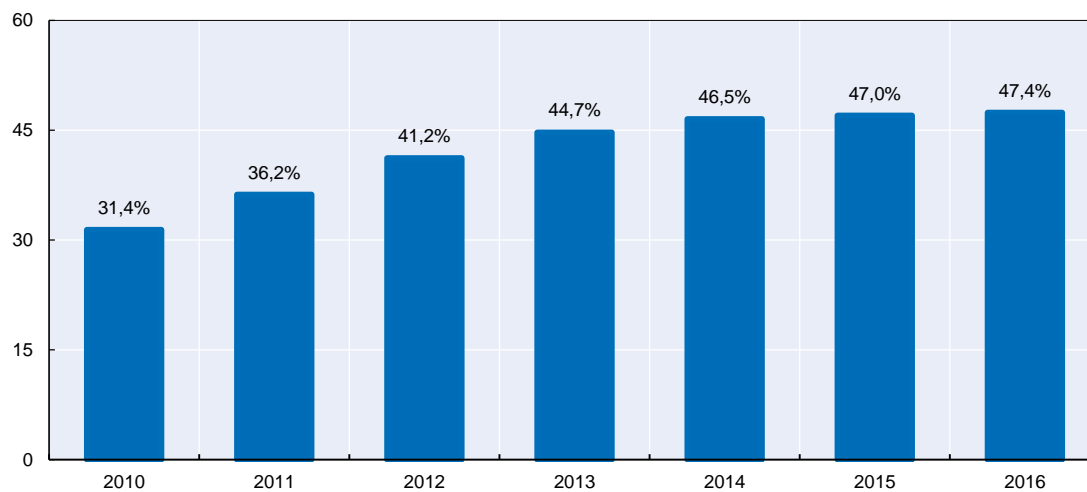
De acordo com o explicitado na Orientação n.º 1/abril/2016, da comissão nacional de farmácia e terapêutica, o conceito de “medicamento biossimilar” define-se como aquele produzido por um novo fabricante que demonstra a sua semelhança farmacocinética e farmacodinâmica com um medicamento biológico conhecido e já aprovado, a que se chama “medicamento biológico de referência”.

Os medicamentos biossimilares destinam-se a ser utilizados para o tratamento da mesma ou mesmas doenças, na mesma dose e via de administração.

Para mais informação consultar em:

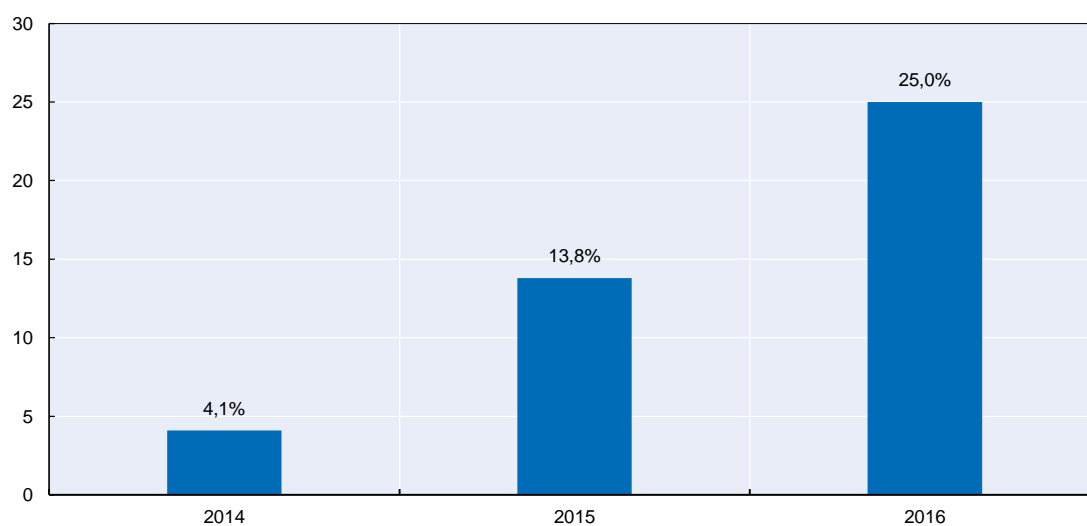
http://www.infarmed.pt/documents/15786/1816213/1_Orienta%C3%A7%C3%B5es_CNFT_Completa_Final.pdf/bd4475fc-147b-4254-a546-03b8cd63efff

Gráfico 39. Evolução anual da quota de medicamentos genéricos no SNS



Fonte: INFARMED

Gráfico 40. Evolução do consumo de biossimilares em unidades hospitalares



Fonte: INFARMED

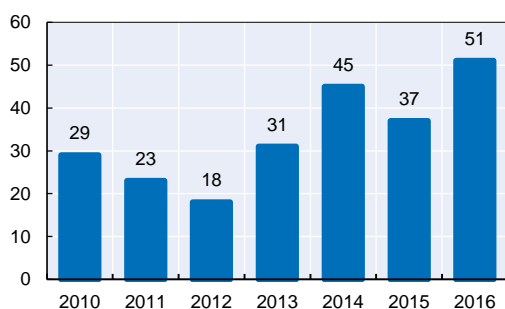
Acesso a medicamentos inovadores

A promoção do acesso a medicamentos inovadores, através da aprovação de processos de comparticipação ou de introdução nos hospitais do SNS de medicamentos inovadores foi outra das prioridades assumidas, no ano de 2016, na área do acesso ao medicamento.

De facto, em 2016 foram introduzidos 51 medicamentos inovadores, com destaque para as áreas da oncologia, reumatologia, oftalmologia, cardiologia e pneumologia - o maior número de aprovações desde sempre no SNS.

Estas aprovações permitiram aumentar o acesso da população portuguesa a novas terapêuticas, que se espera que melhorem os resultados em saúde dos portugueses.

Gráfico 41. Evolução do número de medicamentos inovadores aprovados



Fonte: INFARMED

Ensaio clínico

Também na área dos ensaios clínicos se observou, em 2016, um aumento da atividade realizada, alcançando-se um total de 144 ensaios clínicos, +17,1% do que em 2015, conforme demonstra o gráfico infra.

O Registo Nacional de Ensaio Clínicos (RNEC), operacionalizado através da criação de uma plataforma eletrónica para registo e divulgação dos estudos clínicos que foi disponibilizada a partir de 5 de dezembro de 2016, dando cumprimento ao artigo 39.º da Lei da Investigação Clínica, visa contribuir para o desenvolvimento da investigação clínica em Portugal, através da desmaterialização da comunicação, em particular no que se refere à submissão de pedidos regulamentares nesta área.

Gráfico 42. Número de ensaios clínicos realizados



Fonte: INFARMED

Hepatite C

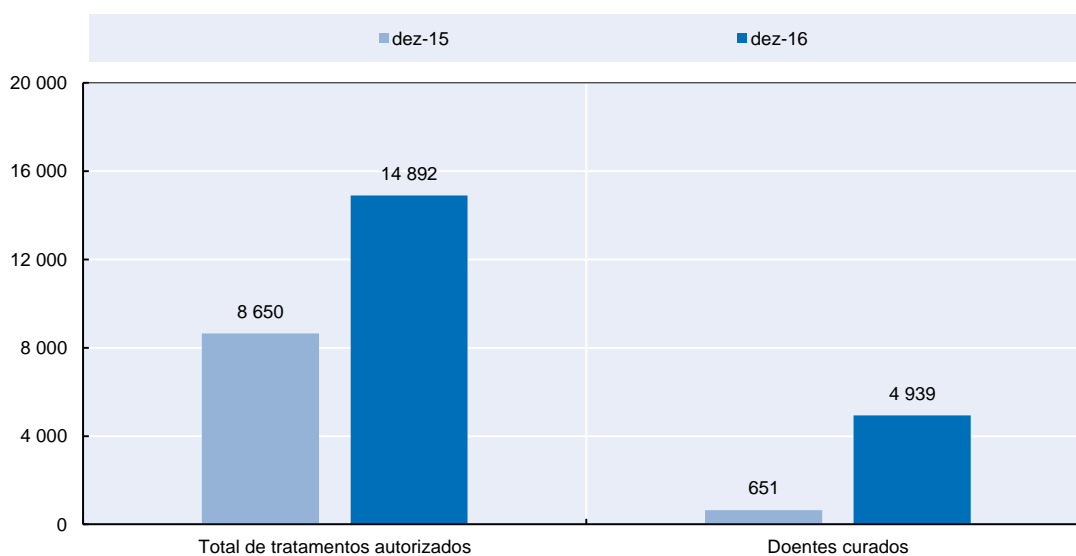
No âmbito do acesso à terapêutica para tratamento do vírus da Hepatite C encontram-se já disponíveis 8 medicamentos para tratar a doença.

A decisão do Ministério da Saúde de tratar todas as pessoas infetadas pelo vírus da Hepatite C faz com que Portugal seja um dos primeiros países a nível mundial, a

implementar uma medida estruturante para a eliminação deste grave problema de saúde pública.

Até 31 de dezembro de 2016 foram realizados 14.892 tratamentos do vírus da Hepatite C, um aumento de 72% face ao ano anterior (8.650 tratamentos realizados em 2015), de que resultou, um total de 4.939 doentes curados.

Gráfico 43. Tratamentos Hepatite C



Fonte: INFARMED

Revisão do sistema de participação

No âmbito do processo de revisão do sistema de participação gerido pelo INFARMED, destacam-se as seguintes alterações em 2016:

- Participação, pela primeira vez de medicamentos para cessação tabágica - participados em 37%;
- Exclusão da participação de medicamentos com efetividade não demonstrada;
- Reavaliação por custo excessivo, com redução do preço de 22 apresentações de medicamentos de marca que, com as mesmas características, tinham uma diferença de preço superior em mais de 20%;
- Reavaliação dos antidiabéticos e do preço das associações de medicamentos para o VIH/SIDA;
- Monitorização sistemática dos contratos de participação, com a devolução de 54 milhões de euros em *Payback* por parte da Indústria Farmacêutica;
- Alteração do Regime Especial dos pensionistas abrangidos pelo fundo especial de segurança social do pessoal da indústria de Lanifícios;
- Reavaliação do esquema de participação no preço dos dispositivos médicos utilizados na vigilância da diabetes;
- Participação a 100% do preço de dispositivos médicos para apoio aos doentes ostomizados;
- Está também em curso a análise de proposta de alteração ao Sistema de Preços de Referência: o preço de referência de cada grupo homogêneo corresponderá à média dos cinco PVP mais baixos praticados no mercado, desde que não exceda o preço do medicamento genérico mais caro daquele grupo;
- E ainda, o reforço do Sistema de Avaliação de Tecnologias de Saúde com a nomeação dos membros da Comissão de Avaliação de Tecnologias de Saúde (CATS): órgão consultivo do INFARMED, constituído por 100 peritos de diversas especialidades.

Outras iniciativas realizadas em 2016, na área do medicamento hospitalar

- Maior acesso a terapêuticas com mais doentes em tratamento nas áreas de oncologia (250 milhões de euros com aumento de 6,9% face a 2015); medicamentos para o VIH/SIDA (227 milhões de euros com aumento de 7,1% face a 2015) e medicamentos para a artrite reumatoide/psoríase (112 milhões de euros com aumento 9,6% face a 2015);
- Foi desenvolvido um projeto - piloto para dispensa de medicamentos para o VIH/SIDA nas farmácias comunitárias e foi reforçada a atividade inspetiva nos hospitais e monitorização dos apoios da Indústria Farmacêutica.

Principais indicadores na área do medicamento e produtos de saúde (análise 2010-2016)

Quando analisado o período de 2010-2016, verifica-se:

- O crescimento de 8% na percentagem de processos de Autorização de Introdução no Mercado (AIM) pelos procedimentos de reconhecimento mútuo e descentralizado concluídos no prazo;
 - O crescimento de 5% na percentagem de processos de alterações de AIM concluídos no prazo, e crescimento de 9% no número de processos de alteração de AIM como Estado-Membro de referência concluídos;
 - O crescimento de 45% no número de processos de renovação de AIM concluídos, e crescimento de 121% no número de processos de renovação de AIM como Estado - Membro de referência concluídos;
 - O crescimento de 10% no número de cosméticos supervisionados;
 - O crescimento de 52% no número de notificações de incidentes de dispositivos médicos ocorridos em Portugal;
 - O crescimento de 17% no número de atividades de monitorização de segurança de medicamentos;
 - O crescimento de 10% no número de inspeções de medicamentos concluídas;
 - O crescimento de 25% no número de amostras analisadas para comprovação da qualidade de dispositivos médicos;
 - O crescimento de 309% no número de processos de avaliação prévia à utilização hospitalar concluídos.
- À semelhança dos anos anteriores, continua a destacar-se a consolidação do INFARMED como agência de referência a nível internacional, a qual se expressa nos resultados obtidos nos seguintes domínios:
 - A consolidação do papel do INFARMED no âmbito do sistema europeu de avaliação de medicamentos e produtos de saúde, consubstanciado no número de processos iniciados como Estado Membro de Referência: 155 processos no total, resultado que permitiu a Portugal continuar a ocupar o 4º lugar entre as suas agências congéneres relativamente à atuação como Estado - Membro de Referência;
 - A obtenção do 2º lugar entre os Estados Membros, no sistema europeu de avaliação de medicamentos órfãos;
 - A obtenção do 4º lugar, entre as suas agências congéneres, relativamente à avaliação de processos de arbitragem e como relator para processos de AIM centralizadas, no âmbito do Comité de Avaliação do Risco de Farmacovigilância;
 - O prestígio e competitividade do Laboratório Oficial de Controle de Medicamentos português na UE evidenciado pelo bom posicionamento de Portugal relativamente à percentagem de amostras de Medicamentos de Reconhecimento Mútuo/Descentralizados analisadas por Portugal, face ao total de amostras analisadas por todos os Estados Membros, ocupando o 4º lugar.

Dispositivos médicos

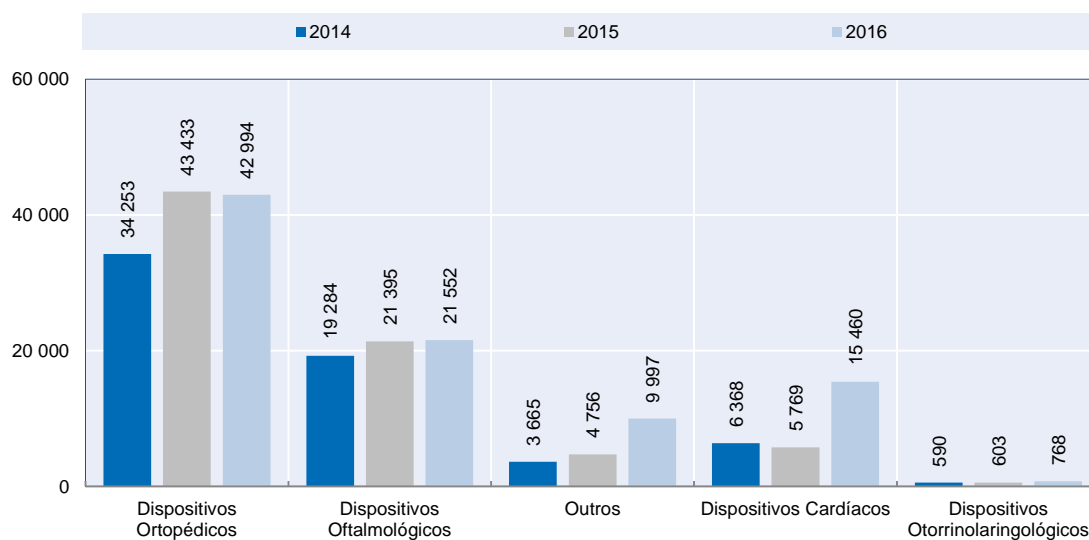
Os dispositivos médicos são importantes instrumentos de saúde, utilizados geralmente, por profissionais de saúde, cujo impacto na saúde e nas despesas com cuidados de saúde é cada vez mais significativo nos Sistemas de Saúde.

Nessa perspectiva, e para monitorização da utilização de dispositivos médicos, encontra-se disponível no WebGDH (atual SIM H), assim como nos aplicativos sucedâneos do mesmo, desde 1 de outubro de 2013, a

possibilidade de registo dos dispositivos médicos que têm relação com cada grupo de diagnósticos homogêneos (GDH).

Os gráficos *infra* apresentam a evolução do registo de dispositivos médicos presentes na base de dados central de GDH, revelando um aumento, em todas as ARS, do acesso aos dispositivos médicos, especialmente da área ortopédica e oftalmológica.

Gráfico 44. Evolução do total de dispositivos médicos registados por tipo de dispositivo médico



Nota: Ano 2016 por estimativa

Fonte: ACSS

16. Procriação medicamente assistida (PMA)

A Portaria n.º 67/2011, de 4 de fevereiro, aprovou a tabela de preços para os tratamentos de procriação medicamente assistida (PMA), no âmbito das ações necessárias à execução do Projeto de Incentivos à Procriação Medicamente Assistida, previstas no Despacho n.º 14 788/2008, de 28 de maio.

Em cumprimento do disposto na Portaria n.º 154/2009, de 9 de fevereiro, revogada pela Portaria n.º 67/2011, de 4 de fevereiro, foi determinada a aplicação de um regime de financiamento por preço compreensivo, abrangendo todos os atos médicos

associados aos vários tipos de tratamento de PMA identificados pela DGS e pela ACSS, com a colaboração de peritos da especialidade.

A atividade que tem vindo a ser desenvolvida nos últimos anos em termos de PMA no SNS é aquela que em seguida se apresenta.

A Lei n.º 17/2016 de 20 de junho veio alargar o âmbito dos beneficiários das técnicas de PMA estabelecendo, entre outras, que as técnicas de PMA podem ainda ser utilizadas por todas as mulheres independentemente do diagnóstico de infertilidade.

Quadro 57. Atividade do Programa de Procriação Médica Assistida

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var. 2016/2015 %
Primeiras Consultas Médicas de apoio à fertilidade	7.021	7.670	7.671	7.234	7.426	8.127	7.646	-5,90%
Número total de ciclos IO	1.741	1.897	1.739	1.578	1.472	1.199	1.290	7,60%
Número total de ciclos IIU	922	1.084	1.213	1.270	1.195	1.368	1.324	-3,20%
Total Ciclo FIV/ICSI	2.480	2.394	2.643	2.715	2.872	3.101	3.139	1,20%
Total de ciclos FIV realizados	724	720	1.018	1.194	1.326	1.361	1.481	8,80%
Total de ciclos ICSI realizados	1.595	1.530	1.483	1.360	1.380	1.573	1.512	-3,90%
Total de ciclos ICSI com espermatozoides recolhidos cirurgicamente realizados	161	144	142	161	166	167	146	-12,60%

Nota: Consulta Apoio à Fertilidade (estudo inicial); **IO** - Indução da Ovulação; **IIU** - Inseminação Intra-uterina; **FIV** - Fertilização in vitro; **ICSI** - Injeção intracitoplasmática de espermatozoides; **ICSI** - Injeção intracitoplasmática de espermatozoides recolhidos cirurgicamente.

Fonte: ACSS

Parte III

Síntese de resultados alcançados em 2016

A terceira parte deste relatório apresenta os resultados alcançados nas principais áreas da prestação de cuidados de saúde do SNS em 2016, nomeadamente:

- Cuidados de saúde primários;
- Cuidados de saúde hospitalares;
- Cuidados continuados integrados;
- Atividade do setor social e convencionado;
- Avaliação do sistema de saúde.

1. Cuidados de saúde primários

Realizaram-se cerca de 31 milhões de consultas médicas nas unidades de cuidados de saúde primários do SNS em 2016, o que representa um crescimento de +2,0% em relação ao ano anterior.

Este crescimento de atividade foi registado ao nível das consultas presenciais (+0,5%), das consultas não presenciais (+6,8%), tendo-se também estendido aos domicílios médicos (+1,0%), onde se ultrapassou pela primeira vez a barreira dos 200.000 domicílios, confirmando assim a tendência de reforço das respostas de proximidade no SNS.

Verificou-se ainda um aumento da atividade realizada por profissionais de enfermagem (+0,4%) e por outros técnicos de saúde (+18,7%) no ano de 2016, quando comparado com 2015.

Para além do aumento de atividade assistencial que se registou no ano de 2016, verificou-se também uma evolução positiva nos principais indicadores de atividade contratualizados com as unidades funcionais dos cuidados de saúde primários do SNS.

Nesta área, destacam-se as melhorias alcançadas nos indicadores associados ao programa de saúde infantil, nomeadamente o cumprimento das orientações técnicas para o acompanhamento médico realizado no primeiro e no segundo ano de vida, assim como no programa de vigilância em saúde materna, com o aumento da vigilância médica e da proporção de ecografias realizadas no primeiro trimestre de gravidez, o que contribui para a melhoria da vigilância precoce das mulheres grávidas.

Também ao nível do programa de saúde reprodutiva e planeamento familiar, que se dirige às mulheres em idade fértil, se registou uma melhoria do acompanhamento no ano de 2016, não só ao nível da atividade realizada pelos profissionais de enfermagem, como também pelos médicos de família.

Os utentes diagnosticados com hipertensão arterial e com diabetes merecem especial atenção dos cuidados de saúde primários e, nessa perspetiva, melhoraram em 2016 os resultados associados ao acompanhamento dos seus principais parâmetros de controlo.

Os indicadores associados a hábitos tabágicos e alcoólicos apresentam em 2016 resultados semelhantes aos de 2015, o mesmo se passando com aqueles que estão associados à vacina da gripe e à taxa de utilização de consultas médicas (no último ano) e de enfermagem (últimos 3 anos).

Quanto aos indicadores de eficiência, assistiu-se a uma melhoria da despesa com MCDT por utilizador em 2016, quando comparado com 2015, em contraste com o que aconteceu na área dos medicamentos, onde a despesa por utilizador aumentou.

Os resultados de 2016 confirmam o impacto positivo da melhoria da estrutura de oferta de cuidados primários no SNS, tendência que continuará a ser reforçada em 2017 com o aumento do número de profissionais, com mais investimentos em instalações e equipamentos e com a diversificação das respostas que alarguem a capacidade resolutiva deste nível de cuidados.

Quadro 58. Movimento assistencial nos cuidados de saúde primários (em milhares)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var. 2016/2015
Total de consultas médicas	33.195	32.754	30.537	30.347	29.765	30.473	31.080	2,0%
Presenciais	21.897	21.782	20.044	20.134	19.804	20.605	20.713	0,5%
Não presenciais	7.194	7.592	7.942	7.965	7.922	8.007	8.552	6,8%
Domicílios médicos	174	185	187	197	191	198	200	1,0%
Em atendimento complementar / consulta aberta	3.930	3.195	2.364	2.051	1.848	1.663	1.615	-2,9%
Total de consultas de enfermagem	15.879	18.155	19.127	19.623	19.754	20.054	20.135	0,4%
Total de consultas de outros técnicos saúde	n.d.	n.d.	n.d.	65	316	358	425	18,7%

Fonte: ACSS

Quadro 59. Evolução dos indicadores assistenciais nos cuidados de saúde primários

Indicador	2013	2014	2015	2016
Proporção de crianças com pelo menos 3 consultas médicas de vigilância de saúde infantil no 2º ano de vida	46,5%	52,4%	54,1%	59,5%
Proporção crianças c/ 6 ou + consultas médicas de vigilância no 1º ano	46%	57,2%	59,9%	65,1%
Proporção de grávidas com consulta médica de vigilância gravidez no 1º trimestre	80%	87,7%	88,2%	89,1%
Proporção de grávidas que realizaram pelo menos uma ecografia no 1º trimestre	n.d.	n.d.	47,9%	48,9%
Taxa de utilização de consultas de planeamento família (enfermeiros)	37,6%	38,9%	39,5%	39,9%
Taxa de utilização de consultas de planeamento família (médicos)	32,1%	34,5%	36,5%	37,3%
Proporção de utentes com hipertensão arterial, com registo de pressão arterial em cada semestre	54,4%	56,5%	56,9%	57,4%
Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos 2 HgbA1c no último ano, desde que abranjam os 2 semestres	48,9%	54,5%	57,8%	59,1%
Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos e com hábitos tabágicos, a quem foi realizada consulta relacionada com tabaco, no último ano	n.d.	18,9%	18,7%	18,8%
Proporção de utentes com 14 ou mais anos e com o problema de "consumo excessivo de álcool", a quem foi realizada pelo menos uma consulta relacionada nos últimos 3 anos	65,1%	64,4%	63,5%	61,0%
Proporção de utentes com diabetes ou com doença respiratória crónica ou com doença cardíaca crónica ou com idade superior a 65 anos, com a vacina da gripe prescrita ou efetuada nos últimos 12 meses	37,7%	36,2%	38,8%	38,5%
Taxa de utilização global de consultas médicas	68,1%	65,8%	68,0%	68,6%
Taxa de utilização de consultas médicas ou enfermagem em 3 anos	90,8%	90,3%	90,4%	89,8%
Despesa (PVP) medicamentos prescritos comparticipados por utilizador	176,1€	168,8€	162,4€	165,2€
Despesa MCDT prescritos por utilizador. (preço convencionado)	53,7€	56,5€	59,4€	58,8€

Fonte: ACSS

StatLink: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/bilhete_identidade_indicadores_contratualizacao_2017.pdf

2. Cuidados de saúde hospitalares

A atividade hospitalar do SNS aumentou em todas as linhas de atividade no ano de 2016, alcançando em várias delas os valores mais elevados da série considerada (2010-2016).

Ao nível das consultas externas, que no total cresceram +0,4% em 2016, quando comparado com 2015, registou-se um aumento superior nas primeiras consultas (+0,9%) do que nas consultas subsequentes (+0,2%), em linha com os objetivos de aumento do acesso dos utentes aos cuidados hospitalares.

Ao nível do internamento registou-se uma estabilização do número de doentes saídos, apesar do forte crescimento da ambulatorização cirúrgica que ocorreu em 2016, e um aumento do número de episódios de urgência em relação aos anos anteriores, tendo voltado aos níveis registados em 2011, período anterior à alteração da legislação que aumentou os custos para os utentes com o pagamento de taxas moderadoras, nomeadamente nos serviços de urgência do SNS.

A atividade cirúrgica programada teve um crescimento de +2,3% em 2016, alcançando-se o maior número de cirurgias programadas de sempre no SNS (577.191 cirurgias).

Este aumento da resposta cirúrgica no SNS em 2016 ficou a dever-se ao crescimento muito acentuado da atividade cirúrgica realizada em regime de ambulatório (+5,8%

em 2016, quando comparado com 2015), contribuindo assim para que, pela primeira vez, se ultrapassasse a fasquia de 60% do total de cirurgias efetuadas em ambulatório.

Desenvolvimento da cirurgia de ambulatório no SNS

O crescimento registado na cirurgia do ambulatório é um das principais marcas da evolução organizacional e das práticas clínicas que se tem registado nos últimos anos no SNS, contribuindo para os elevados patamares de desempenho cirúrgico alcançados, assim como para a melhoria do acesso, da qualidade e da eficiência dos cuidados prestados no SNS.

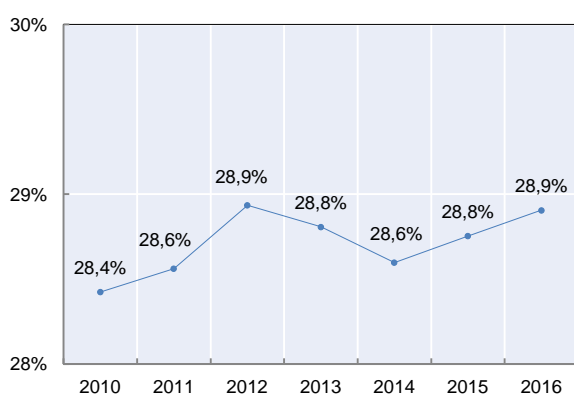
Atualmente, e como forma de continuar a incentivar a realização de mais atividade cirúrgica em ambulatório, o processo de contratualização com as instituições hospitalares do SNS valoriza positivamente a realização dos denominados “procedimentos ambulatorizáveis”, que correspondem a procedimentos que, embora não universalmente realizados em ambulatório, podem ser efetuados em menos de 24 horas (Lobectomia unilateral da tiróide, abdominoplastia ou a excisão ou destruição de disco intervertebral, por exemplo).

Quadro 60. Evolução do movimento assistencial nos hospitais do SNS

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var. 2016/2015
Total de Consultas Médicas	10.936.620	11.209.881	11.271.127	11.694.040	11.883.898	12.089.277	12.139.890	0,4%
Primeiras consultas	3.108.628	3.201.743	3.261.262	3.368.735	3.398.464	3.476.173	3.509.155	0,9%
Consultas Subsequentes	7.827.992	8.008.138	8.009.865	8.325.305	8.485.434	8.613.104	8.630.735	0,2%
Urgência (Atendimentos)	6.410.852	6.416.281	5.939.867	6.107.929	6.168.324	6.118.365	6.405.707	4,7%
Internamentos (Doentes Saídos)	861.715	844.280	841.380	841.251	824.849	819.483	819.476	0,0%
Total de Intervenções Cirúrgicas	664.592	625.531	644.027	656.257	658.049	665.519	677.399	1,8%
Programadas	555.560	518.783	537.514	551.936	557.309	563.947	577.191	2,3%
Convencionais	281.072	252.113	248.101	244.171	237.311	232.749	226.918	-2,5%
Ambulatório	274.488	266.670	289.413	307.765	319.998	331.198	350.273	5,8%
Urgentes	109.032	106.748	106.513	104.321	100.740	101.572	100.208	-1,3%
% Cirurgias em Ambulatório	49,4%	51,4%	53,8%	55,8%	57,4%	58,7%	60,7%	3,4%

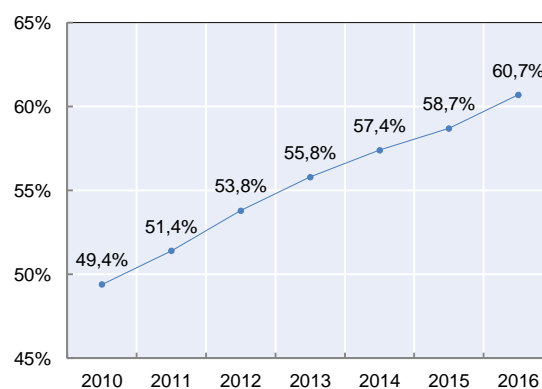
Fonte: ACSS

Gráfico 45. Peso das primeiras consultas no total



Fonte: ACSS

Gráfico 46. Percentagem de cirurgia de ambulatório



Fonte: ACSS

2.1. Consultas médicas hospitalares

Conforme já referido, a atividade hospitalar, no que se refere a consultas de especialidade, tem registado uma evolução crescente e sustentada nos últimos anos, não só ao nível do número total de consultas hospitalares realizadas no SNS, mas principalmente ao nível das primeiras consultas.

De facto, regista-se em 2016 a produção mais elevada de sempre de consultas externas hospitalares no SNS, representando um crescimento de +0,4% no número total de consultas médicas (+50.613) e de 0,9% nas primeiras consultas (+ 32.794).

Se compararmos o desempenho de 2016 com os dados do primeiro ano da série em análise (2010), constatamos que houve um crescimento de +9,9% no total de consultas externas hospitalares realizadas nas instituições do SNS, e que esse crescimento subiu para +11,5% na área das primeiras consultas hospitalares.

Recorde-se que as consultas externas hospitalares abrangem a observação clínica, o diagnóstico, a prescrição terapêutica, o aconselhamento ou a verificação da evolução do estado de saúde de um utente que não exija internamento hospitalar e obriga sempre a um registo clínico e administrativo.

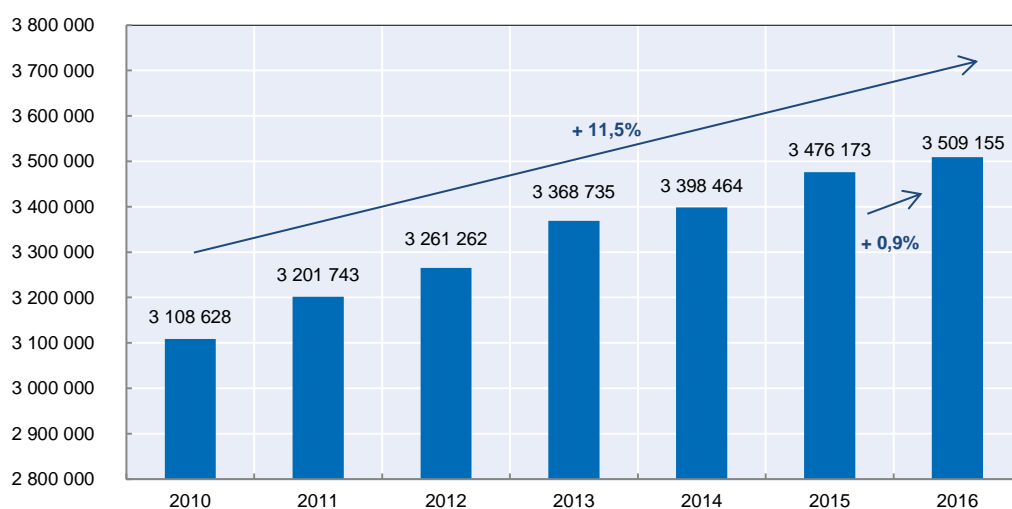
Análise da morbilidade hospitalar em consultas externas

A atividade realizada em consulta externa está dependente da complexidade dos serviços prestados por cada instituição.

Neste âmbito, encontra-se em fase de implementação um projeto de Atribuição de códigos de diagnóstico à consulta externa e à urgência (ACODCEU), que tem como principal objetivo caracterizar, de forma transversal e homogênea a nível nacional, a morbilidade hospitalar em consultas externas (e também em episódios de urgência) através da atribuição de códigos aos diagnósticos efetuados pelo médico assistente, em cada episódio com base na Classificação Internacional das Doenças (CID).

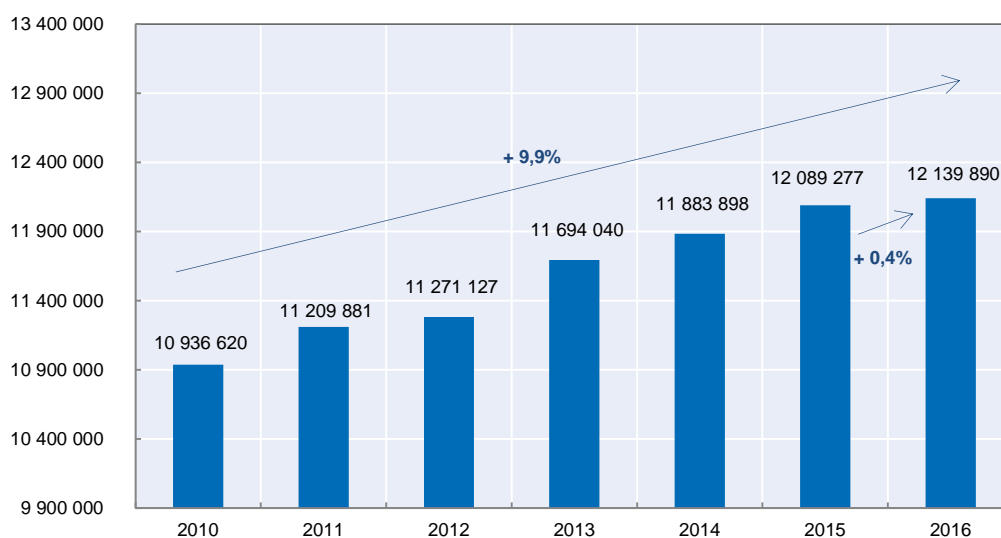
Este projeto possibilitará a obtenção de informação sistematizada e harmonizada a nível nacional em relação à caracterização da morbilidade dos utentes que ocorrem às consultas externas hospitalares e aos serviços de urgência, possibilitando assim a realização de análises complementares sobre a complexidade clínica das respostas do ambulatório hospitalar do SNS.

Gráfico 47. Evolução do número de primeiras consultas externas hospitalares



Nota: Os dados incluem EPE, SPA e PPP.
Fonte: ACSS

Gráfico 48. Evolução do número total de consultas externas hospitalares



Nota: Os dados incluem EPE, SPA e PPP.
Fonte: ACSS

Analisando agora a evolução das consultas externas no período em análise (2010-2016), por especialidade, e considerando aquelas que se encontram identificadas no quadro ao lado, que em 2016 representavam cerca de 85% do total de consultas hospitalares, constata-se que a maioria das especialidades consideradas apresentou um acréscimo de produção no ano de 2016.

Este acréscimo é particularmente relevante nas especialidades que habitualmente têm mais procura e em relação às quais existe mais pressão no sentido de garantir a todos os utentes do SNS uma resposta adequada e em tempo útil, com destaque para a otorrinolaringologia (3,6%), a oncologia (+3,0%), a oftalmologia (+0,9%) e a ortopedia (+0,3%).

Importa ainda destacar o forte crescimento de atividade que se registou na imunoalergologia (+8,4%), na pneumologia (+4,0%) e na hematologia clínica (+2,7%) em 2016, quando comparado com o ano anterior.

Proximidade e continuidade de cuidados

As modalidades de pagamento em vigor no SNS têm incentivado os hospitais a implementar novos modelos de prestação de cuidados de saúde em ambulatório, nomeadamente na área das consultas externas, que permitam assegurar melhorar a proximidade aos utentes, garantir o cumprimento dos TMRG a continuidade dos cuidados.

De entre estes incentivos destaca-se a majoração do pagamento das primeiras consultas realizadas no âmbito do CTH, as teleconsultas médicas realizadas em tempo real e as consultas realizadas na comunidade, particularmente no âmbito do Programa Nacional de Saúde Mental.

Incentiva-se ainda o trabalho conjunto entre os médicos hospitalares e os médicos de família, concretizado não só em termos de partilha de conhecimentos e saberes, como também na deslocalização de consultas de algumas especialidades hospitalares para os cuidados de saúde primários, em áreas geográficas concretas e obedecendo a protocolos clínicos bem definidos, contribuindo assim para aumentar a proximidade e a acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde.

Quadro 61. Variação anual do total consultas hospitalares nas especialidades com mais atividade

Especialidades	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var.
								2016 / 2015
								%
Anestesiologia	318.647	326.580	333.936	351.156	354.867	353.428	345.237	-2,3%
Cirurgia Geral	808.640	832.978	803.322	803.339	780.715	783.433	775.891	-1,0%
Dermato-Venereologia	327.481	327.750	341.278	361.035	364.318	371.036	362.417	-2,3%
Estomatologia	219.591	218.666	216.219	224.104	223.818	225.026	221.814	-1,4%
Ginecologia	472.036	486.882	475.903	482.772	467.757	471.849	462.556	-2,0%
Obstetrícia	377.876	366.404	374.457	374.562	382.147	391.064	388.016	-0,8%
Hematologia Clínica	212.650	213.491	202.636	198.307	210.655	216.554	222.303	2,7%
Imuno-alergologia	106.272	104.136	106.170	111.106	119.973	128.564	139.414	8,4%
Medicina Física e Reabilitação	295.677	303.413	309.517	323.902	327.112	329.186	315.082	-4,3%
Medicina Interna	538.428	550.228	532.669	547.307	565.867	552.162	547.848	-0,8%
Neurologia	284.109	289.735	301.171	315.196	325.893	339.355	345.138	1,7%
Oftalmologia	874.645	894.966	903.497	965.250	999.900	1.036.114	1.045.613	0,9%
Oncologia	391.008	406.812	415.257	431.359	441.840	462.379	476.185	3,0%
Ortopedia	764.375	784.021	778.026	814.031	826.476	825.783	828.500	0,3%
Otorrinolaringologia	458.714	458.396	479.933	492.450	487.594	491.852	509.601	3,6%
Pediatria	541.458	553.634	553.333	576.475	591.263	604.058	599.619	-0,7%
Urologia	345.346	349.009	345.537	352.167	353.247	356.393	359.229	0,8%
Endocrinologia - Nutrição	200.740	210.896	216.009	225.680	238.594	242.360	246.545	1,7%
Gastroenterologia	261.046	261.669	260.859	266.741	271.054	281.849	278.869	-1,1%
Cardiologia	465.919	458.144	452.556	447.511	448.159	453.034	454.788	0,4%
Pneumologia	302.837	313.315	316.660	343.069	362.639	376.159	391.056	4,0%
Nefrologia	158.424	160.148	164.062	171.840	178.190	184.537	187.914	1,8%
Psiquiatria	465.362	490.846	648.018	689.852	704.935	721.509	727.443	0,8%
Total	9.191.281	9.362.119	9.531.025	9.869.211	10.027.013	10.197.684	10.231.078	0,3%

Fonte: SICA

2.2. Análise de primeiras consultas hospitalares do programa CTH

Em 2016 foram efetuados 1.766.264 novos pedidos de primeira consulta hospitalar no âmbito do programa Consulta a Tempo e Horas (CTH), representando um aumento de 4,2% em relação a 2015 (1.694.646 pedidos), e passando 2016 a ser o ano em que se registaram mais pedidos de primeira consulta desde que o CTH foi constituído, conforme demonstra o quadro ao lado.

Este aumento do acesso à inscrição para primeira consulta hospitalar no CTH, em 2016, registou-se em todas as regiões de saúde, conforme se detalha no quadro ao lado, sendo mais intenso nos hospitais da ARS Alentejo (+7,3%) e ARS Lisboa e Vale do Tejo (+6,7%).

Quanto às consultas realizadas, verifica-se que em 2016 foram realizadas 1.285.912 consultas referenciadas pelo médico de família através do CTH, tendo representado um aumento de 7,7% face ao ano anterior (+91.832), o que comprova o reforço do acesso à consulta de especialidade via CTH (o CTH monitorizou 33,9% do total de primeiras consultas realizadas nos hospitais em 2016 (conforme referido no n.º 14.1. da Parte I deste relatório).

Relativamente aos pedidos não concluídos, que representam um *proxy* da “lista de espera” (LICO) para consulta no âmbito do programa CTH, importa destacar a redução registada em 2016, fruto do aumento do número de consultas realizadas no âmbito do CTH, como já se referiu, mas essencialmente

do processo de melhoria da qualidade dos dados que constavam do sistema de informação que suporta o CTH.

Este processo de melhoria da qualidade dos dados do CTH focou-se, no ano de 2016, na correção dos erros administrativos e de integração entre sistemas de informação que persistiam no CTH, e que ocorriam essencialmente nos dados referentes aos pedidos não concluídos (que até então não retratavam fidedignamente a realidade dos utentes verdadeiramente em espera no CTH).

Esta necessidade emergiu em 2016 como resultado da maior importância que foi atribuída ao CTH a partir dessa altura, fruto, por um lado, do início de disponibilização no Portal SNS da informação proveniente do CTH sobre a capacidade de resposta e sobre os tempos de espera para as primeiras consultas de especialidade hospitalar e, por outro lado, a implementação do mecanismo de Livre Acesso e Circulação dos utentes no SNS, nos termos já referidos no ponto 4 da parte I.

Sem prejuízo destas justificações, importa referir que os dados de 2016 demonstram uma melhor utilização do aplicativo que suporta o programa CTH, em linha com os trabalhos de melhoria da fiabilidade e da qualidade dos dados que têm sido desenvolvidos por todas as entidades envolvidas na gestão deste programa, assim como um melhor acesso à resposta hospitalar, a partir dos cuidados de saúde primários.

Quadro 62. Dinâmica dos pedidos inscritos em consulta no CTH

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var. 2016/2015	
								Valor	%
Pedidos de consulta inscritos no CTH	696 435	1.193.924	1.352.143	1.507.982	1.595.838	1.694.646	1.766.264	71.618	4,2%
Pedidos não concluídos (LICO)	602 256	708.712	794.303	724.174	842.406	954.366	736.201	-218.165	-22,9%
Pedidos concluídos	802 785	1.101.091	1.274.271	1.557.570	1.477.671	1.579.037	1.774.237	195.200	12,4%
Consultas realizadas	361 655	810.949	938.376	1.061.646	1.146.849	1.194.080	1.285.912	91.832	7,7%

Fonte: ACSS e SPMS

Quadro 63. Número de pedidos de consulta de inscritos no CTH, por ARS

Destino do pedido	Pedidos inscritos							Var. 2016/2015	
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	%	
ARS Norte	462 924	480.995	519.773	564.400	615.236	660.117	683.188	3,5%	
ARS Centro	145 494	177.376	202.046	229.522	258.574	276.322	285.898	3,5%	
ARS Lisboa e Vale do Tejo	273 589	339.320	422.658	459.758	485.160	507.182	541.232	6,7%	
ARS Alentejo	44 802	47.688	49.096	55.776	62.387	67.343	72.264	7,3%	
ARS Algarve	33 731	35.865	36.264	42.060	40.946	43.833	44.589	1,7%	
Entidades não SNS	8 895	112.680	122.306	156.466	133.535	139.849	139.093	-0,5%	
Total	969 435	1.193.924	1.352.143	1.507.982	1.595.838	1.694.646	1.766.264	4,2%	

Fonte: ACSS e SPMS

Nos quadros da página seguinte analisam-se os tempos de resposta registados no âmbito do programa CTH, destacando-se que o tempo médio de resposta a estes pedidos se situou nos 120,5 dias, em 2016, e que a mediana do tempo até à realização da primeira consulta se situou nos 85 dias.

De facto, o aumento da atividade realizada em 2016, conjugado com a melhoria da gestão das listas de espera que se verificou neste ano, devido ao aumento do grau de cumprimento dos critérios de realização das consultas por ordem de antiguidade e prioridade clínica, resultaram no aumento do tempo médio de resposta das consultas que foram realizadas.

Considerando a sua importância para a gestão de todo o processo de referenciação no âmbito do CTH, importa analisar mais em detalhe o comportamento que se tem registado em relação ao tempo médio de triagem dos pedidos de primeira consulta, o qual se encontra desconforme com os valores definidos na legislação.

O gráfico da página ao lado apresenta a evolução desta realidade ao longo do período em análise, permitindo constatar que o valor obtido a nível nacional em 2016 (16,8 dias) é elevado, mas ainda assim ligeiramente inferior ao do ano anterior (17,1 dias) e já muito distante do que acontecia em 2010 (29,8%).

Não conformidades na gestão das listas

Em 2016 foram introduzidas penalizações financeiras nos Contratos-Programa anualmente estabelecidos com as instituições hospitalares do SNS, as quais estão associadas à qualidade da gestão das listas de inscritos no SNS, não só para consultas externas, mas também para cirurgias, evidenciando assim a importância do cumprimento das regras e dos procedimentos definidos no âmbito do CTH e do SIGIC, que entretanto estão a ser integrados no SIGA SNS.

A introdução destas penalizações financeiras, reforçadas pelo previsto no artigo 11.º do Anexo II, da Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho, que estabelece a de preços a praticar no SNS, procura, por um lado, aumentar os níveis de exigência e de rigor da gestão das listas de inscritos no SNS e, por outro lado, prevenir a ocorrência sistemática de situações de incumprimento por parte das instituições, como acontece em relação aos tempos de triagem que estão legislados.

**Quadro 64. Tempo médio de resposta desde a realização da primeira consulta
(consultas realizadas*)**

ARS de destino do pedido	Tempo médio (dias)						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ARS Norte	140,0	146	125,9	126,5	111,8	114,4	119,8
ARS Centro	138,2	126,9	130,2	113,9	113,5	111,7	115,2
ARS Lisboa e Vale do Tejo	105,9	115,8	107,2	107,1	112,1	116,4	125,2
ARS Alentejo	96,4	141,5	158,3	133,8	105,9	94,6	109
ARS Algarve	172,0	197,7	202,2	189,2	161,6	200,2	142,6
Entidades não SNS	77,2	55,9	115,3	120,9	138,5	106,5	116,8
Total	129,3	130,5	122,9	120,1	115,3	115,2	120,5

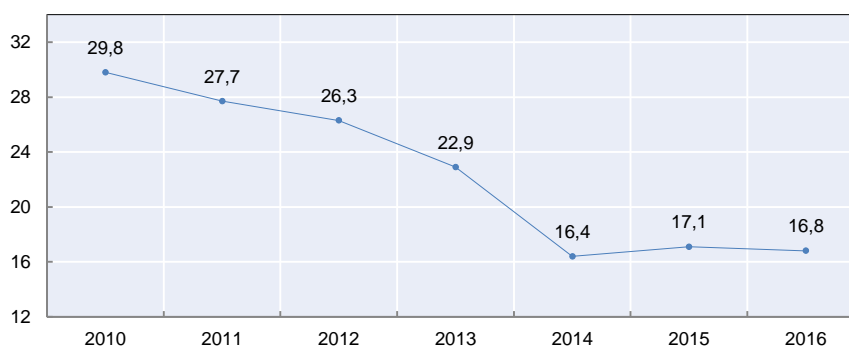
* Independentemente da data de inscrição do pedido
Fonte: ACSS e SPMS

Quadro 65. Mediana do tempo desde a realização da primeira consulta (consultas realizadas*)

ARS de destino do pedido	Mediana (dias)						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ARS Norte	94,8	91,8	85,1	86,4	86,5	92,3	95,0
ARS Centro	78,2	83,9	79,5	77,1	68,7	68,3	73,9
ARS Lisboa e Vale do Tejo	70,0	67,9	68,7	71,7	75,1	74	78,9
ARS Alentejo	65,0	55,6	75	74,1	62,7	65,7	62,0
ARS Algarve	110,9	108,8	111,7	95,2	60,9	59,1	54,6
Entidades não SNS	46,1	68,2	99,2	86,8	108,3	98,1	107,0
Total	80,1	82,0	81,5	80,8	81,5	82,1	85,0

* Independentemente da data de inscrição do pedido
Fonte: ACSS e SPMS

Gráfico 49. Evolução do tempo médio de triagem (em dias)



Fonte: ACSS e SPMS

Em 2016, a média nacional de consultas realizadas dentro do TMRG foi de 72%, conforme se apresenta no gráfico seguinte, onde se detalha também os valores registados nos vários hospitais de cada uma das ARS.

A análise da qualidade do acesso às primeiras consultas hospitalares no CTH, medida pelo grau de cumprimento dos TMRG para as consultas efetivamente realizadas, requer uma análise mais abrangente e integrada, que relacione os tempos de resposta aos pedidos que estão em espera, com a gestão que as instituições efetuam da sua lista de inscritos.

De facto, em 2016 intensificou-se a resposta aos utentes que se encontravam há mais tempo inscritos para primeira consulta no CTH (mais antigos da lista), tendo como objetivo aumentar a equidade no acesso, o que teve um efeito de redução, em 2016, do indicador referente ao cumprimento dos TMRG das consultas realizadas (72%), que incidu essencialmente na prioridade normal.

De facto, registou-se em 2016 uma melhoria significativa do grau de cumprimento dos TMRG nos níveis de prioridade clínica mais elevados, conforme se evidencia no gráfico da página ao lado.

Recorde-se que a triagem tem como objetivo a atribuição de diferentes níveis de prioridade clínica para realização da consulta, permitindo assim uma gestão mais adequada da procura e uma resposta mais equitativa em relação à situação clínica que motivou a referência para o hospital, pelo que o cumprimento dos TMRG assume especial importância nos níveis de prioridade

mais elevados, conforme a própria legislação sinaliza, ao definir tempos de resposta mais curtos para estas prioridades.

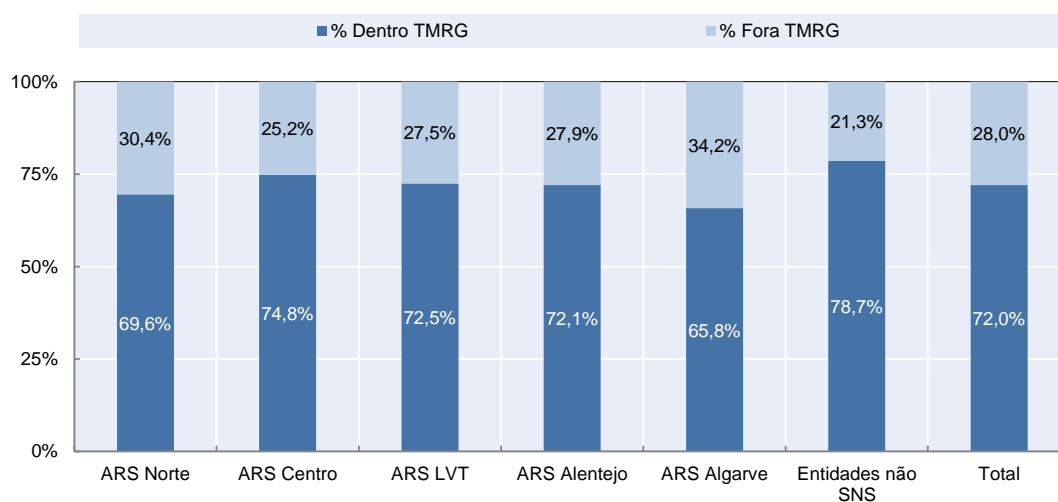
Ainda sobre a questão do grau de cumprimento dos TMRG para as consultas realizadas, importa referir que o maior rigor na gestão da lista por critérios de prioridade clínica e de antiguidade que se imprimiu em 2016, conjugado com o aumento de produção que se registou (e que se manteve nos primeiros meses de 2017), contribuiu para que esta redução dos TMRG tenha um efeito transitório e localizado (os TMRG do primeiro semestre de 2017 já estão em 72,6%).

Alteração dos TMRG definidos na legislação

O SNS pretende responder cada vez melhor e mais adequadamente às necessidades em saúde dos cidadãos, reduzindo as desigualdades, aumentando o acesso e reforçando o poder do cidadão na gestão do seu percurso na procura de cuidados de saúde nos seus estabelecimentos e serviços.

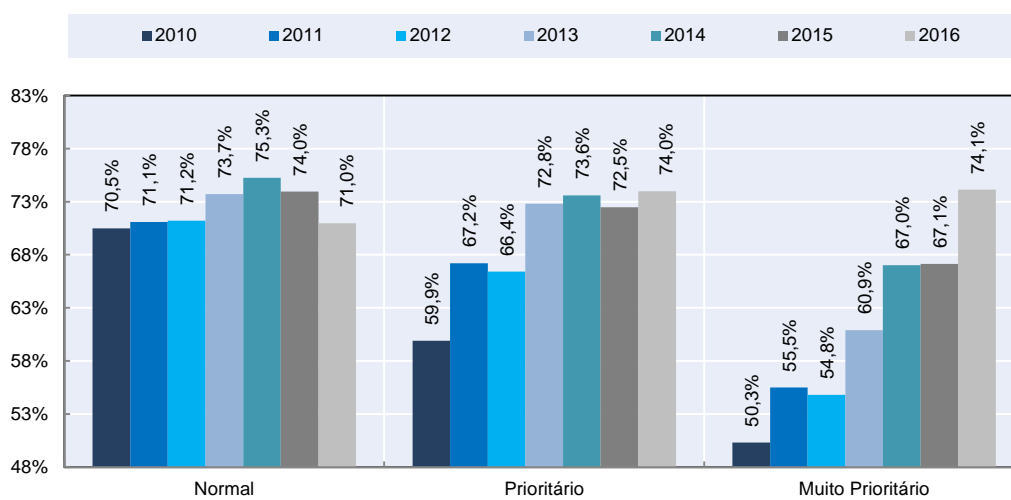
Nesse âmbito, foi publicada a Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, que, entre outros aspetos, reduz os TMRG para as consultas externas (e para as cirurgias), e alarga a definição de TMRG a prestações de cuidados de saúde programados que até aqui não tinham tempos máximos definidos, nomeadamente aos MCDT.

Gráfico 50. Percentagem de consultas realizadas em 2016, dentro e fora dos TMRG



Fonte: ACSS e SPMS

Gráfico 51. Evolução do cumprimento dos TMRG, por nível de prioridade



Fonte: ACSS e SPMS

Dada a sua relevância, importa analisar também o acesso às várias especialidades hospitalares no âmbito do CTH, durante o ano de 2016.

Para tal, analisa-se no gráfico ao lado as especialidades que correspondem a cerca de 90% do universo de pedidos de primeira consulta hospitalar efetuados através do CTH, destacando a percentagem de consultas realizadas dentro dos TMRG, por especialidade, que nos indica a capacidade de resposta das especialidades.

Da análise destes dados conclui-se que as especialidades que têm melhores tempos de resposta em termos de cumprimento dos TMRG a nível nacional são medicina tropical, cirurgia cardiotorácica e obstetrícia, onde a quase totalidade das consultas são realizadas dentro dos TMRG definidos na legislação, encontrando-se na posição oposta a oftalmologia, a reumatologia e a dermatovenerologia.

Em relação a estas 3 últimas especialidades, que tradicionalmente têm mais dificuldades no cumprimento integral dos TMRG, e começando pela oftalmologia, importa destacar a implementação do rastreio da retinopatia diabética que se encontra em curso e que permitirá o diagnóstico precoce da retinopatia diabética, contribuindo também para uma melhor gestão do acesso às consultas desta especialidade.

Já no caso da dermatovenerologia, importa destacar o processo que se encontra em curso para alargar o denominado telerastreio dermatológico a todas as entidades do SNS.

Este telerastreio dermatológico apresenta-se como uma alternativa à referência para uma consulta presencial de dermatovenerologia, com ganhos substanciais em termos de acessibilidade e de comodidade para o utente (o tempo médio de espera para a consulta presencial de dermatovenerologia era de 225 dias, em 2016, enquanto o tempo médio de espera da consulta do telerastreio dermatológico era de 26,5 dias) e com idênticos níveis de qualidade e segurança das consultas presenciais.

Implementação do telerastreio dermatológico

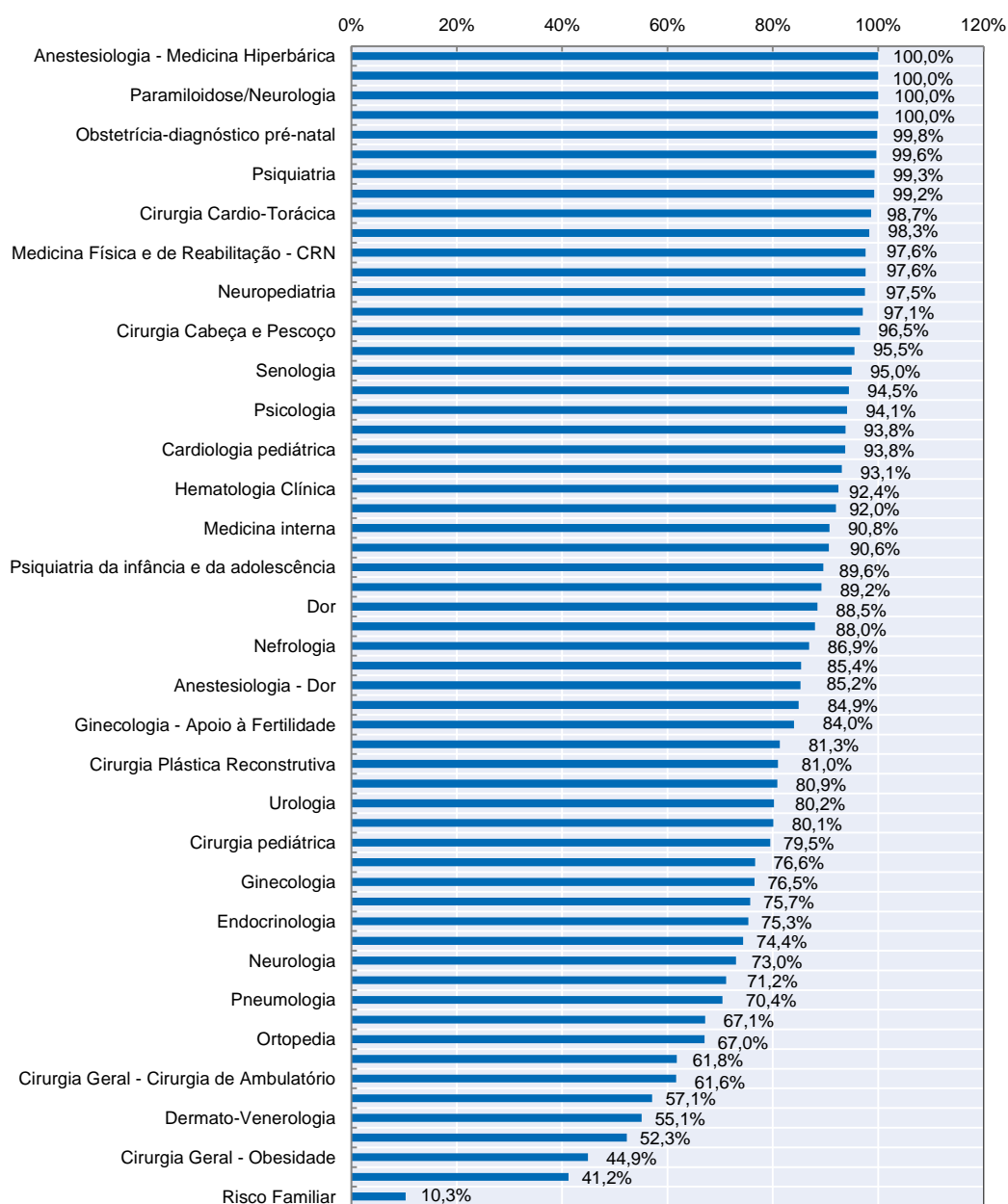
Trata-se de um serviço inovador de rastreio de dermatologia à distância, o qual permite o diagnóstico precoce e uma rápida assistência dermatológica aos utentes.

Para a implementação deste serviço foram adquiridas máquinas fotográficas digitais que foram distribuídas pelas unidades de saúde dos cuidados de saúde primários, que possibilitam o rastreio dermatológico, à população, de lesões malignas da pele.

Desta forma, o médico de medicina geral e familiar, ao detetar no utente uma situação dermatológica suspeita, fotografa e envia a informação para o serviço de dermatologia do hospital, através do sistema CTH.

Após análise dermatológica, são transmitidas indicações de diagnóstico e tratamento ao médico dos cuidados de saúde primários, ou o utente é encaminhado para consulta de dermatologia presencial no hospital.

Gráfico 52. Percentagem de consultas dentro do TMRG, por especialidade



Fonte: ACSS

2.3. Implementação do mecanismo de Livre Acesso e Circulação no SNS

Em 2016, com a publicação do Despacho n.º 5911-B/2016, de 3 de maio, foi criado o sistema de Livre Acesso e Circulação (LAC) de utentes no SNS, o qual permite que o utente, em conjunto com o seu médico de família, possa optar por ser seguido em qualquer instituição hospitalar do SNS onde exista a consulta de especialidade médica mais adequada à sua situação clínica.

O utente passou assim a poder escolher qual o hospital de destino que prefere, em conjunto com o seu médico de família, consultando informação sobre os tempos de resposta das instituições do SNS.

Em termos de resultados, verifica-se que entre 1 de junho e 31 de dezembro de 2016, foram 100.355 os utentes que, a nível nacional, escolheram um hospital fora da rede de referência hospitalar que até então estava pré-definida do ponto de vista administrativo no sistema CTH, o que equivale a 10,2 % do total de utentes

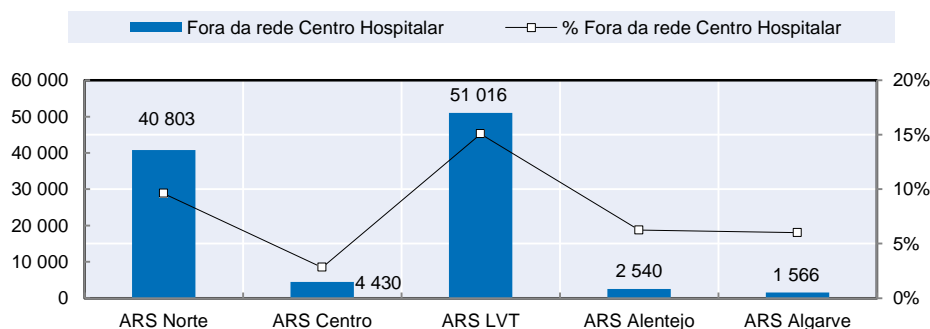
referenciados para uma primeira consulta hospitalar a partir dos cuidados primários.

O gráfico em baixo apresenta os valores registados em cada uma das cinco ARS, sendo que estes oscilam entre os 15,1% na ARS Lisboa e Vale do Tejo (+ de 51 mil utentes que optaram por um hospital fora da rede tradicional) e os 2,8% na ARS Centro.

Nos 2 quadros da página seguinte apresentam-se os resultados do LAC por ACES e especialidade, destacando:

- Existem vários ACES das zonas urbanas onde a percentagem de pedidos para hospitais fora de área ascendem a mais de 20% dos pedidos;
- As especialidades com maior volume de pedidos para hospitais fora de área são aquelas em que tradicionalmente há maior dificuldade de resposta, parecendo assim existir um movimento de procura de uma resposta mais atempada noutra instituição do SNS.

Gráfico 53. Número de utentes que escolheram um hospital fora da sua rede de referência (de 1 de junho a 31 de dezembro de 2016)



Fonte: ACSS

**Quadro 66. Distribuição dos pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar por ACES
(de 1 de junho a 31 de dezembro)**

ACES Origem	Dentro da rede pré definida	Fora da rede pré definida	Total Geral	% Fora da rede pré definida
ACES Amadora	11.809	4.810	16.619	28,90%
ACES Sintra	20.340	8.208	28.548	28,80%
ACES Oeste Sul	13.560	4.078	17.638	23,10%
ACES Grande Porto II - Gondomar	16.139	4.394	20.533	21,40%
ACES Lisboa Norte	14.320	3.768	18.088	20,80%
ACES Tâmega III - Vale do Sousa Norte	16.173	3.997	20.170	19,80%
ACES Arco Ribeirinho	17.735	4.027	21.762	18,50%
ACES Loures - Odivelas	27.210	5.991	33.201	18,00%
ACES Tâmega II - Vale do Sousa Sul	17.110	3.338	20.448	16,30%
ACES Tâmega I - Baixo Tâmega	13.837	2.699	16.536	16,30%
ACES Grande Porto IV - Póvoa do Varzim/Vila do Conde	15.974	3.015	18.989	15,90%
ACES Oeste Norte	13.897	2.399	16.296	14,70%
ACES Médio Tejo	20.317	3.260	23.577	13,80%
ACES Grande Porto VI - Porto Oriental	13.793	2.185	15.978	13,70%
ACES Cávado III - Barcelos/Esposende	16.671	2.558	19.229	13,30%
ACES Alto Trás-os-Montes II - Alto Tâmega e Barroso	6.734	903	7.637	11,80%
ACES Ave III - Famalicão	13.875	1.830	15.705	11,70%
ULS do Norte Alentejano	7.669	947	8.616	11,00%
ACES Almada - Seixal	26.687	3.069	29.756	10,30%
ACES Lisboa Ocidental e Oeiras	18.623	2.107	20.730	10,20%
ACES Algarve III - Sotavento	2.280	256	2.536	10,10%
ACES Arrábida	17.382	1.929	19.311	10,00%
ACES Entre Douro e Vouga II - Aveiro Norte	11.676	1.246	12.922	9,60%
ULS da Guarda, EPE	9.635	1.006	10.641	9,50%
ACES Entre Douro e Vouga I - Feira/Arouca	15.267	1.533	16.800	9,10%
ACES Douro I - Marão e Douro Norte	9.142	893	10.035	8,90%
ACES Grande Porto I - Santo Tirso/Trofa	12.263	1.189	13.452	8,80%
ACES Lisboa Central	26.228	2.489	28.717	8,70%
ACES Grande Porto V - Porto Ocidental	18.049	1.699	19.748	8,60%
ACES Lezíria	23.400	2.128	25.528	8,30%
ACES Estuário do Tejo	18.270	1.516	19.786	7,70%
ACES Grande Porto VII - Gaia	16.166	1.269	17.435	7,30%
ACES Grande Porto III - Maia/Valongo	25.688	1.844	27.532	6,70%
ULS de Matosinhos	19.372	1.365	20.737	6,60%
ACES Cascais	17.584	1.237	18.821	6,60%
ACES Grande Porto VIII - Espinho/Gaia	17.712	1.244	18.956	6,60%
ACES Alto Ave - Guimarães/Vizela/Terras de Basto	25.376	1.718	27.094	6,30%
ULS Litoral Alentejano	8.181	536	8.717	6,10%
ACES Algarve I - Central	12.875	827	13.702	6,00%
ULS do Baixo Alentejo	9.556	593	10.149	5,80%
ULS Guarda	382	23	405	5,70%
ULS de Castelo Branco, EPE	6.134	354	6.488	5,50%
ACES Algarve II - Barlavento	9.289	482	9.771	4,90%
ACES Baixo Vouga	35.943	1.608	37.551	4,30%
ACES Alentejo Central	12.798	464	13.262	3,50%
ACES Douro II - Douro Sul	7.712	260	7.972	3,30%
ULS do Nordeste	13.331	407	13.738	3,00%
ULS do Alto Minho, E.P.E.	24.958	560	25.518	2,20%
ACES Cávado I - Braga	22.047	434	22.481	1,90%
ACES Pinhal Litoral	23.837	428	24.265	1,80%
ACES Dão/Lafões	21.035	338	21.373	1,60%
ACES Cávado II - Gerês/Cabreira	14.886	223	15.109	1,50%
ACES Pinhal Interior Norte	10.688	148	10.836	1,40%
ACES Baixo Mondego	39.168	507	39.675	1,30%
ACES Cova da Beira	6.236	18	6.254	0,30%

Fonte: ACSS

Quadro 67. Distribuição dos pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar por especialidade (de 1 de junho a 31 de dezembro de 2016)

Especialidade	Dentro da rede Centro Hospitalar	Fora da rede Centro Hospitalar	Total Geral	% fora da rede Centro Hospitalar
Medicina tropical	0	6	6	100,00%
Cirurgia cardiotorácica	274	187	461	40,60%
Anestesiologia	2.120	755	2.875	26,30%
Psicologia	554	197	751	26,20%
Cirurgia maxilo-facial	1.768	615	2.383	25,80%
Genética médica	832	271	1.103	24,60%
Reumatologia	7.429	1.611	9.040	17,80%
Neurocirurgia	17.262	3.412	20.674	16,50%
Cardiologia pediátrica	796	146	942	15,50%
Dermato-venereologia	63.357	11.511	74.868	15,40%
Doenças infecciosas (infeciologia)	1.300	236	1.536	15,40%
Angiologia e cirurgia vascular	16.686	2.899	19.585	14,80%
Psiquiatria da infância e adolescência	4.129	706	4.835	14,60%
Imunoalergologia	8.646	1.391	10.037	13,90%
Hematologia clínica	5.396	831	6.227	13,30%
Endocrinologia e nutrição	16.336	2.490	18.826	13,20%
Neurologia	20.300	3.048	23.348	13,10%
Cardiologia	23.295	3.401	26.696	12,70%
Gastrenterologia	21.145	2.992	24.137	12,40%
Cirurgia plástica reconstrutiva e estética	11.290	1.590	12.880	12,30%
Estomatologia	17.377	2.401	19.778	12,10%
Urologia	29.942	3.919	33.861	11,60%
Cirurgia pediátrica	6.256	806	7.062	11,40%
Otorrinolaringologia	55.607	7.065	62.672	11,30%
Ortopedia	97.365	12.243	109.608	11,20%
Imunohemoterapia	1.245	124	1.369	9,10%
Nefrologia	5.927	578	6.505	8,90%
Pediatria	22.381	2.178	24.559	8,90%
Pneumologia	20.616	1.929	22.545	8,60%
Oncologia médica	1.411	130	1.541	8,40%
Ginecologia	47.016	4.245	51.261	8,30%
Obstetrícia	33.629	2.877	36.506	7,90%
Psiquiatria	22.182	1.823	24.005	7,60%
Oftalmologia	182.547	14.826	197.373	7,50%
Cirurgia geral	90.143	5.473	95.616	5,70%
Medicina interna	17.119	942	18.061	5,20%
Medicina física e reabilitação	13.383	501	13.884	3,60%
Total geral	887.061	100.355	987.416	10,20%

Fonte: ACSS

2.4. Cirurgia programada

O SIGIC abrange toda a atividade cirúrgica programada realizada a utentes do SNS, seja ela efetuada nos hospitais públicos ou nos hospitais privados e do setor social que tenham contratos de convenção ou acordos de cooperação com o SNS para a realização de atividade cirúrgica.

Em termos de resultados associados aos indicadores correspondentes à oferta cirúrgica do SIGIC, constata-se que a atividade cirúrgica programada cresceu 1,5% em 2016, face ao período homólogo, tendo sido realizados 568.765 episódios cirúrgicos, valor mais elevado de sempre, desde que existe o SIGIC.

A atividade cirúrgica da responsabilidade do SNS reparte-se entre hospitais do SNS que incluem, Entidades Públicas Empresarias, Setor Público Administrativo e Parcerias Público-Privadas, sendo responsáveis por 92,3% da produção total em 2016, mas considera também a atividade realizada pelos hospitais protocolados (4,9%) e pelos hospitais convencionados (2,8%). Neste âmbito, importa destacar que o peso relativo da atividade cirúrgica dos hospitais do SNS aumentou em 2016, na medida em que em 2015 esse peso era de 91,9% do total de utentes operados no âmbito do SIGIC.

De facto, os hospitais do SNS aumentaram a sua atividade cirúrgica em 2,3%, em 2016, tendo respondido com 524.928 utentes operados. Dentro dos hospitais públicos, destacam-se as Parcerias Público - Privadas (representam 10,2% da produção dos hospitais SNS), que operaram 53.581 utentes,

correspondendo a uma ligeira diminuição para 2015 (-0,3%).

Os hospitais protocolados aumentaram a sua produção cirúrgica programada em 2016, tendo realizado +1,8% de atividade do que no ano anterior, com um total de 27.637 utentes operados em 2016.

A produção cirúrgica programada nos hospitais convencionados diminuiu 19,2%, tendo sido operados - 3.854 utentes em 2016, do que aquilo que tinha acontecido em 2015.

A média do tempo de espera dos operados manteve-se à volta dos 3 meses (3,1 meses) em 2016, e o número de saídas aumentou 1,5% no último ano, face a 2015.

Analisando agora a componente da oferta nas várias regiões de saúde, constatamos que em todas as ARS se registou um aumento da produção cirúrgica em 2016, face ao período homólogo, com exceção da ARS Centro.

Destaca-se a ARS Algarve com um aumento de 10,2% da sua produção cirúrgica em 2016, quando comparado com 2015, seguido da ARS Alentejo (+5%) e da ARS Lisboa e Vale do Tejo (+3,6%).

Em resumo, e considerando que nos últimos anos a população residente no continente diminuiu 0,63% (no último triénio, de acordo com o INE), o aumento das cirurgias realizadas corresponde a um crescimento não só absoluto da oferta cirúrgica e da resposta às necessidades cirúrgicas dos utentes do SNS, mas também relativo.

Quadro 68. Evolução global da oferta cirúrgica

Indicadores	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var. 2016/2015	
								Valor	%
Total operados	484.065	503.919	534.415	544.377	549.987	560.401	568.765	8.364	1,5%
Operados H. SNS (inclui PPP)	458.497	460.179	481.597	501.722	505.055	513.205	524.928	11.723	2,3%
Operados nas PPP	19.238	26.559	37.302	47.187	52.710	53.768	53.581	-187	-0,3%
Operados H. Convencionados	25.568	24.654	26.853	15.915	18.336	20.054	16.200	-3.854	-19,2%
Operados H. Protocolados	n.a.	19.086	25.962	26.740	26.596	27.142	27.637	495	1,8%
Média do TE dos operados (meses)	2,6	2,7	2,8	2,7	2,8	2,9	3,1	0,2	6,7%
Saídas	576.426	599.476	639.561	634.105	641.287	650.735	660.399	9.664	1,5%

Fonte: ACSS e SPMS

Quadro 69. Evolução global da oferta cirúrgica entre 2015 e 2016 por ARS

ARS	Operados Hosp. SNS (inclui PPP)	Operados Hosp. Convencionados	Operados Hosp. Protocolados.	Total operados	Var. hom. total operados
Norte	225.321	3.454	24.047	252.822	0,8%
Centro	97.299	2.500	1.922	101.721	-2,2%
Lisboa e Vale do Tejo	172.103	5.554	1.668	179.325	3,6%
Alentejo	20.591	471	0	21.062	5,0%
Algarve	9.614	4.221	0	13.835	10,2%
Nacional	524.928	16.200	27.637	568.765	1,5%

Fonte: ACSS e SPMS

Analisando agora no quadro seguinte os indicadores do SIGIC que estão associados à procura de cuidados por parte dos utentes do SNS, constatamos que o número de doentes propostos para cirurgia (entradas) em 2016 cresceu + 1,2%, face ao ano anterior.

O crescimento do indicador que corresponde às novas inscrições em lista cirúrgica (entradas) evidencia, de forma objetiva, não só uma maior disponibilidade dos hospitais do SNS para acolher mais utentes com necessidades cirúrgicas, como também o reforço da transparência do processo de gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) a nível nacional, o qual é efetuado através de uma plataforma nacional sujeita a escrutínio público e que garante coerência dos processos de gestão de inscritos para cirurgia em qualquer instituição hospitalar do SNS (ou com acordo ou convenção para esta área).

O aumento da atividade cirúrgica programada que se registou no SNS em 2016 foi, ainda assim, inferior ao aumento do acesso dos utentes à inscrição na LIC (entradas), conforme demonstra o gráfico da página seguinte, pelo que no final de 2016 estavam 210.906 utentes em LIC (destes, 4.466 utentes estavam inscritos por neoplasia maligna).

Ainda assim, a mediana de tempo de espera da LIC manteve-se pouco acima dos 3 meses em final de 2016, para um TMRG de 9 meses na prioridade normal, de acordo com a legislação vigente.

A percentagem de inscritos que ultrapassam os TMRG foi de 14,8%, em 2016, superior ao

período homólogo, essencialmente no nível de prioridade normal.

Redução dos TMRG para atividade cirúrgica no SNS

Conforme já foi referido neste documento, a Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, determinou a redução dos TMRG para as cirurgias no SNS, que passará a ser de 180 dias na prioridade normal (270 dias, atualmente).

Esta alteração dos TMRG visa contribuir para redução da mediana de tempo de espera da LIC, aproximando os TMRG do atual valor dessa mediana da LIC e assegurando cada vez mais equidade no acesso à atividade cirúrgica.

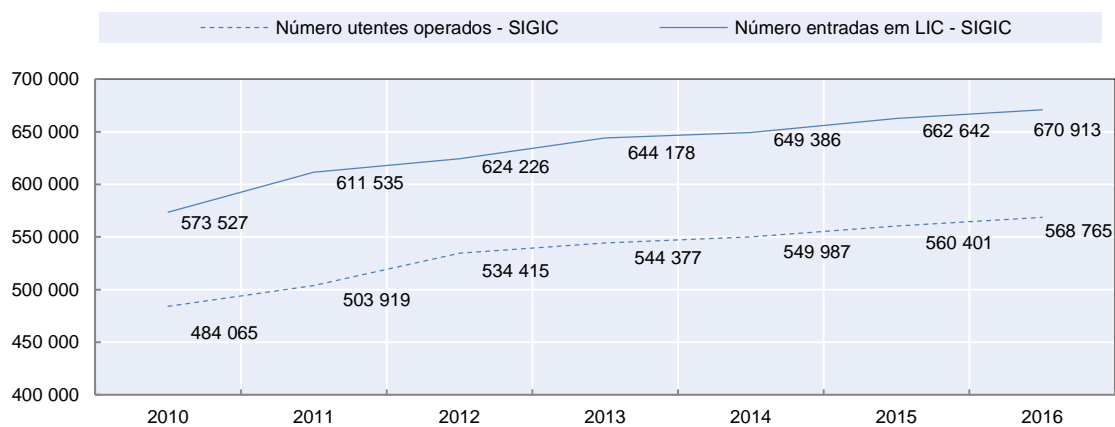
Importa ainda referir que esta Portaria introduz, pela primeira vez no SNS, a definição de TMRG para estabelecimento dos planos de cuidados a realizar aos utentes (60 dias seguidos após a primeira consulta de especialidade, no nível de prioridade normal), o qual se entende como o período necessário para que seja efetuado o diagnóstico e estipulado o plano de intervenção hospitalar adequado (inscrição em lista cirúrgica, por exemplo), permitindo assim conhecer e avaliar o tempo de resposta completo que foi assegurado ao utente na globalidade do seu trajeto no hospital.

Quadro 70. **Evolução dos indicadores de procura**

Indicadores	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var. 2016/2015	
							valor	%
Entradas em LIC	611.535	624.226	644.178	649.386	662.642	670.913	8.271	1,20%
Número de utentes inscritos (LIC)	180.356	166.798	176.129	184.077	197.401	210.906	13.505	6,80%
Mediana TE da LIC (meses)	3,3	3	2,8	3	3,1	3,3	0,2	-
Percentil 90 TE LIC (meses)	10,3	10,4	9,3	9,1	9,3	10,3	1	-
Percentagem de inscritos que ultrapassam o TMRG	15,80%	15,10%	12,80%	12,00%	12,20%	14,80%	-	-

Fonte: ACSS e SPMS

Gráfico 54. **Evolução de entradas em LIC e número de operados**



Fonte: ACSS e SPMS

Para além da análise dos indicadores da oferta e da procura cirúrgica no âmbito do SIGIC, importa ainda observar os principais indicadores relacionados com o processo de gestão da LIC, nomeadamente sobre o recurso a hospitais de destino do SNS (notas de transferência) ou do setor social e convencionado com o SNS (vales de cirurgia).

O gráfico da página seguinte apresenta a distribuição dos episódios com notas de transferência ou vales cirurgia (NT ou VC) emitidos durante o período 2010 a 2016.

Em 2016, foram emitidos 81.829 NT e VC, sendo que 82,4% destes foram vales de cirurgia emitidos para os convencionados (67.477) e os restantes 17,3% foram notas de transferência emitidas entre instituições públicas do SNS (14.352).

Sobre esta matéria, importa destacar o enorme crescimento registado nas notas de transferência emitidas entre hospitais do SNS, em linha com o aumento da disponibilidade dos hospitais do SNS para receberem transferências, em resposta à criação do Programa de Incentivo à Realização de Atividade Cirúrgica no SNS que tinha como objetivos o aumento da articulação entre as instituições públicas e a rentabilização da capacidade instalada no SNS.

A resposta das instituições do SNS foi imediata, na medida em que se passou de 14 serviços com disponibilidade para receberem notas de transferência em maio de 2016, para 62 em agosto desse ano, conforme evidencia o quadro seguinte.

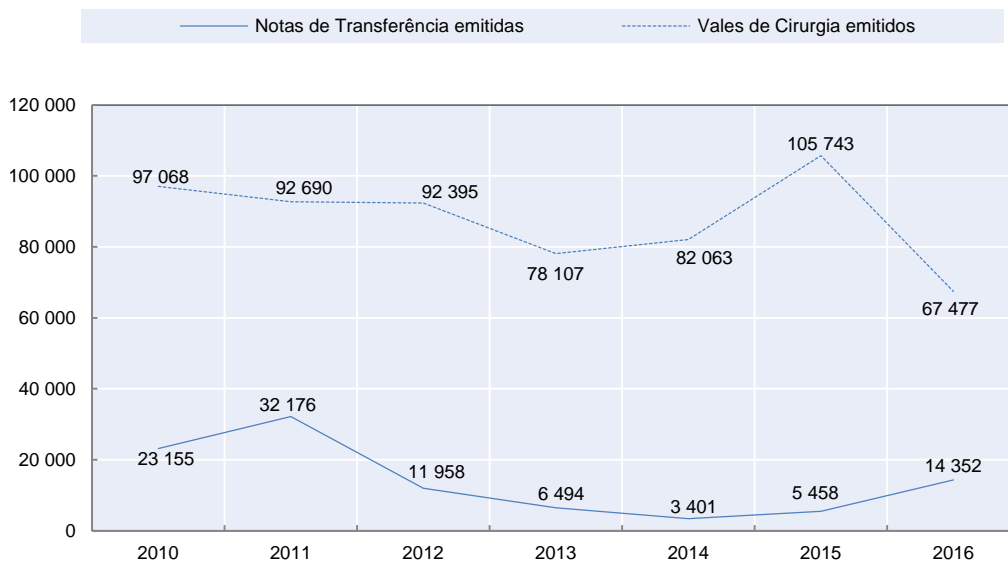
Programa de Incentivo à Realização da Atividade Cirúrgica no SNS (PIRAC)

O PIRAC visa induzir uma alteração estrutural e permanente no perfil da oferta cirúrgica no SNS, valorizando a partilha de recursos e a circulação dos utentes entre as instituições do SNS, e tem como objetivo a melhoria da capacidade de resposta cirúrgica das unidades hospitalares públicas, pretendendo:

- Melhorar os tempos de resposta no acesso à cirurgia programada;
- Rentabilizar a capacidade cirúrgica instalada na rede de estabelecimentos públicos;
- Criar mecanismos competitivos para a realização de atividade cirúrgica no SNS;
- Aumentar a produtividade das instituições do SNS.

O PIRAC iniciou-se em maio de 2016 e previa a redução, de 4 para 3 meses, do prazo de transferência de episódios cirúrgicos entre instituições do SNS, de forma a permitir uma resposta mais rápida aos utentes, dentro da rede do SNS.

Gráfico 55. Evolução das notas de transferência e vales de cirurgia emitidos



Fonte: ACSS e SPMS

Ainda sobre a qualidade dos processos administrativos associados à gestão do acesso à atividade cirúrgica no SNS, importa analisar os procedimentos associados à inscrição, ao agendamento e ao cancelamento de episódios cirúrgicos, verificando a evolução de comportamentos que se registaram nos últimos anos em relação a estas matérias.

Começando pela questão das inscrições em LIC, importa analisar, por um lado, o processo de identificação concreta das necessidades cirúrgica e, por outro, o tempo que medeia entre a inscrição em LIC e a realização da intervenção cirúrgica.

- Quanto à primeira questão, importa referir que o número de utentes não urgentes que foram inscritos e operados no mesmo dia assumiu ainda valores elevados em 2016, apesar de este ser o valor mais baixo registado nos últimos anos, conforme gráfico seguinte.
- Quanto à segunda questão, a análise do número de propostas cirúrgicas que geram um GDH previsional inválido, e que por isso dificultam o processo de emissão de notas de transferência e vales-cirurgia, permite-nos concluir que os valores registados nos últimos anos (2016 e 2015) são os mais baixos do período analisado neste relatório anual do acesso, conforme demonstra o quadro seguinte, o que não inviabiliza que continuem a ser reforçados os mecanismos de controlo nos hospitais, contribuindo assim para que esta realidade continue a reduzir-se no futuro.

Em relação ao agendamento, destaca-se em 2016 o trabalho realizado no sentido de reforçar o grau de cumprimento das regras de agendamento por critérios de prioridade clínica e de antiguidade da inscrição dos utentes em LIC, contribuindo assim para uma gestão mais eficaz da LIC.

Já quanto às práticas de cancelamento dos episódios em LIC que as instituições hospitalares do SNS adotam, importa destacar que a percentagem de episódios que saíram da LIC por motivo de cancelamento foi, em 2016, de 13,7%, o que representa uma diminuição desta prática em relação ao período 2010 a 2016, conforme demonstra o gráfico seguinte.

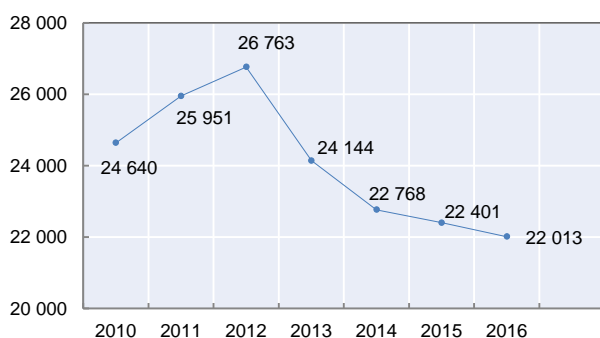
Ainda assim, e considerando os riscos associados a este processo em termos de respeito pelos direitos dos utentes, importa analisar mais em detalhe o peso dos cancelamentos de acordo com a distribuição dos motivos admissíveis para esses cancelamentos, constatando-se através do quadro seguinte que o padrão associado a essa distribuição se mantém praticamente inalterado ao longo do período em análise, com a maior parte dos cancelamentos a ocorrer por desistência ou recusa do utente em ser transferido para outro hospital (42%, em 2016), seguindo-se a perda de indicação cirúrgica (26%) e o motivo associado ao facto do utente já se encontrar operado num hospital fora do SIGIC (11%).

Quadro 71. Evolução das entradas em LIC com GDH previsual inválido

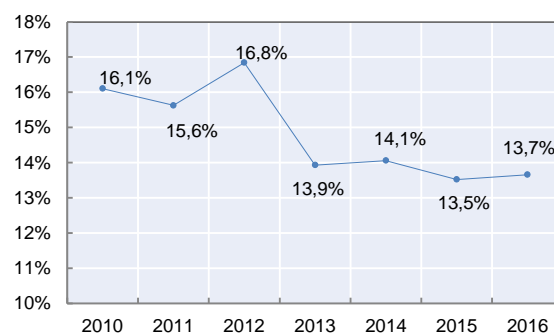
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Entradas com GDH 470 *	46.915	60.212	58.520	63.143	55.920	49.004	50.230
Percentagem Entradas com GDH 470	8,2%	9,8%	9,4%	9,8%	8,6%	7,4%	7,5%

*Corresponde ao número de entradas (propostas cirúrgicas) que geraram um GDH previsual inválido

Fonte: ACSS e SPMS

Gráfico 56. Utentes não urgentes (níveis de prioridade entre 1 e 3) inscritos e operados no mesmo dia


Fonte: ACSS e SPMS

Gráfico 57. Percentagem de saídas da LIC por motivo de cancelamento


Fonte: ACSS

Quadro 72. Motivos de cancelamento de vales cirurgia

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Desistência	34%	27%	30%	36%	39%	41%	42%
Perda de indicação cirúrgica	16%	15%	13%	17%	23%	25%	26%
Operado fora do SIGIC	6%	6%	7%	7%	9%	11%	11%
Erro processual	7%	13%	10%	8%	10%	9%	8%
VC expirado/ não utilizado	11%	7%	6%	3%	5%	6%	6%
Transferência de responsabilidade	7%	13%	16%	7%	8%	5%	6%
Óbito	2%	2%	2%	2%	2%	3%	3%
Outros	18%	17%	17%	20%	4%	0%	0%

Fonte: ACSS e SPMS

2.5. Atendimentos urgentes

O número de atendimentos nos serviços de urgência do SNS manteve-se acima dos 6 milhões em 2016, conforme gráfico ao lado, registando uma subida em relação ao ano anterior e atingindo valores semelhantes aos registados em 2010 e 2011, período prévio à entrada em vigor das alterações à legislação das taxas moderadoras que aumentaram os valores a pagar pelos utentes, essencialmente nos episódios de urgência.

Por outro lado, e considerando a sua importância para a aferição da intensidade de cuidados hospitalares associada aos episódios de urgência, importa referir que a percentagem de episódios de urgência que originaram internamento mantém-se acima dos 8%, apesar da redução registada em 2016 (-0,3%), valor também semelhante ao que se registava em 2010 e 2011.

Ainda relacionada com a análise do acesso aos serviços de urgência, constatou-se que a percentagem de atendimentos de urgência triados com cor verde, azul, branca foi de 40,7% em 2016, em linha com os valores registados nos últimos anos (40,6% em 2015 e 40,8% em 2014, por exemplo).

Durante o ano de 2016 foram implementados diversos instrumentos de análise (utilizadores frequentes, *scores* de sobrecarga diária dos serviços), de monitorização do desempenho (capacidade instalada, fluxos dos utentes nos hospitais e nos cuidados primários) e de divulgação pública de informação sobre o acesso aos serviços de urgência do SNS, contribuindo assim para um maior conhecimento sobre as

várias dimensões que influenciam este o acesso e para que a população tenha mais instrumentos que suportem uma tomada de decisão responsável e informada sobre o acesso adequado a estes serviços.

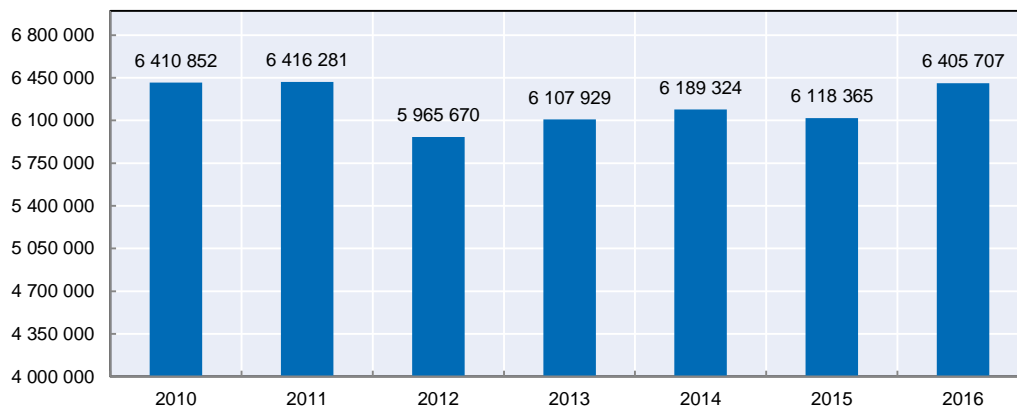
Em 2016, importa ainda destacar a atividade da Urgência Metropolitana do Porto (cujo modelo já se encontrava consolidado), mas essencialmente da Urgência Metropolitana de Lisboa, onde foram reorganizados serviços de forma a assegurar, em permanência e com qualidade, a resposta no período noturno, concentrada em dois polos: CHLN e CHLC.

Para além destas medidas, e do reforço de profissionais que recentemente tem havido no SNS (conforme referido no capítulo 11 da I Parte deste Relatório), importa continuar a trabalhar no reforço das respostas de cuidados de saúde primários e da RNCCI e na melhoria da articulação entre os serviços do SNS (em linha com os princípios do projeto “*SNS + Proximidade*”), de forma a obter uma redução sustentada dos episódios de urgência no SNS (no primeiro semestre de 2017, por exemplo, os episódios de urgência já estava a reduzir -2,6%).

Publicitação de tempos de espera no SNS

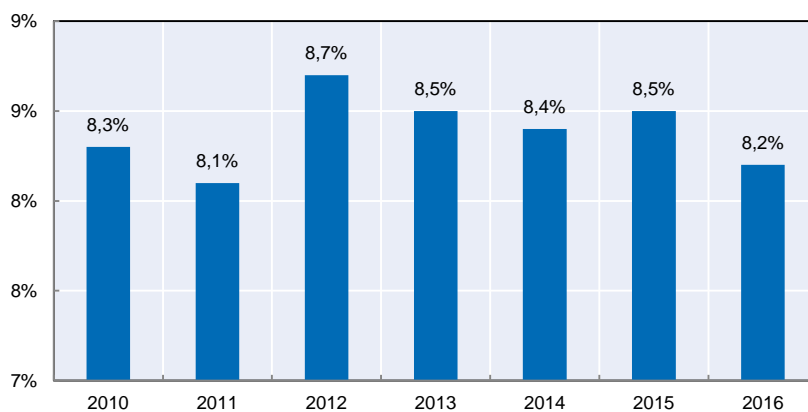
Com a entrada em vigor do Portal SNS, a 1 de fevereiro de 2016, passou a disponibilizar-se vários serviços ao cidadão, destacando-se a informação, em tempo real, sobre os tempos médios de espera nos serviços de urgência do SNS, por grau de prioridade definido pela triagem de Manchester.

Gráfico 58. Evolução anual do número de episódios de urgência



Fonte: ACSS

Gráfico 59. Percentagem de episódios de urgência que geram internamento



Fonte: ACSS

3. Cuidados continuados integrados

Em 2016, os resultados alcançados no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) continuaram a melhorar, contribuindo assim para que mais utentes em situação de dependência e de fragilidade possam usufruir desta importante resposta de saúde e apoio social.

Em concreto, constatamos através do quadro da página seguinte que o número de utentes assistidos na RNCCI em 2016 foi de 52.509, representando um acréscimo de 4,5% em relação a 2015, dos quais 32.545 utentes em unidades de internamento, 15.582 utentes em Equipas Comunitárias de Cuidados Integrados (ECCI) e 4.357 em Equipas Intra Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) ou em Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), representando um acréscimo de 17,3% nestas equipas.

A tipologia onde mais utentes foram assistidos foi a ECCI com 29,7%. No global, 38% dos utentes foram assistidos em equipas – ECCI e EIHSCP/ECSCP.

Importa ainda referir que na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Norte (UCIP), criada em 2016, foram assistidos 18 utentes e 7 na Unidade de Ambulatório Pediátrica (UAP).

Conforme se constata através da leitura do segundo quadro na página seguinte, o

Algarve assiste 50,9% dos seus utentes em equipas ECCI, seguido de Lisboa e Vale do Tejo com 47,6% e do Norte com 42,8%.

O Algarve é também a região do país que maior percentagem de utentes assistiu em relação à sua população com idade superior a 65 anos, seguida do Alentejo. Lisboa e Vale do Tejo foi a região com menor percentagem.

Analisando outras características dos utentes que foram servidos pela RNCCI em 2016, constatamos que a população da RNCCI com idade superior a 65 anos representa 81,6% e que a população com idade superior a 80 anos representa 47,4% (47,1% em 2015).

O sexo feminino representa 54,2% do total de utentes (54,9% em 2015) e 47% desses têm idade superior a 65 anos (49% em 2015). Dos utentes com idade superior a 80 anos, 63% são do sexo feminino.

Cerca de 70% dos utentes vivia com família natural e 25,5% (24,3%, 2015) vivia só.

Os utentes incapazes e dependentes representam 93,4% da população.

Resumindo, podemos dizer que a população da RNCCI mantém as mesmas características de períodos anteriores: é envelhecida, maioritariamente feminina, com baixo nível de escolaridade, carenciada e com elevada incapacidade e dependência.

Quadro 73. **Evolução da atividade RNCCI – utentes assistidos, por tipologia**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var. 2016/2015
Unidade de Convalescença	6.287	7.744	8.704	8.791	8.833	7.192	7.201	0,1%
Unidade de Média Duração e Reabilitação	6.672	7.741	8.578	9.352	9.990	10.672	11.349	6,3%
Unidade de Longa Duração e Manutenção	5.802	6.489	7.728	8.675	10.541	11.328	11.611	2,5%
ECCI	5.278	9.139	11.578	13.804	14.577	15.221	15.582	2,4%
Unidade de Cuidados Paliativos *	1.951	1.600	1.821	1.903	1.827	2.115	2.384	12,7%
EIHSCP / ECSCP *	n.d.	n.d.	n.d.	2.356	2.288	3.715	4.357	17,3%
Total	25.990	32.713	38.409	44 881	48 056	50.243	52.484	4,5%

*As unidades e Equipas de cuidados paliativos passaram a integrar a Rede Nacional de Cuidados Paliativos em 2017

Fonte: ACSS

 Quadro 74. **Evolução da atividade RNCCI – utentes assistidos, por tipologia e por região, em 2016**

	ARS Norte	ARS Centro	ARS Lisboa e Vale do Tejo	ARS Alentejo	ARS Algarve	TOTAL
Unidade de Convalescença	1.793	1.958	1.626	956	868	7.201
Unidade de Média Duração e Reabilitação	3.500	3.125	3.156	856	712	11.349
Unidade de Longa Duração e Manutenção	3.821	3.748	2.379	1.049	614	11.611
ECCI	5.306	1.475	5.468	1.231	2.102	15.582
Unidade de Cuidados Paliativos *	439	614	946	206	179	2.384
Total	14.859	10.920	13.575	4.298	4.475	48.127

*As unidades e Equipas de cuidados paliativos passaram a integrar a Rede Nacional de Cuidados Paliativos em 2017

Nota: Não se consideram neste quadro as EIHSCP/ECSCP, que têm referência direta

Fonte: ACSS

Analisando agora as referências efetuadas para a RNCCI, constatamos que o número de utentes referenciados em 2016 foi de 42.657, o que representa um crescimento de 3,7% em relação a 2015 (41.117). A estes números, acrescem ainda 25 referências para as novas tipologias pediátricas criadas em 2016.

Através da análise do quadro ao lado, constatamos que o maior crescimento de referências ocorreu para as Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDLM), com + 11,5% de referências em 2016, do que aquelas que tinham ocorrido em 2015, seguindo-se as Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR), com +3,4% e as ECCI com +2,9%.

A maior parte das referências efetuadas na ARS Algarve em 2016 foram para a tipologia de ECCI (45%), à semelhança do que aconteceu na ARS Norte (32,4%) e na ARS Lisboa e Vale do Tejo (29,8%), sendo que no caso da ARS Centro e da ARS Alentejo, a maior parte das referências efetuadas para as unidades da região foram para ULDM, com 35% e 28%, respetivamente.

Adicionalmente importa referir que, em 2016, os utentes tiveram como principal motivo de referência, com registos válidos no aplicativo informático da RNCCI, a dependência de atividades da vida diária (este é o principal motivo com 90% e o ensino utente/cuidador informal o segundo motivo com 89%, sobreponível a períodos anteriores, alternando ambos entre primeiro e segundo lugar).

Constatou-se ainda que em 2016, cerca de 35% dos utentes referenciados por motivo “Feridas/úlceras de pressão” e 13% por motivo de “úlceras de pressão múltiplas” foram-no para ECCI, como já acontecia em períodos anteriores. Quando se considera a percentagem de cada motivo, em relação ao total do mesmo motivo por tipologia, verifica-se que 69% das referências por motivo “Feridas/úlceras de pressão” e 64% por motivo de “úlceras de pressão múltiplas” se encontram em ECCI, representando ambas a maior percentagem em relação às outras tipologias.

Os utentes com condições de ingresso em relação aos referenciados representam 94,5% do total.

Os utentes para admitir nas unidades e equipas são os que têm critérios, subtraídos dos cancelados, dos que recusam e dos óbitos entretanto ocorridos. Os utentes admitidos em relação aos utentes com condições de ingresso representam 98,3% do total (98,2% no em 2015). Oscilam entre 96% em Lisboa e Vale do Tejo, e 99,6%, no Norte.

A percentagem de episódios cancelados após a referência difere entre as regiões, com o Alentejo a ter 20,6% de episódios cancelados (19,4% em 2015), Lisboa e Vale do Tejo com 17% (18,8% em 2015), 16,2% no Centro (17,6% em 2015). O Algarve cancelou a menor percentagem, com 4,4% (3% em 2015).

Quadro 75. Evolução do número de referências por ano e por tipologia de resposta

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var. 2016/2015
Unidade de Convalescença	5.903	7.118	7.085	8.943	7.833	7.036	6.828	-3,0%
Unidade de Média Duração e Reabilitação	6.483	7.240	6.656	8.788	9.600	10.333	10.684	3,4%
Unidade de Longa Duração e Manutenção	5.550	5.896	5.363	6.751	9.249	9.969	11.118	11,5%
ECCI	3.475	6.952	7.789	11.219	10.500	11.419	11.752	2,9%
Unidade de Cuidados Paliativos*	2.593	2.897	1.700	2.050	2.187	2.360	2.275	-3,6%
Total	24.004	30.103	28.593	37.751	39.369	41.117	42.657	3,7%

*As unidades e Equipas de cuidados paliativos passaram a integrar a Rede Nacional de Cuidados Paliativos em 2017

Nota: Não se consideram neste quadro as EIHSCP/ECSCP, que têm referência direta

Fonte: ACSS

Quadro 76. Evolução do número de utentes assistidos na RNCCI por tipologia e região, em 2016

	ARS Norte	ARS Centro	ARS Lisboa e Vale do Tejo	ARS Alentejo	ARS Algarve	Total
Unidade de Convalescença	2.071	1.683	1.772	804	498	6.828
Unidade de Média Duração e Reabilitação	2.802	2.882	3.537	913	550	10.684
Unidade de Longa Duração e Manutenção	3.129	3.634	2.831	1.015	509	11.118
ECCI	4.872	1.028	3.873	684	1.295	11.752
Unidade de Cuidados Paliativos*	163	888	986	210	28	2.275
Total	13.037	10.115	12.999	3.626	2.880	42.657

*As unidades e Equipas de cuidados paliativos passaram a integrar a Rede Nacional de Cuidados Paliativos em 2017

Nota: Não se consideram neste quadro as EIHSCP/ECSCP, que têm referência direta

Fonte: ACSS

Quando se analisa a origem da referenciação dos utentes para a RNCCI em 2016, constata-se que 65,7% (63% em 2015) dos utentes foram referenciados pelos hospitais e 34,3% pelos cuidados de saúde primários (37% em 2015).

A região que tem maior percentagem de referenciação a partir dos cuidados de saúde primários é o Alentejo, com 42,8% (cerca de 45% em 2015), seguindo-se o Algarve, com 41,5% (41,8% em 2015) e o Centro, com 39,7% (40,3% em 2015).

O Norte referenciou 30,9% dos utentes a partir dos cuidados de saúde primários (39,8% no ano 2015). A região com menor percentagem é Lisboa e Vale do Tejo, com 29,7% (28,3% em 2015).

O peso da referenciação hospitalar é maior em Lisboa e Vale do Tejo, com cerca de 70,3% dos utentes a serem referenciados pelos hospitais (cerca de 72% em 2015). Em 2016, esta região ainda apresentava a menor cobertura populacional em lugares de internamento (exceto unidades de cuidados paliativos) e global.

Dos utentes referenciados a nível nacional, dos hospitais para unidades de internamento, os utentes referenciados pelos hospitais em Lisboa e Vale do Tejo representam 30,7% e no Norte 30,6% desse total nacional, como já acontecia anteriormente, representando juntas cerca de 61%.

Com este peso da referenciação hospitalar associado à sua cobertura populacional,

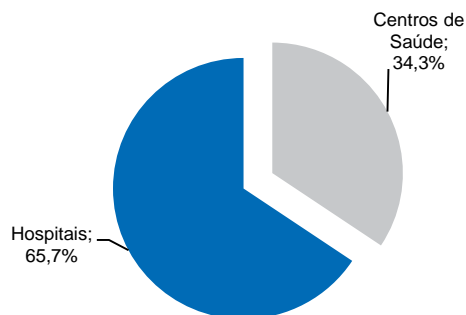
permaneceram em 2016 algumas dificuldades de referenciação a nível hospitalar em Lisboa e Vale do Tejo, apesar da sua cobertura de camas ter vindo a aumentar de forma gradual e sustentada.

A tipologia para onde foram referenciados mais utentes a nível nacional foi ECCI, com 27,5% (28%, em 2015), seguida de ULDM e UMDR, com 26,1% e 25%, respetivamente, (24% e 25% no ano de 2015).

Os cuidados domiciliários assumem-se como a principal tipologia de cuidados de referenciação, a nível nacional.

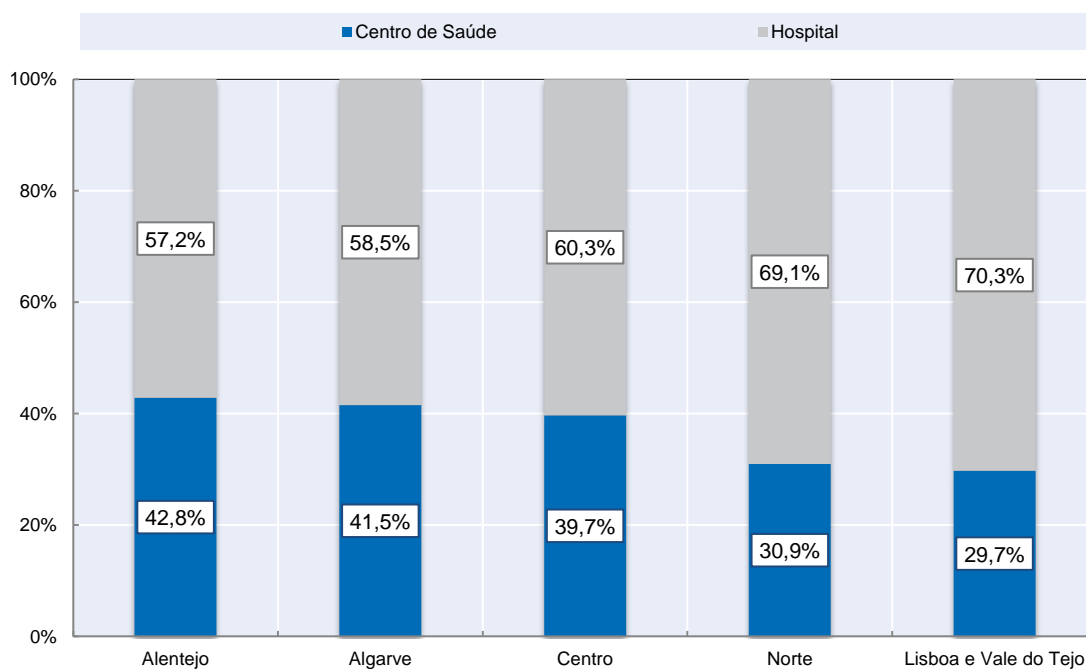
Em termos lobais, a região que mais referencia, em relação à sua população com idade superior a 65 anos é o Algarve, com 3,7%, seguido do Alentejo com 3% e do Centro com 2,6%. A região que menos referencia é Lisboa e Vale do Tejo com 2,1%. A média nacional é de 2,4%.

Gráfico 60. Origem dos utentes referenciados no âmbito da RNCCI



Fonte: ACSS

Gráfico 61. Distribuição percentual da origem da referência em cada região



Fonte: ACSS

Considerando a aposta no reforço dos cuidados da RNCCI em ambulatório, importa detalhar a análise das referências para ECCI nas diferentes regiões, em relação ao total de referenciados nessa região. Na figura seguinte destacam-se os principais resultados sendo que estes são sobreponíveis a anos anteriores.

Conforme se constata através da análise do gráfico ao lado, o Algarve é a região que mais referencia os seus utentes para ECCI, com 45,0% (45,7% no ano de 2015), e o Centro a que menos referencia, com 10,2% (8,3% no ano de 2015).

O Centro referencia 36% dos seus utentes para ULDM e 28,5% para UMDR (36% e 31% no ano de 2015), num total de cerca de 65% para ambas as tipologias.

Na referência para ECCI, o peso dos cuidados de saúde primários e hospitalares difere entre as regiões, no entanto deve ter-se presente que estes valores dizem respeito ao total dos utentes referenciados para ECCI em cada região, sendo Lisboa e Vale do Tejo a região onde a referência para ECCI é maior a partir dos hospitais (59%), como acontecia em períodos anteriores.

Apesar dos referenciados para ECCI a partir dos cuidados de saúde primários ser de 63% no Centro (68% em 2015), o facto é que apenas 10,2% dos utentes da região Centro foram referenciados para ECCI (8,3% em 2015).

A referência para ECCI a partir dos cuidados de saúde primários representa 55% no Norte (56% em 2015), 69% no Alentejo (69% em 2015), 54% no Algarve e 41% em

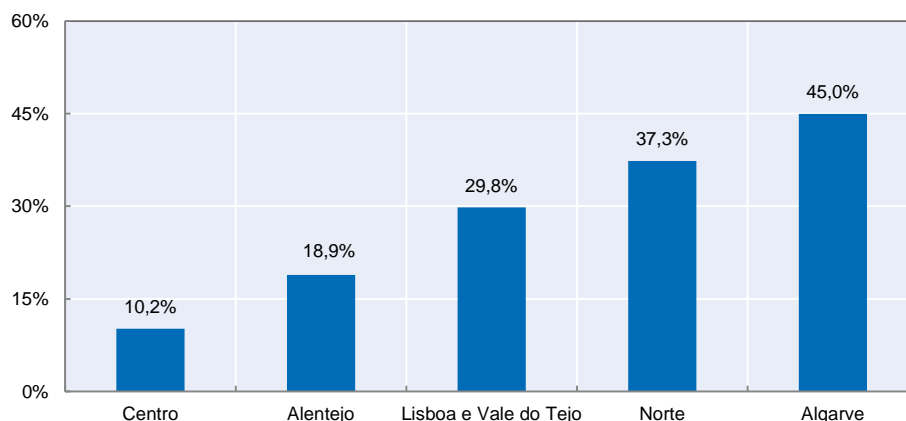
Lisboa e Vale do Tejo (54% e 43% respetivamente, em 2015).

Referenciação de utentes para a RNCCI

O atual processo de referência de utentes para a RNCCI encontra-se mais agilizado (na sequência da portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro) podendo os utentes ser propostos para as respostas da RNCCI de duas formas:

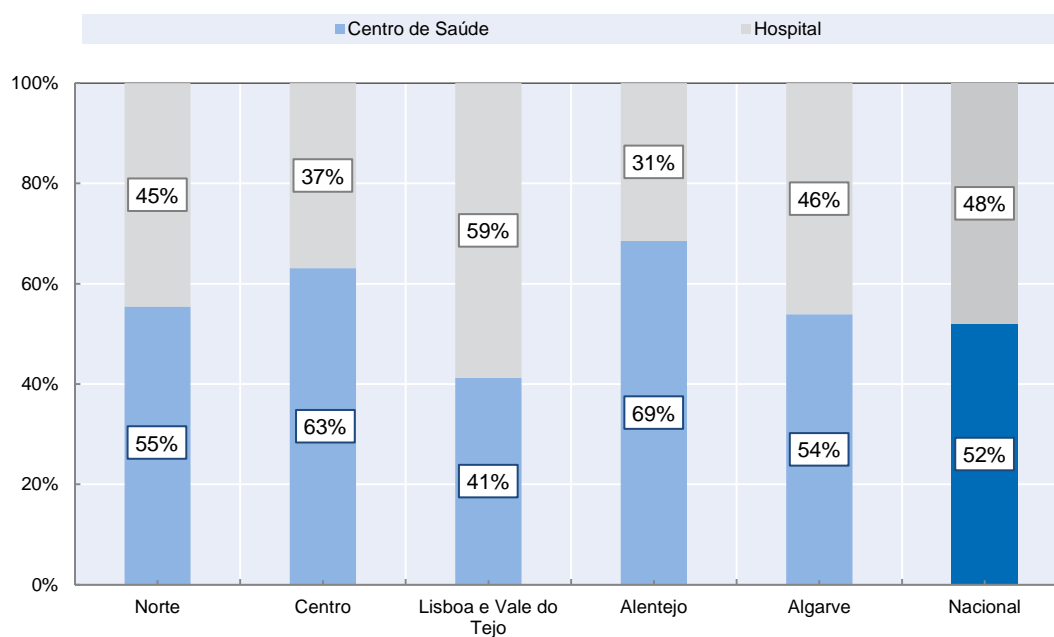
1. Se estiverem internados em hospital do SNS, através do serviço onde se encontram internados.
 - Os profissionais de saúde do serviço do hospital onde se encontra internado referenciam o utente para potencial ingresso na RNCCI.
 - A proposta de referência é enviada à Equipa de Gestão de Altas (EGA) do hospital, a qual deve avaliar e confirmar toda a informação até ao momento da alta.
 - Após confirmação da informação, a EGA envia a proposta para a Equipa Coordenadora Local (ECL).
2. Se estiverem na comunidade (domicílio, hospital privado ou noutras instituições):
 - A referência é efetuada pelos profissionais de saúde das Unidades de Saúde Familiar e de Cuidados de Saúde Personalizados dos Agrupamentos de Centros de Saúde.
 - A referência é enviada à ECL.

Gráfico 62. Referenciação para ECCI - Percentagem de utentes referenciados em cada região



Fonte: ACSS

Gráfico 63. Referenciação para ECCI - Hospital e Centro de Saúde em cada região



Fonte: ACSS

Os quadros do lado permitem analisar os tempos de resposta e as listas de espera da RNCCI, nomeadamente a mediana do tempo de referenciação até identificação de vaga e a evolução do número de utentes a aguardar vaga o período em análise (2010 a 2016).

Conforme se constata, o menor tempo de referenciação para Unidades de Convalescença regista-se na região do Algarve, com o maior tempo em Lisboa e Vale do Tejo.

Em ULDM o menor tempo é no Centro e o maior em Lisboa e Vale do Tejo.

Em UMDR o menor tempo é no Centro e o maior no Alentejo.

Em ECCI, o tempo de referenciação encontra-se à volta dos 5 dias em todas as regiões, à exceção da ARS Algarve que tem um valor muito baixo.

Em 2016, reduziu-se o tempo de referenciação para UMDR no Norte, para 25,1 dias. O tempo mais baixo a nível nacional é no Centro, com 23 dias.

Em UC, o Algarve e o Alentejo aumentaram os seus tempos em relação a 2015, embora o Algarve tenha o tempo mais baixo com 3,2 dias. A região de Lisboa e Vale do Tejo diminuiu o tempo para UC, de 24,9 para 15,8 dias.

Em relação ao número de utentes a aguardar vaga na RNCCI, constata-se uma redução no número global de utentes em espera em 2016 de 2,1%, quando comparando com o período homólogo.

A redução do número de utentes em espera ocorreu essencialmente nas UMDR, ULDM e UCP, que são também as unidades que têm mais procura e mais oferta de respostas disponíveis na RNCCI.

Dos utentes que aguardavam vaga na RNCCI no final do ano de 2016, 45% encontravam-se em Lisboa e Vale do Tejo e 23% no Centro, representado as duas regiões 68% do total.

Importa ainda referir que não existiam utentes a aguardar vaga para as tipologias pediátricas.

A nível nacional, a demora média em UC é de 39 dias, 87 dias em UMDR, 219 dias em ULDM e 166 em ECCI.

Melhores resultados na RNCCI

A RNCCI veio promover a abertura organizacional a novos modelos de prestação, valorizando as respostas de ambulatório, com incorporação de paradigmas de respostas intersectoriais e multidisciplinares, orientados para a prestação de cuidados numa ótica global de satisfação das necessidades das pessoas que apresentam dependência e necessidade simultânea de cuidados de saúde e apoio social.

A construção da RNCCI tem sido efetuada segundo uma filosofia de melhoria contínua, e nesta perspetiva, a redução dos tempos de resposta das listas de espera que se registou em 2016 contribui para assegurar um acesso cada vez mais eficaz às respostas da RNCCI.

Quadro 77. Mediana do tempo de referenciação para a identificação da vaga na RNCCI

	Unidade de Convalescença	Unidade de Média Duração e Reabilitação	Unidade de Longa Duração e Manutenção	ECCI
Norte	15,0	25,1	41,1	5,1
Centro	11,0	23,0	30,2	5,1
Lisboa e Vale do Tejo	15,8	33,3	70,0	4,8
Alentejo	13,4	48,0	67,1	5,1
Algarve	3,2	28,2	68,1	0,7

Fonte: ACSS

Quadro 78. Evolução do número total de utentes a aguardar vaga na RNCCI

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var. 2016/2015
Unidade de Convalescença	97	120	163	170	182	81	211	160,5%
Unidade de Média Duração e Reabilitação	222	174	501	434	242	236	222	-5,9%
Unidade de Longa Duração e Manutenção	562	208	558	309	210	924	785	-15,0%
ECCI	23	42	31	11 219	67	85	104	22,4%
Unidade de Cuidados Paliativos*	106	147	121	75	143	82	56	-31,7%
Total	1.010	691	1.374	12.207	844	1.408	1.378	-2,1%

*As unidades e equipas de cuidados paliativos passaram a integrar a Rede Nacional de Cuidados Paliativos em 2017

Fonte: ACSS

Em relação à taxa de ocupação da RNCCI a nível nacional, verifica-se que as unidades de internamento possuem uma taxa de ocupação elevada, destacando-se a tipologia de ULDM (97%), seguida de UMDR, com 94%, de UCP com 91% e de UC com 90%.

A taxa de ocupação de ECCI (66%) mostra que existem lugares disponíveis ou que necessitam ser ajustados aos recursos existentes.

A região com menor taxa de ocupação é o Centro com 52%.

A taxa de ocupação de Unidades de Cuidados Integrados Pediátricos (UCIP) foi de 64% e a de Unidade de Ambulatório Pediátrico (UAP) de 21%.

Conforme se apresenta no quadro seguinte, o valor da execução financeira da componente saúde da RNCCI em 2016, foi de 136.064.802,10 euros. Para a saúde, o funcionamento da RNCCI perfez um valor de 135.768.582,73 euros, representando 99,8% da despesa. O investimento totalizou 296.219,37 euros.

O ano de 2016 foi o mais elevado de sempre em termos de financiamento público da RNCCI, somando a componente assumida pelo Ministério da Saúde com a do Ministério do Trabalho, Solidariedade e da Segurança Social, tendo assumido um volume global de 172.437.880 euros.

O valor global acumulado até à data é de 1.188.049.260,78 euros. O valor da componente saúde, desde o início da RNCCI, representa 80,7% do total.

Analisando ainda de forma sintética outros indicadores assistenciais na RNCCI constatamos que, no destino pós-alta, 10% dos utentes tiveram alta para respostas sociais. A nível nacional, 74% das altas foram para o domicílio. Em 73% das altas para o domicílio foi registada necessidade de suporte.

A incidência de úlceras de pressão na RNCCI foi de 5,1%. A prevalência de úlceras de pressão foi de 19%, significando que 73% das úlceras de pressão da RNCCI existiam já na admissão.

A prevalência de quedas foi de 12%, o valor mais baixo até ao momento, igual a 2015. No domicílio, as quedas representam cerca de 37,9% do total, o valor mais elevado de todas as tipologias. As ocorridas em UC e UMDR, tipologias de reabilitação por excelência, representam 46,5% do total.

A percentagem de utentes com avaliação do dor a nível nacional é de 74%, com um valor que oscila de 53% no Algarve a 82% no Norte.

A percentagem de óbitos na RNCCI foi de 11,9%. Não ocorreram óbitos nos utentes assistidos na área pediátrica. 43,2% do total dos óbitos ocorre em ECCI, *i.e.*, ocorre no domicílio, seguido de ULDM com 37,9%. A percentagem de óbitos em ECCI foi de 15,1%. A percentagem de óbitos em unidades de internamento foi de 10,3%. A percentagem de óbitos nos utentes assistidos na RNCCI em 2016 foi de 15%.

Quadro 79. Evolução da taxa de ocupação das unidades da RNCCI, por tipologia

	ARS Norte	ARS Centro	ARS Lisboa e Vale do Tejo	ARS Alentejo	ARS Algarve
Unidade de Convalescença	90%	91%	88%	88%	98%
Unidade de Cuidados Paliativos*	92%	90%	92%	88%	95%
Unidade de Média Duração e Reabilitação	94%	94%	93%	94%	94%
Unidade de Longa Duração e Manutenção	97%	96%	98%	97%	98%
ECCI	68%	52%	69%	70%	67%
UCIP - Nível 1	64%				
UAP	21%				

*As unidades e Equipas de cuidados paliativos passaram a integrar a Rede Nacional de Cuidados Paliativos em 2017

Fonte: ACSS

Quadro 80. Evolução da execução financeira da componente saúde da RNCCI

Ano	MTSSS	MS Investimento	MS Funcionamento	MS Total	Total (MS e MSS)
2006	24.073€	2.650.284€	587.566€	3.237.850€	3.261.923€
2007	2.238.498€	2.170.309€	12.620.966€	14.791.275€	17.029.773€
2008	9.696.869€	2.094.051€	21.241.799€	23.335.850€	33.032.719€
2009	14.845.755€	10.700.656€	49.489.661€	60.190.317€	75.036.072€
2010	19.565.858€	29.840.297€	83.647.837€	113.488.134€	133.053.992€
2011	25.207.680€	23.804.063€	88.418.597€	112.222.660€	137.430.340€
2012	26.456.838€	20.380.039€	117.665.186€	138.045.225€	164.502.063€
2013	27.696.555€	4.715.937€	115.591.141€	120.307.078€	148.003.633€
2014	31.764.475€	2.676.761€	118.264.129€	120.940.890€	152.705.365€
2015	34.863.446€	1.196.424€	115.495.629€	116.692.053€	151.555.500€
2016	36.373.079€	296.219€	135.768.583€	136.064.802€	172.437.881€
Total	228.733.126€	100.525.040€	858.791.095€	959.316.135€	1.188.049.261€

*As unidades e Equipas de cuidados paliativos passaram a integrar a Rede Nacional de Cuidados Paliativos em 2017

Fonte: ACSS

4. Atividade do setor social e convencionado

O setor convencionado desempenha um papel complementar aos serviços prestados pelo SNS, sendo responsável por uma parcela significativa de despesa pública.

De facto, o valor faturado ao SNS pelas entidades convencionadas, no ano de 2016, sem contar com a área da diálise e as convenções SIGIC, foi de 393.722.037 euros, o que corresponde a um aumento de encargos de 2,8%, face ao valor faturado ao SNS em 2015, conforme demonstra o quadro da página seguinte.

Analisando a distribuição dos encargos por área de convenção, constata-se que mais de 40% dos encargos suportados pelo SNS estão relacionadas com a área das análises clínicas, seguindo-se a radiologia (24%), a medicina física e reabilitação (19%) e, recentemente, a endoscopia gastroenterológica que já atinge 10% do total.

Em termos homólogos, o crescimento mais acentuado da despesa ocorreu na área da endoscopia gastroenterológica, a qual aumentou 19,2%, correspondendo a mais de 7 milhões de euros, de 2015 para 2016.

Perante esta evidência, e analisando mais em detalhe esta área constatamos que foram efetuadas, em 2016, um total de 226.642 colonoscopias e procedimentos da área da endoscopia gastroenterológica. Destes, 200.784 foram efetuados com sedação ou analgesia (88% do total).

Desde 2011, tem sido muito acentuada a evolução do custo médio mensal com colonoscopias e procedimentos, totalizando

um valor mensal de 2.716.532 euros em 2016, o que representa +7,3% que em 2015 e +447,8% que em 2011, conforme demonstra o quadro da página seguinte.

Também a medicina física e de reabilitação sofreu um acréscimo significativo de encargos em 2016 (+19,2%), que corresponde a mais cerca de 6 milhões de euros, de 2015 para 2016.

Em sentido inverso, registou-se uma redução dos encargos com as análises clínicas (-2,3%), de 2015 para 2016.

Controlo da despesa no setor convencionado

Assumida a necessidade de convergência de esforços entre o Estado e os agentes económicos no controlo da despesa pública, sem prejuízo do acesso dos utentes às melhores práticas de diagnóstico e terapêutica, foram negociados, ainda em 2016, acordos entre o Ministério da Saúde e associações representativas do setor convencionado da saúde em diversas áreas como as análises clínicas, a radiologia e a diálise, tendentes ao controlo da despesa, numa lógica colaborativa entre as partes.

Neste contexto, acordaram-se descontos e reduções de preços que podem variar entre os 2% ou 3,5% consoante as áreas da prestação de cuidados envolvidas e as condições acordadas.

Quadro 81. Encargos no setor convencionado, por área de convenção

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var. 2016/2015
Análises Clínicas	219.153.133 €	184.513.055 €	144.831.576 €	144.839.892 €	151.516.160 €	157.182.469 €	153.562.944 €	-2,30%
Anatomia Patológica	4.180.475€	3.764.794€	2.985.644€	3.140.020€	3.473.148€	3.532.079€	4.099.066€	16,10%
Cardiologia	24.279.494€	20.661.398€	18.747.663€	19.233.130€	20.199.737€	20.375.100€	21.050.933€	3,30%
Medicina Nuclear	1.322.871 €	2.706.741€	4.190.659€	4.231.845€	3.986.516€	4.006.998€	4.307.627€	7,50%
Eletroencefalografia	594.708€	446.250€	309.768€	304.462€	269.401€	238.611€	225.818€	-5,40%
Endoscopia Gastroenterológica	11.726.605€	11.134.330€	10.610.837€	10.471.843€	22.439.921€	32.984.253€	39.315.826€	19,20%
Medicina Física e de Reabilitação	88.254.002€	79.826.334€	67.927.285€	61.361.500€	66.649.030€	67.979.695€	74.144.298€	9,10%
Otorrinolaringologia	191.567€	180.886€	110.291€	108.825€	134.190€	129.750€	135.267€	4,30%
Pneumologia e Imunoalergologia	2.266.081€	1.840.822€	1.331.361€	1.398.190€	1.537.262€	1.776.204€	1.853.379€	4,30%
Neurofisiologia	267.171€	211.228€	159.822€	137.356€	129.545€	101.724€	156.637€	54,00%
Radiologia	139.931.232€	112.560.397€	86.643.428€	86.684.241€	91.960.273€	94.612.987€	94.680.414€	0,10%
Especialidades Médico-Cirúrgicas	865.726€	379.019€	214.324€	186.584€	184.636€	182.598€	189.228€	3,60%
Psicologia	6.086€	5.882€	13.076€	12.237€	514€	459€	347€	-24,40%
Total	493.039.151 €	418.231.425 €	338.075.734 €	332.110.125 €	362.480.333 €	383.102.927 €	393.722.037 €	2,80%

Fonte: ACSS

Quadro 82. Evolução do custo médio mensal com colonoscopias e outros procedimentos efetuados no setor convencionado

2010	494.192€
2011	495.911€
2012	508.349€
2013	515.214€
2014	1.580.138€
2015	2.530.581€
2016	2.716.532€

Fonte: ACSS

Atividade convencionada na área da hemodiálise

De acordo com os dados da Plataforma de Gestão Integrada da Doença (PGID), a 31 de dezembro de 2016 existiam 1.180 doentes em programa crónico de diálise em ambulatório a ser tratados em unidades integradas no SNS e 9.822 doentes em tratamento em unidades do setor convencionado, que representa cerca de 89% de doentes em hemodiálise, valor semelhante ao do ano anterior.

O número de unidades prestadoras de cuidados de diálise (públicas e privadas) era de 114 no final de 2016, das quais a grande maioria pertence ao setor privado ou social (cerca de 81%).

O quadro da página seguinte apresenta a evolução absoluta do número de doentes em tratamento, por região de saúde, assim como o número de doentes por 10.000 habitantes, considerando os dados disponíveis sobre a estimativa de população residente em Portugal continental em 2015

Assim, e no que concerne ao ano de 2016, verifica-se um aumento absoluto e relativo do número de doentes em tratamento na região Norte, Lisboa e Vale do Tejo (onde estão 47% do total de doentes) e Alentejo, uma manutenção no Centro e uma redução no Algarve.

O gráfico ao lado demonstra que cerca de 35% dos doentes concentram-se na faixa etária dos 25 aos 64 anos de idade, e 38% dos doentes concentram-se na faixa etária igual ou superior a 75 anos de idade, à semelhança do observado em anos anteriores.

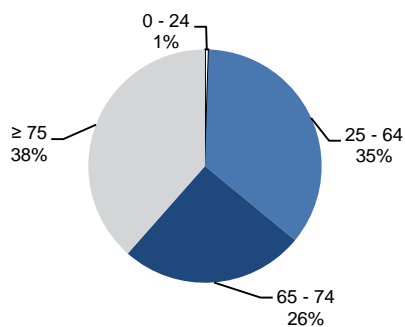
Em 2016, existia um número maior de doentes em tratamento do sexo masculino (59%) do que do sexo feminino (41%). Esta conclusão mantém-se válida quando se analisa a proporção de doentes por género e faixa etária e por género em cada região de saúde. Salienta-se, no entanto, que nas regiões de saúde do Centro e do Algarve a proporção de doentes do sexo masculino é superior à média nacional e à proporção observada nas restantes regiões, como demonstrado pelo gráfico seguinte.

Quadro 83. Número de doentes por ARS por 10.000 habitantes 2014 - 2016

ARS	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	Número de doentes	Número de doentes / 10.000 Hab.	Número de Doentes	Número doentes / 10.000 Hab.	Número de doentes	Número de doentes / 10.000 Hab.	Número de doentes	Número de doentes / 10.000 Hab.	Número de doentes	Número de doentes / 10.000 Hab.	Número de doentes	Número de doentes / 10.000 Hab.	Número de doentes	Número de doentes / 10.000 Hab.
Norte	2.593	6,9	2.715	7,4	2.797	7,6	2.795	7,7	2.962	8,1	2.993	8,3	3.169	8,8
Centro	1.688	9,5	1.501	8,6	1.577	9,2	1.619	9,5	1.767	10,4	1.695	10	1.690	10
Lisboa e Vale do Tejo	3.956	10,8	4.424	12,1	4.515	12,4	4.750	13,1	4.823	13,3	5.045	13,9	5.128	14,1
Alentejo	454	9	557	10,9	550	10,8	582	11,7	575	11,6	594	12,1	603	12,3
Algarve	367	8,5	416	9,2	406	9,1	389	8,8	412	9,3	426	9,6	412	9,3
Total	9.058	8,9	9.613	9,6	9.845	9,9	10.135	10,2	10.539	10,6	10.753	10,9	11.002	11,1

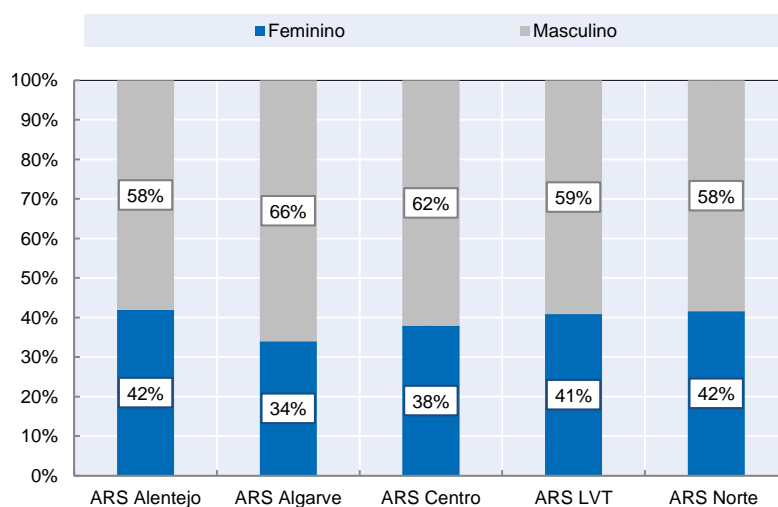
Fonte: ACSS e SPMS

Gráfico 64. Distribuição de doentes por faixa etária em 2016



Fonte: ACSS e SPMS

Gráfico 65. Distribuição de doentes por género e por região de Saúde em 2016



Fonte: ACSS e SPMS

Em Portugal, o tratamento da insuficiência renal crónica (IRC) em ambulatório é, primordialmente, realizado no seio do setor privado/social, através dos tratamentos de hemodiálise, sendo o acesso dos cidadãos do SNS assegurado através de convenções.

Tratando-se, a IRC, de uma condição crónica que exige a prestação de um conjunto de cuidados (e.g. sessões de diálise, medicamentos, MCDT), o Ministério da Saúde promoveu uma abordagem de gestão integrada da doença, que garantisse aos doentes o acesso à maioria dos cuidados inerentes à sua condição, no mesmo local de prestação e sem necessidade de deslocação ao hospital de referência (e.g. para levantamento de medicação). Antes da implementação do modelo, a convenção apenas garantia ao doente em diálise, no próprio local de prestação, o acesso aos tratamentos dialíticos, sendo as restantes componentes asseguradas em outras sedes.

O estabelecimento de um preço compreensivo e a prestação de um conjunto de cuidados de forma integrada representou, então, uma profunda alteração na forma de aquisição dos serviços de saúde pelo SNS, no seio do SCS.

A evolução observada no quadro seguinte permite constatar que os custos com hemodiálise aumentaram entre 2010 e 2016 (cerca de 8%), movimento esse acompanhado pelo aumento de doentes em tratamento no nosso país. As reduções de despesa observadas em alguns anos (2013 face a 2012, por exemplo) coincidem com períodos de redução dos preços praticados.

As Regiões de Saúde do Norte e de Lisboa e Vale do Tejo são aquelas que tiveram custos totais mais elevados, o que se justifica por serem as regiões com maior número de doentes.

Conforme se verifica nos quadros ao lado, suportados nos dados constantes da Plataforma que suporta a informação sobre os tratamentos de hemodiálise em Portugal, o número de doentes em tratamento de hemodiálise é crescente, tendo-se observado um aumento de cerca de 20% no período 2010-2016, sendo que se incluem, nestes números, doentes migrantes ao abrigo dos regulamentos comunitários.

Quadro 84. Evolução dos custos por ARS

ARS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016*
Norte	74.564.057€	72.596.308€	68.280.092€	71.711.003€	78.950.076€	75.917.518€	80.095.784€
Centro	36.578.431€	41.271.698€	37.092.207€	38.689.647€	38.057.695€	39.691.077€	39.241.533€
Lisboa e Vale do Tejo	113.246.297€	113.188.411€	116.918.914€	119.868.235€	124.870.654€	125.973.366€	117.795.302€
Alentejo	11.561.162€	12.503.588€	12.142.307€	16.429.601€	16.140.383€	14.472.760€	18.065.411€
Algarve	10.595.261€	10.166.354€	9.669.495€	9.875.210€	10.420.156€	10.722.362€	10.989.226€
Total	246.545.208€	249.726.359€	244.103.015€	256.573.696€	268.438.964€	266.777.82.74€	266.187.256€

Fonte: ACSS e SPMS

Quadro 85. Custos por doente por região de saúde

ARS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Norte	28.756€	26.739€	24.411€	25.656€	26.654€	25.409€	25.836€
Centro	21.669€	27.496€	23.520€	23.897€	21.538€	20.798€	23.264€
Lisboa e Vale do Tejo	28.626€	25.585€	25.895€	25.235€	25.890€	25.294€	24.067€
Alentejo	25.465€	22.448€	22.076€	28.229€	28.070€	24.565€	31.046€
Algarve	28.869€	24.438€	23.816€	25.386€	25.291€	25.169€	26.939€
Total	27.218€	25.978€	24.795€	25.315€	25.471€	24.572€	24.943€

Fonte: ACSS e SPMS

5. Avaliação do sistema de saúde

O sistema de saúde português é reconhecido como sendo um dos que revelam melhor desempenho a nível mundial, sob várias perspetivas de análise.

No presente ponto deste documento destacamos alguns dos estudos e análises recentemente publicadas, onde o desempenho de Portugal é referido.

KidsRights Index

Portugal é líder mundial na proteção dos direitos das crianças.

De acordo com um relatório de 2017 e com base nos resultados alcançados em 2016 em Portugal, a organização internacional dos direitos da criança *KidsRights*, em parceria com a *Erasmus University*, destaca que Portugal é líder mundial na proteção dos direitos das crianças.

A posição cimeira de Portugal é justificada pelos bons resultados nos campos da legislação infantil, saúde e educação.

Os números fazem parte do relatório *KidsRights Index 2017* (índice de direitos da criança de 2017) que apresenta o *ranking* global anual dos desempenhos dos países em relação aos direitos das crianças.

Dos 165 países analisados, evidencia-se que as cinco primeiras posições ficaram para Portugal, Noruega, Suíça, Islândia, Espanha e França, respetivamente.

A análise assenta em 23 indicadores, 16 quantitativos e sete qualitativos, agrupados em cinco domínios: direito à vida, direito à saúde, direito à educação, direito à proteção,

e criação de um ambiente favorável ao cumprimento dos direitos da criança.

A pesquisa baseia-se em dados quantitativos publicados e regularmente atualizados pela Unicef e dados qualitativos publicados pelo Comité dos Direitos da Criança da Organização das Nações Unidas (ONU) para todos os países signatários da Convenção sobre os Direitos da Criança da ONU.

Euro Health Consumer Index 2016 (classificação anual dos sistemas de saúde nacionais da Europa)

O *Euro Health Consumer Index* (EHCI) é uma classificação anual dos sistemas de saúde nacionais da Europa, organizada em seis áreas (direitos e informação dos doentes; acessibilidade – tempos de espera para tratamentos; resultados; diversidade e abrangência dos serviços prestados; prevenção e produtos farmacêuticos).

O EHCI é compilado a partir de estatísticas públicas e de investigação independente, sendo a sua execução da responsabilidade da *Health Consumer Powerhouse*, organização de origem sueca. Nesta abordagem, o consumidor detém uma posição central.

De acordo com o *Euro Health Consumer Index 2016* (classificação anual dos sistemas de saúde nacionais da Europa), Portugal obtém uma pontuação de 763 pontos, ficando na 14.^a posição no *ranking*.

Portugal, pela primeira vez, ficou à frente do Reino Unido (15.^a) e de Espanha (18.^o).

Na edição de 2015, Portugal surgiu com 691 pontos, ocupando a 20.^a posição entre 35 países. A melhoria no que respeita à acessibilidade permitiu subir seis pontos, na avaliação internacional, face ao ano anterior. Em 2016, direitos dos doentes e informação, resultados e prevenção foram as áreas mais cotadas no sistema de saúde português.

Quadro 86. **Evolução de Portugal no *Euro Health Consumer Index***

Ano	Posição no índice
2012	25. ^a
2013	16. ^a
2014	13. ^a
2015	20. ^a
2016	14. ^a

Fonte: EHCI

É apresentada, pela primeira vez, uma ordenação do custo-eficiência nos cuidados de saúde “*Bang for the Buck*”. Portugal coloca-se na 10.^a melhor posição, na relação entre os gastos em saúde e os resultados. Note-se que esta classificação está a par da Holanda (11.^a posição), país que por sua vez ocupa o 1.^o lugar do índice de performance.

Desde 2009, Portugal, através DGS, tem vindo a colaborar com este projeto, respondendo às suas perguntas e pedidos de esclarecimento.

Estudo internacional, divulgado pelo *The Lancet* - Portugal no 22.^o lugar do ranking

“Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries”

Um estudo internacional, divulgado pelo jornal britânico especializado em saúde *The Lancet*, revela que a saúde melhorou a nível mundial, desde o ano 2000, nomeadamente na mortalidade infantil e neonatal e no acesso aos cuidados de saúde, entre outros indicadores. Portugal está entre os 22 melhores países do mundo no que respeita à saúde dos seus habitantes.

Com 78 pontos, Portugal surge na 22.^a posição, pressionado pelos maus resultados em indicadores como o VIH/SIDA ou o excesso de peso. Portugal surge acima de países como França (24.^o), Grécia (26.^o) ou os EUA (28.^o), mas abaixo de Espanha (7.^o), Irlanda (13.^o) ou Itália (20.^o).

Nas conclusões, os cientistas liderados por Stephen Lim, do Instituto para a Métrica e a Avaliação da Saúde na Universidade de Washington, em Seattle, EUA, referem que embora 60% dos países já tenham alcançado algumas metas para 2030 – redução da mortalidade materna (menos de 70 mortes em cada 100 mil nados vivos) e infantil (25 mortes em cada mil nados vivos) -, nenhum país alcançou qualquer das nove metas para a eliminação total de doenças como a tuberculose e o VIH/SIDA.

O estudo permite ainda concluir que menos de um quinto dos países conseguiu eliminar o baixo peso e baixa estatura nas crianças com menos de 5 anos ou alcançar o acesso universal a fontes seguras e económicas de água e saneamento.

No caso português, questões como a subnutrição, a malária, a qualidade da água, as mortes por desastres naturais ou pela

guerra estão entre as categorias com valor máximo. De todas as categorias analisadas, apenas duas têm uma pontuação inferior a 50 pontos: o excesso de peso e o VIH/SIDA. O tabaco, o álcool e o número de suicídios também são indicadores com valores baixos, ainda que superiores a 50 pontos.

Entre os outros países lusófonos, o Brasil reúne 60 pontos e fica na 90.^a posição, com a violência como o pior indicador. Timor-Leste e Cabo Verde, no 122.^o e 123.^o lugares, respetivamente, têm ambos 53 pontos. Timor-Leste tem a malária como o pior indicador, enquanto em Cabo Verde são a água e a higiene os indicadores com piores resultados.

No fim da lista surgem a República Centro-Africana (20 pontos), a Somália e o Sudão do Sul (ambos com 22 pontos).

Índice de sustentabilidade do SNS

“Estudo: Sustentabilidade na saúde 4.0 – Investimento em saúde e impacto na vida laboral” (Universidade Nova de Lisboa – Nova IMS)

O índice de sustentabilidade é calculado tendo em conta não só a qualidade dos cuidados de saúde na ótica dos cidadãos, como também os indicadores disponíveis sobre a qualidade técnica do SNS, a atividade registada e a despesa. Esta iniciativa visa continuar a promover a discussão em torno da sustentabilidade da Saúde em Portugal, particularmente do SNS.

O SNS está mais sustentável e produtivo com um aumento da atividade, do financiamento e um menor crescimento da despesa.

Segundo o estudo, desenvolvido pela *Nova Information Management School* (Nova IMS), da Universidade Nova de Lisboa, o financiamento do SNS subiu 3,1% e a despesa cresceu 1,2% menos do que tinha acontecido em 2015, o que contribuiu para aumentar o índice de sustentabilidade do SNS. De acordo com este estudo, a eficácia do SNS, que tinha baixado entre 2014 e 2015, aumentou no ano passado, subindo para 71.1 pontos (+0,9).

O financiamento do SNS em 2015 atingiu 8,65 mil milhões de euros e em 2016 este valor subiu 3,1% para os 8,93 mil milhões de euros. A despesa tinha crescido 1,7% para os 9,03 mil milhões de euros em 2015. Em 2016 cresceu em menor proporção (1,2%), atingindo os 9,13 mil milhões de euros.

O aumento de atividade mais significativo foi nos cuidados de saúde primários.

Avaliação externa das políticas de saúde

O XXI Governo Constitucional estabeleceu no seu Programa que o SNS é a grande conquista do Estado Social no nosso País, tendo gerado ganhos em saúde que nos colocaram ao nível do resto da Europa.

Todavia, a crise e a fraca definição de políticas não permitiram a utilização mais eficiente dos recursos escassos e da correção das desigualdades no acesso, faltando visão estratégica e capacidade para executar as reformas organizativas indispensáveis. O revigoração e a recuperação do SNS e do seu desempenho constituem, por isso, um dos mais árduos desafios para a próxima década, sendo um teste decisivo à

determinação política na defesa do Estado. Neste contexto, a avaliação sistemática da evolução do desempenho dos sistemas de saúde e das políticas de saúde associadas a esse desempenho constitui um exercício necessário à boa governança na saúde.

Considerando que foram estabelecidos em Protocolo de 30 de novembro de 2016 celebrado entre o Ministério da Saúde, a Organização Mundial da Saúde e o Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, os termos de referência da avaliação externa das políticas de saúde do país (2010-2018) a desenvolver no período 2016-2019;

Considerando o objetivo de essa avaliação ser apresentada antes do final da presente legislatura e a necessária disponibilidade de apoio nacional na recolha de informação, preparação de documentos e análise crítica de informação, importa criar um grupo de trabalho que colabore, facilite e apoie as organizações internacionais acima referidas, neste exercício.

O Ministério da Saúde constituiu o grupo de trabalho de apoio à Avaliação Externa das Políticas de Saúde, com o objetivo de colaborar com a OMS e o Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, no planeamento e preparação da avaliação externa das políticas de saúde do país (2010-2018) a desenvolver no período 2016-2019, competindo-lhe acompanhar a execução dos trabalhos, elaboração de documentos e divulgar os seus resultados.

Social.

Reclamações, sugestões e elogios

O Sistema de Gestão de Reclamações (SGREC) da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) é a aplicação informática que tem por finalidade recolher e registar as reclamações, sugestões e elogios dirigidos aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde sujeitos à regulação da ERS, permitindo simultaneamente a monitorização do seguimento que lhes é dispensado pelos visados.

Em 2016, foram submetidos no SGREC 69.511 processos REC, o que representa um crescimento de 24,5% em relação ao 2015. No entanto, não pode afirmar-se que tenham existido mais reclamações no sistema de saúde em 2016 em relação a 2015, mas sim que apenas a partir de maio de 2015 as reclamações relativas a todos os prestadores de cuidados de saúde dos setores público, privado e social passaram a estar efetivamente centralizadas na ERS.

A distribuição dos processos por tipologia revela que 84,8% foram classificados como reclamações/queixas, 13,5% como elogios/louvores e 1,7% como sugestões.

Destaca-se que a análise da evolução mensal do volume de reclamações submetidas à ERS confirma a tendência verificada no global dos processos REC: apenas a partir mês de junho de 2015 se começou a registar sistematicamente um volume mensal de processos REC equiparável aos valores persistentes de 2016.

Dos 59.224 processos REC classificados como reclamações submetidas no SGREC em 2016,

70,2% foram dirigidos a prestadores do setor público e, em todos os setores, foram mais reclamados os prestadores com internamento.

Dado que o SGREC permite selecionar mais do que um tema/assunto para cada reclamação, há que ter em atenção que a soma das ocorrências por tema não coincide com o valor total de reclamações. A temática mais recorrentemente assinalada nas reclamações é a dos “tempos de espera” (com 19,4% das ocorrências, em 24,2% dos processos de reclamação), seguindo-se os “procedimentos administrativos” (18,6% das ocorrências, em 23,3% das reclamações) e a “focalização no utente” (15,6% de ocorrências em 19,5% dos processos). A comparação entre 2015 e 2016 dos pesos relativos dos vários temas no total de ocorrências permite constatar que, apesar da inversão das posições, os dois temas mais visados nas reclamações continuam a ser os “tempos de espera” e os “procedimentos administrativos”, tendo a “focalização no utente” substituído os “cuidados de saúde e segurança do doente” na 3.^a posição.

Reclamações/Queixas

Em 2016, foram submetidos no SGREC 59.224 processos classificados como reclamações, dos quais 70,2% dirigidos a prestadores do setor público.

Independentemente da sua natureza jurídica, 62,6% das reclamações foram dirigidas a estabelecimentos com internamento.

O tema mais assinalado em 2016 foi o dos “tempos de espera” (com 19,4% das ocorrências, em 24,2% dos processos de

reclamação), particularmente o tempo de espera para atendimento clínico não programado superior a uma hora. Seguiram-se os “procedimentos administrativos”, em especial a qualidade da informação institucional disponibilizada, e, em terceiro lugar, a “focalização no utente”, salientando-se as questões relacionadas com delicadeza/urbanidade do pessoal clínico.

Elogios/Louvores

Dos 9.438 elogios submetidos à ERS, em 2016, 54,1% referem-se a unidades do setor público. Em todos os setores foram mais elogiados os estabelecimentos com internamento.

Sugestões

Dos 1.167 processos REC submetidos à ERS, em 2016, que foram classificados como sugestões, 67,4% referem-se a estabelecimentos do setor público.

Em todos os setores houve um volume superior de sugestões em estabelecimentos com internamento.

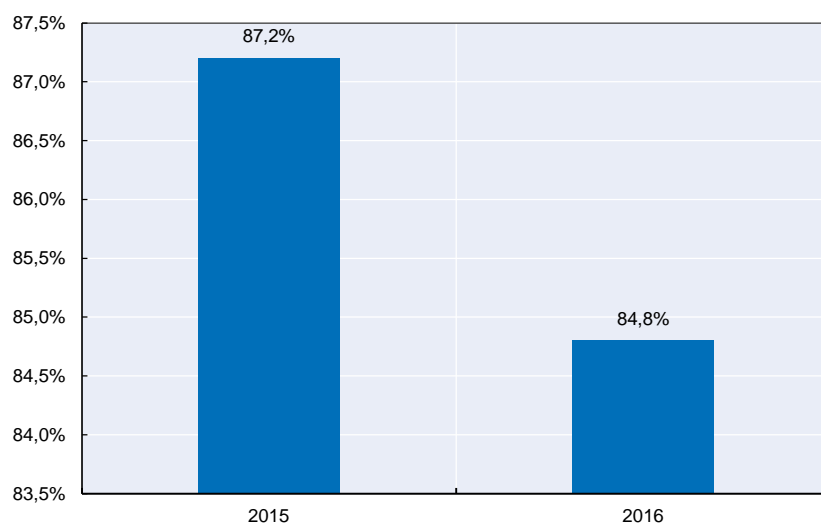
A maioria das sugestões foi dirigida à qualidade das instalações, com 27,3% de ocorrências em 27,2% dos processos.

Processos de reclamação terminados (incluem reclamações/queixas, elogios/louvores e sugestões)

Em 2016, a ERS emitiu a decisão final e procedeu ao arquivamento de 52.642 processos REC, o que representa um crescimento de 165,6% em relação ao ano de 2015.

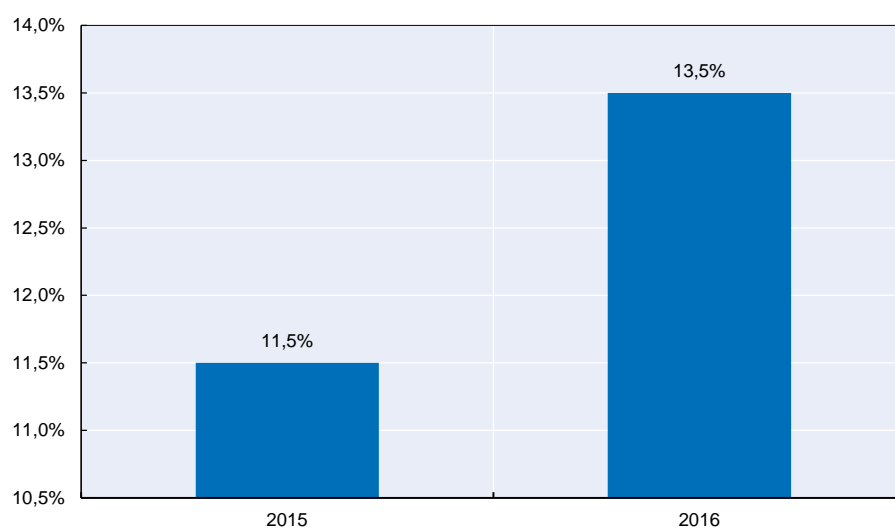
Em 71% das situações não houve necessidade de atuação acrescida por parte do regulador. 1,6% dos processos REC terminados foram objeto de intervenção regulatória diferenciada, salientando-se, dentro deste grupo, 15,2% que originaram processos de avaliação para aprofundamento da averiguação da atuação do prestador e 6% que foram objeto de proposta de fiscalização.

Gráfico 66. Evolução das reclamações 2015 - 2016



Fonte: ERS

Gráfico 67. Evolução dos elogios 2015 - 2016



Fonte: ERS

6. Conselho de Ministros dedicado ao SNS - 15 de setembro de 2016

O SNS nasceu em Portugal no dia 15 de setembro de 1979, com a publicação da Lei n.º 56/79, assegurando a todos os portugueses o acesso universal e gratuito a cuidados de saúde. Ao longo de mais de três décadas, o SNS gerou ganhos em saúde que nos colocaram ao nível do resto da Europa, prolongou a vida e a sua qualidade a milhões de portugueses e reduziu muitas das desigualdades que durante séculos nos marcaram.

O XXI Governo Constitucional decidiu assinalar o 37.º aniversário do Serviço Nacional de Saúde reafirmando o compromisso de promover o acesso livre, gratuito e universal à saúde pública, reduzindo as desigualdades entre cidadãos e reforçando a qualidade dos serviços prestados.

Em cumprimento desses objetivos, o Conselho de Ministros aprovou, a 15 de Setembro, um conjunto de diplomas que reforçam a prioridade dada ao serviço público de saúde através do aumento da eficácia e eficiência do SNS, da promoção ativa da equidade, da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, do reforço da participação do cidadão nas esferas de decisão, e da valorização da saúde pública.

No que respeita à promoção da equidade no acesso à saúde, destacam-se as seguintes medidas:

- Aprovação dos termos e as condições da atribuição de incentivos à mobilidade geográfica de médicos e fixação em

regiões menos favorecidas, no sentido de permitir que os serviços mais carenciados possam vir a aumentar a sua dotação de pessoal médico, melhorando deste modo o acesso aos cuidados de saúde junto da população que servem.

- Os Direitos e Deveres do Utente dos Serviços de Saúde foram alterados visando alcançar três objetivos: habilitar a definição de tempos máximos de resposta garantidos para prestações de cuidados de saúde programados que atualmente não têm tempos definidos, nomeadamente em relação aos procedimentos associados ao fluxo dos doentes na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e na Rede Nacional de Cuidados Paliativos; estabelecer o Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA); e aprofundar a disponibilização de informação em tempo real sobre o desempenho das instituições e o acesso dos utentes ao Serviço Nacional de Saúde através do Portal SNS.
- A criação do Centro Nacional de TeleSaúde enquadra-se numa nova estratégia para o setor da saúde, através da prestação de serviços clínicos de tele saúde no quadro dos serviços partilhados de telemedicina, contribuindo para melhorar a governação e a eficiência do SNS, com base em soluções de modernização e integração das tecnologias da informação no âmbito dos serviços partilhados.

Para valorizar a saúde pública, procurando assim obter ganhos que beneficiem a qualidade de vida dos cidadãos, procedeu-se:

- Aprovação do projeto de proposta de lei que altera a Lei do Tabaco, incluindo no conceito de fumar novos produtos do tabaco sem combustão, bem como medidas de exposição ao fumo ambiental, publicidade e promoção. A proposta de lei prevê também a proibição de fumar nos parques infantis e nas áreas situadas junto das portas e janelas dos estabelecimentos de cuidados de saúde e dos estabelecimentos de ensino. As normas agora aprovadas visam proteger os cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco, assim como contribuir para a prevenção e controlo do consumo.
- Lançamento da Estratégia de Promoção da Alimentação Saudável, que procura incentivar o consumo alimentar adequado e a consequente melhoria do estado nutricional dos cidadãos, com impacto direto na prevenção e controlo das doenças crónicas. Esta estratégia passará por uma redução do consumo excessivo de açúcar e sal e pela promoção da disponibilidade dos alimentos enquadrados num padrão alimentar saudável aos cidadãos.
- Alteração à tabela de substâncias psicotrópicas, passando o regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas a acolher as medidas necessárias da Decisão n.º 2014/688/UE, do Conselho, e da Decisão n.º 114/14 (2015) de 7 de março de 2016, da Comissão de Estupefacientes das Nações Unidas.

Para aumentar a eficácia e eficiência do SNS foram aprovadas medidas no âmbito da gestão dos hospitais e da circulação de informação clínica, assim como da melhoria da governação do SNS:

- Foi definido o Regime Jurídico e os Estatutos aplicáveis às unidades de saúde do SNS com a natureza de Entidades Públicas Empresariais, bem como as integradas no Setor Público Administrativo. O objetivo é melhorar a articulação entre os diferentes níveis de cuidados, designadamente os cuidados de saúde hospitalares, os cuidados de saúde primários e os cuidados continuados integrados e paliativos, ao mesmo tempo que se obtém maior transparência nos processos de recrutamento e se formam equipas mais profissionalizadas. Abriu-se a possibilidade de criação de Centros de Responsabilidade Integrada (CRI) com vista a potenciar os resultados da prestação de cuidados de saúde; o conselho de administração passa a integrar um elemento proposto pelo membro do Governo responsável pela área das finanças passa a incluir-se no conselho de administração, no caso das unidades locais de saúde, de um vogal proposto pela respetiva Comunidade Intermunicipal (CIM) ou Área Metropolitana.
- Foi aprovada a proposta de lei que cria e regula o Registo Oncológico Nacional, o qual agrega numa única plataforma informática os diversos registos regionais, garantindo-se a uniformidade dos dados e da informação tratada e permitindo-se a

sua utilização para avaliação epidemiológica e análise da efetividade dos rastreios e terapêuticas.

- Seguindo as melhores práticas internacionais, e de forma a obter-se maior transparência, foram aprovados os princípios gerais relativos às atividades de promoção e publicidade por parte das empresas produtoras, distribuidoras ou vendedoras de medicamentos ou dispositivos médicos.
- Foi aprovado o Regime Jurídico das Farmácias de Oficina, medida que visa agilizar os processos de comunicação e registo de situações relativas à alteração de propriedade das farmácias, contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços preconizada pelo programa Simplex+, através da simplificação e redução de custos.
- A aprovada Estratégia Nacional para o Ecosistema de Informação de Saúde 2020 visa criar as condições para tornar o ecossistema uma referência de boas práticas e promover a entrega de benefícios, a gestão de riscos e a otimização dos recursos.
- A Estratégia Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde 2016-2020 congrega um conjunto de compromissos e políticas públicas que permite conciliar o rigor orçamental com o acesso à inovação terapêutica.
- A qualidade dos cuidados de saúde prestados à população será, por sua vez, melhorada através das seguintes medidas, hoje aprovadas:

- O Ato em Saúde que, através da definição e regulamentação dos atos do biólogo, do enfermeiro, do farmacêutico, do médico, do médico dentista, do nutricionista e do psicólogo, procura garantir a sinergia entre os vários grupos de profissionais envolvidos simultaneamente ou de forma articulada na prestação de cuidados de saúde, valorizando-se o trabalho em equipa e a interdependência.
- Definição do regime jurídico da qualidade e segurança relativa à dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento, distribuição e aplicação de tecidos e células de origem humana e os procedimentos de verificação da equivalência das normas de qualidade e segurança dos tecidos e células importados;
- Medida integrada no programa Simplex+, foi regulado o licenciamento, o funcionamento e a fiscalização do exercício da atividade das unidades privadas que atuam na área do tratamento ou da recuperação de toxicodependentes, e definidos os requisitos a que devem obedecer as suas instalações, organização e funcionamento, clarificando a efetiva competência da Entidade Reguladora da Saúde.

Com o objetivo de reforçar o poder do cidadão no SNS, promovendo disponibilidade, acessibilidade, comodidade, celeridade e humanização dos serviços, o Governou aprovou a nomeação de Jorge Simões e Maria do Céu Machado como presidente e vice-presidente, respetivamente, do Conselho Nacional de Saúde, órgão

independente cuja missão passa por garantir a procura de consensos alargados relativamente à política de saúde.

Foi ainda lançada a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável, através da assinatura de um Despacho Conjunto por parte do Ministro do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e do Ministro da Saúde, com os objetivos de, através da cooperação entre os diferentes setores, definir uma estratégia do envelhecimento ativo e da solidariedade entre gerações e contribuir para o desenvolvimento de políticas que melhorem a qualidade de vida dos idosos, que representam mais de um quinto da população portuguesa.

Anexos

Anexo 1. Medidas SIMPLEX

Medida Simplex +	Descrição da medida	Prazo de implementação previsto
Atestado Médico Multiuso Digital (Medida #53)	Uniformizar e desmaterializar o processo de emissão e transmissão de dados de atestados médicos de incapacidade, através de um registo nacional.	1.º Trimestre 2017
Receita sem papel Plus (Medida #205)	Promover a desmaterialização integral em todo o território nacional da receita de medicamentos através de acessos eletrónicos autenticados para os cidadãos e profissionais de saúde.	1.º Trimestre 2017
App MySNS (Medida #44)	Disponibilizar num portal único do Ministério da Saúde canais de comunicação e de informação interativos, com destaque para as áreas da promoção da saúde, transparência e informação acessível ao cidadão. Desenvolver novos serviços digitais e recursos dedicados à educação para a saúde, literacia e auto-cuidados, a disponibilizar na área do Cidadão do portal (por exemplo, o pagamento de taxas moderadoras através de referência multibanco) e na vertente de aplicações móveis.	1.º Trimestre 2017
Registo de Saúde Eletrónico + (Medida #215)	Disponibilizar o acesso aos dados clínicos dos utentes pelos prestadores de cuidados de saúde dos setores público, privado e social, contribuindo para a criação de uma visão completa dos dados de saúde do cidadão. Será desenvolvido o "repositório de informação clínica anonimizado" (RICA) e o "repositório de informação relativa ao cartão de pessoa com doença rara" (RARO), com os respetivos mecanismos de governança e segurança.	1.º Trimestre 2017
ADSE na sua mão (Medida #28)	Disponibilizar o serviço de pedido de reembolso via web e, em seguida, via aplicação para mobile. O beneficiário poderá, através do site da ADSE Direta, submeter documentação para pedido de reembolso, preencher o pedido de reembolso e anexar a documentação de suporte. Com esta funcionalidade, o sistema ADSE irá gerar um documento com um código de barras para que os beneficiários possam, posteriormente, remeter os documentos físicos originais à ADSE.	2.º Trimestre 2017
Geo INEM (Medida #124)	Desenvolver soluções de georreferenciação, gestão de meios do INEM e telemedicina baseadas em protocolos uniformizados e integrados com os instrumentos e ferramentas disponíveis nos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e nos meios do INEM.	4.º Trimestre 2017
SIGA SNS (Medida #238)	Facilitar e agilizar o acesso aos cuidados de saúde através do desenvolvimento do sistema integrado de gestão do acesso no SNS (SIGA SNS), com base em quatro iniciativas: a) Desenvolvimento do "Livro Acesso aos Cuidados de Saúde" (LAC) - adaptação dos sistemas de informação das unidades de prestação de cuidados de saúde para facilitar a escolha da unidade hospitalar em processos de referenciação dos cuidados de saúde primários, disponibilizando um indicador de tempo médio de espera; b) Operacionalização do "Voucher de acesso e integração de cuidados de saúde" (VAI) - produção de um Formulário de Indicação de Cuidados e Acessos (FIC) pelos profissionais de saúde, no âmbito da Plataforma de Dados de Saúde (PDS), com a informação clínica que originou a necessidade de referenciação, e com a possibilidade de notificação eletrónica da entidade de destino; c) Implementação dos "Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) sem papel (MSP)" - desmaterialização do fluxo de pedido de MCDT e de acesso aos resultados; d) Desenvolvimento do "Voucher eletrónico de transporte de doentes não urgentes" - desmaterialização de processos de requisição eletrónica, gestão de pedidos e rotas, e gestão dos processos de conferência da faturação; desenvolvimento de aplicação móvel para controlo da localização do doente e do estado do processo. Desmaterializar a comunicação de dados administrativos e clínicos entre prestadores de cuidados de saúde e com o cidadão, no âmbito dos cuidados de saúde associados ao nascimento, pediatria e adolescência. Esta medida engloba 4 subiniciativas:	1.º Trimestre 2017
Nascer com médico de família e boletins de saúde eletrónicos (Medida #1)	- Nascer Utente - atribuição de médico de família na maternidade; - Notícia de Nascimento Digital - desmaterialização da Notícia de Nascimento, promovendo um reforço da articulação entre Hospitais e Cuidados de Saúde Primários e melhorando a qualidade da continuidade dos cuidados prestados à criança e à família; - eBoletim de Saúde Infantil e Juvenil - versão digital do Boletim de Saúde infantil e juvenil, para registo e consulta de pais, cuidadores e profissionais, incluindo os do setor privado, através do Portal SNS, que permite o envio de notificações; - Boletim de Vacinas Eletrónico - versão digital do Boletim de Vacinas, acessível através do Portal SNS aos cidadãos e profissionais, incluindo os do setor privado, para registo e consulta, que também permite notificações, e promove um mais célere e eficaz acompanhamento do Plano Nacional de Vacinação pela Direção-Geral da Saúde.	1.º Trimestre 2017
APP Poupe na Receita + (Medida #46)	Acrescentar funcionalidades na aplicação "Poupe na Receita", nomeadamente o custo dos medicamentos, a localização das farmácias e o esclarecimento de dúvidas.	4.º Trimestre 2016
ADSE Direta + (Medida #27)	Permitir que o registo do beneficiário ADSE seja automaticamente atualizado com a leitura do Cartão do Cidadão. Possibilitar ainda a desmaterialização do envio para a ADSE dos documentos que comprovam o copagamento das despesas de saúde, bem como do acompanhamento do processo de reembolso.	2.º Trimestre 2017

Saúde.doc (Medida #231)	Desenvolver uma plataforma de gestão documental interna ao Ministério da Saúde, que permita: uniformizar os canais de informação e partilha de dados e desmaterializar os processos administrativos para todas as entidades. As áreas de informação prioritárias são a informação clínica e a informação administrativo-legal.	2.º Trimestre 2016 (piloto – Setembro)
Medicamento direto (Medida #160)	Desmaterializar a plataforma eletrónica de aquisição direta de medicamentos (ADMED) pelas clínicas médicas e clínicas médicas dentárias, de forma a simplificar o processo de autorização de aquisição de medicamentos aos fabricantes, importadores e distribuidores.	4.º Trimestre 2016
Alerta pessoas em risco (Medida #34)	Implementação, na aplicação de registo clínico dos meios de emergência médica, de uma sinalização de cidadãos em situação de risco.	1.º Trimestre 2018
Centro Contacto do SNS (Medida #71)	Disponibilizar ao cidadão, através de um ponto de contacto único e multicanal, um conjunto de informações e serviços que simplifiquem o acesso e a utilização do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nomeadamente: a) informação geral; b) saúde pública; c) aconselhamento farmacêutico; d) triagem, aconselhamento e encaminhamento; e) apoio à utilização de serviços digitais - telecuidados. A medida substitui os serviços de atendimento Saúde 24.	1.º Trimestre 2017
Registo Eletrónico de Certificados de Incapacidade Temporária (Medida #216)	Uniformizar os modelos de Certificados de Incapacidade Temporária (CIT) e desmaterializar os processos associados à sua emissão (incluindo os novos modelos “Doença Direta” e “Doença Profissional”), promovendo a interoperabilidade entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Segurança Social.	1.º Trimestre 2017
App Bolsa Eletrónica de Saúde (Medida #39)	Desenvolver uma aplicação que permita disponibilizar, mesmo em offline, os vários boletins com informação do Sistema Nacional de Saúde, notificações personalizadas e tradução no estrangeiro. Esta aplicação possibilitará ainda aceder ao resumo clínico do utente, ao boletim de vacinas, à receita sem papel, ao testamento vital e ao calendário do utente.	1.º Trimestre 2017
Tecnologias@saúde (Medida #250)	Desenvolver um sistema de informação que possibilite a recolha de dados provenientes de diversas fontes, nomeadamente os registos nacionais de doença e sistemas de informação dos hospitais. Este sistema permitirá avaliar os resultados obtidos pelo medicamento ou dispositivo médico e consequentemente sinalizar, de forma mais eficiente, o financiamento das tecnologias da saúde relativamente aos mesmos medicamentos e dispositivos médicos.	1.º Trimestre 2017
MSaúde Pessoas (Medida #162)	Otimizar os processos de contratação e mobilidade nas entidades do Ministério da Saúde, através da interoperabilidade da plataforma de recursos humanos.	1.º Trimestre 2017
Emergência médica digital (Medida #107)	Informatizar o registo de ocorrências efetuadas pelos Postos de Emergência Médica (PEM), bem como pelos meios integrados nos Serviços de Urgência: Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) e Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV).	1.º Trimestre 2018
Saúde transfronteiriça digital (Medida #230)	Otimizar o sistema de apoio à gestão da mobilidade de doentes no âmbito dos Cuidados de Saúde Transfronteiriços (plataforma SAGMD), de forma a garantir a agilização dos processos de autorização prévia e reembolso eletrónico.	1.º Trimestre 2017
Em contato com a Entidade Reguladora Saúde (Medida #106)	Desenvolver uma linha de atendimento da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), com as seguintes funcionalidades: a) Consulta do estado do processo da reclamação, bem como da decisão e respetiva fundamentação; b) Pré-preenchimento de formulários; c) Envio de certidões de registo; d) Envio de toda a documentação relativa ao processo de licenciamento; e) Apoio a todo o procedimento de acesso ao Sistema de Gestão de Reclamações (SGREC).	4.º Trimestre 2016
Registo nacional de dadores sempre atualizado (Medida #218)	Possibilitar a atualização automática dos dados relativos aos dadores de sangue, implementando soluções de interoperabilidade entre os diversos sistemas de registo de dádivas de sangue e o registo nacional de utentes. Esta medida permitirá ainda deixar de utilizar papel nas sessões de colheita, com exceção do Consentimento informado e esclarecido dos dadores (que tem de ser devidamente assinado) e das guias de transporte de material e produtos.	2.º Trimestre 2017
Cédula Profissional Eletrónica da Saúde (Medida #70)	Criar uma plataforma web que permita aos requerentes: preencher campos online, sendo feita uma pré-validação do processo de forma automática; anexar documentos; proceder à assinatura eletrónica dos documentos submetidos, utilizando o cartão de cidadão; efetuar o pagamento por multibanco; e consultar o estado do processo da emissão da cédula. Com esta medida simplificam-se e desmaterializam-se os seguintes processos: a) a emissão de cédulas profissionais para Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, Podologistas e Terapeutas não Convencionais; b) os pedidos de autorização de exercício profissional; c) o reconhecimento de qualificações e declarações para trabalhar no estrangeiro; d) o certificado e diploma de grau de especialista; e) a certidão de grau de consultor e de equiparação.	1.º Trimestre 2017
Dispositivos médicos mais simples (Medida #93)	Simplificar o processo de aquisição de dispositivos médicos pelos hospitais e outras entidades do Serviço Nacional de Saúde, dispensando a exigência de certidão comprovativa do registo do dispositivo médico, sempre que esteja disponível o código do dispositivo médico (CDM) no sítio do Infarmed.	2.º Trimestre 2017
Resolução rápida e eficaz de conflitos na saúde (Medida #226)	Simplificar o acesso à informação e procedimentos de resolução de conflitos, permitindo a submissão online do pedido de mediação, com vista à rápida resolução de conflitos.	4.º Trimestre 2016

Referenciação eletrónica nos Cuidados Continuados Integrados (Medida #209)	Desmaterializar a referenciação na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), simplificando o processo de sinalização e referenciação da rede, e garantindo a interoperabilidade entre os sistemas de informação da rede, dos hospitais, dos cuidados de saúde primários, da segurança social e dos prestadores.	1.º Trimestre 2017
APP Registo Português de Transplantação (Medida #47)	<p>Criar uma aplicação (app) móvel que permita ao Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST), bem como a todas as instituições hospitalares constituintes da rede nacional de transplantação, o acesso a todo o processo de doação, colheita e transplantação de órgãos e tecidos via aplicação.</p> <p>Esta app tem ainda outra vertente, orientada para o paciente, pré- e pós-transplante, que possibilita uma ligação direta ao seu médico clínico e às equipas de transplante.</p>	2.º Trimestre 2017
Reclamações, sugestões e elogios na Saúde (Medida #206)	Criar permissões de acessos externos seguros a volumes e tipologias de reclamações tratadas pela Entidade Reguladora de Saúde às instituições com competências nesta área.	1.º Trimestre 2017
Licenciar farmácias + simples (Medida #154)	<p>Criar um novo portal eletrónico para simplificar a submissão dos processos de licenciamento de farmácias e melhorar a comunicação com as entidades envolvidas, designadamente proprietários de farmácias ou potenciais proprietários.</p> <p>Esta medida incluirá:</p> <p>a) Supressão do averbamento de ónus em Alvará de farmácia;</p> <p>b) Substituição do averbamento de ónus que recaia sobre qualquer participação social em alvará pelo registo;</p> <p>c) Simplificação dos procedimentos associados ao licenciamento de farmácias e distribuidores;</p> <p>d) Simplificação da instrução do processo de transferência de farmácia.</p>	1.º Trimestre 2017
Reconhecimento das unidades de saúde (Medida #207)	Criar uma bolsa de entidades externas emissoras de certificados de cumprimento de requisitos de licenciamento, implementando um procedimento simples para o reconhecimento das entidades (composto por registo da candidatura, avaliação e decisão).	1.º Trimestre 2017
Introdução de novos medicamentos online (Medida #142)	Desmaterializar o pedido de autorização de introdução de medicamentos no mercado.	1.º Trimestre 2017
Autorização Excecional de Medicamentos mais simples (Medida #55)	<p>Simplificar e melhorar o processo de pedido de autorização de utilização excecional (AUE) de medicamentos, bem como o seu acompanhamento, através da uniformização dos processos associados aos diferentes tipos de AUE e da desmaterialização do procedimento, desde a submissão à decisão final e comunicação da mesma.</p>	1.º Trimestre 2017
Ensaio clínicos digitais (Medida #110)	<p>Criar um portal eletrónico sobre ensaios clínicos, que irá permitir:</p> <p>a) O desenvolvimento de um registo centralizado de entidades que participam em ensaios clínicos;</p> <p>b) A centralização e desmaterialização dos pedidos de pareceres relativos a ensaios clínicos;</p> <p>c) A divulgação de informação aos agentes do sector e cidadãos.</p>	1.º Trimestre 2017
Certificados de autorização do medicamento online (Medida #77)	<p>Criar um portal eletrónico que simplifique os pedidos de submissão e gestão de certificados de autorização de lote, solicitados pelas empresas responsáveis pela comercialização de medicamentos derivados do plasma e vacinas.</p> <p>Todas as fases do processo passarão a ser tramitadas numa plataforma eletrónica designada por portal dos pedidos de certificados de autorização de lote (CAUL).</p>	2.º Trimestre 2017
Informação clínica integrada nos comportamentos Aditivos e Dependências (Medida #134)	<p>Desenvolver mecanismos simplificados de comunicação e partilha de informação, no domínio dos sistemas de informação, que permitam a gestão da informação clínica integrada e monitorização dos Contratos de Convenção com as unidades privadas de tratamento, no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências.</p> <p>Uniformização do processo de licenciamento de unidades privadas de tratamento no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências.</p>	2.º Trimestre 2017

Anexo 2. Medidas aprovadas e ação governativa

Eixos do Programa do Governo para a Saúde	Tipologia de Procedimento	Nº	Data	Designação	Link
2015					
7 - Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de Saúde	Despacho	14768-A/2015	11.12	Altera o anexo ao despacho n.º 11844-B/2015, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 206, 2.º suplemento, de 21 de outubro de 2015 (distribuição de 12 postos de trabalho, referentes à categoria de assistente, área de medicina intensiva)	https://dre.pt/applicati on/file/a/72876789
8 - Melhorar a Governação do SNS	Resolução do Conselho de Ministros	102/2015	29.12	Renova o protocolo para a prestação de cuidados em ambulatório a doentes com VIH/SIDA celebrado com o Hospital de Cascais	https://dre.pt/applicati on/file/a/72970599
8 - Melhorar a Governação do SNS	Portaria	418-B/2015	30.12	Suspende durante o ano de 2016, a aplicação do artigo 17.º e do artigo 20.º da Portaria n.º 195-C/2015, de 30 de junho no que se refere à revisão anual dos preços máximos de aquisição dos medicamentos genéricos pelos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde	https://dre.pt/applicati on/file/72999950
2 - Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde	Despacho	15662/2015	30.12	Estabelece disposições no âmbito da Lei n.º 142/2015, de 8 de setembro, que procede à segunda alteração à Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, aprovada pela Lei n.º 147/99, de 1 de setembro	https://dre.pt/applicati on/file/72992824
2016					
1 - Promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública	Despacho	115/2016	06.01	Determina o montante disponível para programas de apoio na área da infeção VIH/SIDA para 2016	https://dre.pt/applicati on/file/73013437
5 - Melhoria da gestão dos hospitais, da circulação de informação clínica e da articulação com outros níveis de cuidados e outros agentes do setor	Despacho	199/2016	07.01	Nomeia o Coordenador Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados de Saúde Hospitalares, doutorado António Ferreira, bem como a Equipa de Apoio, e define genericamente as suas funções	https://dre.pt/applicati on/file/73042217
4 - Expansão e melhoria da capacidade da rede de cuidados de saúde primários	Despacho	200/2016	07.01	Nomeia o Coordenador Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados de Saúde Primários, licenciado Henrique Manuel da Silva Botelho, bem como a Equipa de Apoio, e define genericamente as suas funções e competências	https://dre.pt/applicati on/file/73042218
6 - Expansão e melhoria da integração da Rede de Cuidados Continuados e de outros serviços de apoio às pessoas em situação de dependência	Despacho	201/2016	07.01	Nomeia o Coordenador Nacional para a reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados Continuados Integrados, doutorado Manuel José Lopes, bem como a Equipa de Apoio, e define genericamente as suas funções	https://dre.pt/applicati on/file/73042219
1 - Promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública	Despacho	473/2016	12.01	Subdelega no conselho diretivo do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP (IPST) a competência, com a faculdade de subdelegação, para a prática de todos os atos a realizar no procedimento relativo à aquisição de medicamentos derivados do plasma resultantes do fracionamento de plasma humano português do processado a partir de colheitas de sangue do IPST	https://dre.pt/applicati on/file/73093945
7 - Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de Saúde	Despacho	642/2016	14.01	Cria a Comissão Nacional para o desenvolvimento do novo modelo de Prova Nacional de Avaliação e Seriação (PNAS) para acesso ao internato médico	https://dre.pt/applicati on/file/73144736
7 - Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de Saúde	Decreto Retificativo.	24-A/2016	15.01	Retifica a alínea d) do número 3 do Despacho n.º 642/2016, de 14 de janeiro, que cria a Comissão Nacional para o desenvolvimento do novo modelo de Prova Nacional de Avaliação e Seriação (PNAS) para acesso ao internato médico, que saiu com inexactidão	https://dre.pt/applicati on/file/73163901
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	898/2016	19.01	Cria o Grupo de Prevenção e Luta contra a Fraude no Serviço Nacional de Saúde	https://dre.pt/applicati on/file/73163969
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	987/2016	19.01	Estabelece disposições sobre a disponibilização pública de informação completa e atualizada	https://dre.pt/applicati on/file/73229999

				sobre o cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG), incluindo os tempos de resposta dos serviços de urgência, nos estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS)	
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	1571-B/2016	01.02	Determina que é obrigatória a centralização da aquisição de bens e serviços específicos da área da saúde, para todos os serviços e instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e órgãos e serviços do Ministério da Saúde, sendo esta assegurada pela SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E.	https://dre.pt/applicati on/file/73360639
8 - Melhorar a Governação do SNS	Resolução do Conselho de Ministros	5-A/2016	05.02	Revoga a decisão de contratar no âmbito do procedimento de contratação autorizado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 67/2015, de 9 de setembro, e autoriza a contratação de serviços relativa ao Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde (CASNS)	https://dre.pt/applicati on/file/a/73455581
5 - Melhoria da gestão dos hospitais, da circulação de informação clínica e da articulação com outros níveis de cuidados e outros agentes do setor	Portaria	18/2016	08.02	Procede à alteração do Regulamento das Tabelas de Preços a Praticar para a Produção Adicional Realizada no Âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia aprovado como anexo I à Portaria n.º 271/2012, de 4 de setembro	https://dre.pt/applicati on/file/73462899
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	1947/2016	08.02	Nomeia os membros e define as competências da Comissão Nacional de Trauma	https://dre.pt/applicati on/file/73466126
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	1996/2016	09.02	Determina que as VMER dos Hospitais Professor Doutor Fernando Fonseca, E. P. E., e Nossa Senhora do Rosário, integrado no Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E. P. E., entram em funcionamento até 30 de abril de 2016	https://dre.pt/applicati on/file/73455614
1 - Promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública	Portaria	22/2016	10.02	Primeira alteração à Portaria n.º 248/2013, de 5 de agosto, que aprova o Regulamento de Notificação Obrigatória de Doenças Transmissíveis e Outros Riscos em Saúde Pública	https://dre.pt/applicati on/file/73474644
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	2310/2016	16.02	Estabelece disposições sobre a celebração de contratos públicos de aprovisionamento (CPA) com vista ao fornecimento de medicamentos diversos, no âmbito de concurso público lançado pela Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E. (CP 2015/61)	https://dre.pt/applicati on/file/73587072
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	2504/2016	18.02	Estabelece disposições sobre a celebração de contratos públicos de aprovisionamento (CPA) com vista ao fornecimento de Reagentes - Testes Rápidos, no âmbito de concurso público lançado pela Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (CP 2015/73)	https://dre.pt/applicati on/file/73642828
1 - Promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública	Decreto-Lei	6/2016	22.02	Decreto-Lei sobre a posição exata da advertência geral e da mensagem informativa e sobre especificações técnicas para a configuração, conceção e formato das advertências de saúde combinadas para produtos do tabaco para fumar no tabaco de enrolar comercializado em bolsas	https://dre.pt/applicati on/conteudo/73650546
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	2830/2016	24.02	Estabelece disposições no âmbito dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E. (SPMS, E. P. E.), referente aos Contratos Públicos de Aprovisionamento (CPA), que determinam as condições de fornecimento de Antissépticos, Desinfetantes e Outros	https://dre.pt/applicati on/file/73702023
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	2887/2016	25.02	Altera a composição da Comissão de Acompanhamento do processo de devolução dos hospitais das Misericórdias	https://dre.pt/applicati on/file/73706729
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	2935-B/2016	25.02	Estabelece disposições com vista a impulsionar a generalização da receita eletrónica desmaterializada (Receita Sem Papel), no Serviço Nacional de Saúde, criando metas concretas para a sua efetivação	https://dre.pt/applicati on/file/73726006
5 - Melhoria da gestão dos hospitais, da circulação de informação clínica e da articulação com outros níveis de cuidados e outros agentes do setor	Despacho	2978/2016	26.02	Altera a Coordenação Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados de Saúde Hospitalares e os elementos que constituem a sua Equipa de Apoio	https://dre.pt/applicati on/file/73715857
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	2979/2016	26.02	Altera a composição da Comissão Nacional de Trauma	https://dre.pt/applicati on/file/73715858
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	2980/2016	26.02	Subdelegação de competências do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde no Diretor-Geral da Saúde, licenciado Francisco Henrique Moura George, para a prática de todos os atos a realizar no âmbito do procedimento previsto no n.º 3 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 5-A/2016, de 5 de fevereiro (aquisição dos serviços para a exploração do Centro de Atendimento do	https://dre.pt/applicati on/file/73715859

8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	3066/2016	29.02	Serviço Nacional de Saúde) Constitui o Grupo de Trabalho para o Centro de Contactos do Serviço Nacional de Saúde	https://dre.pt/applicati on/file/73733798
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	3155/2016	01.03	Cria, a funcionar junto do Ministério da Saúde, a Comissão de Fiscalização Externa dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde	https://dre.pt/applicati on/file/73752383
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	3177-A/2016	01.03	Cria, na dependência do Secretário de Estado da Saúde, a Comissão de Reforma do modelo de Assistência na Doença aos Servidores do Estado (ADSE)	https://dre.pt/applicati on/file/73727308
8 - Melhorar a Governação do SNS	Portaria	35/2016	01.03	Estabelece o regime de comparticipação do Estado no preço máximo dos reagentes (tiras-teste) para determinação de glicemia, cetonemia e cetonúria e das agulhas, seringas, lancetas e de outros dispositivos médicos para a finalidade de automonitorização de pessoas com diabetes, a beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e revoga a Portaria n.º 222/2014, de 4 de novembro	https://dre.pt/applicati on/file/73727304
1 - Promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública	Despacho	3206/2016	02.03	Estabelece disposições sobre o processo de referenciação das pessoas com testes reativos ou infetadas pelos vírus das hepatites B e C, ou portadoras de outras infeções sexualmente transmissíveis, procedentes de serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) ou de entidades que com este celebraram acordos para realização de prestações de saúde	https://dre.pt/applicati on/file/73768892
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	3207/2016	02.03	Nomeia os peritos da Comissão da Farmacopeia Portuguesa	https://dre.pt/applicati on/file/73768893
1 - Promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública	Despacho	3339/2016	04.03	Estabelece que, para efeitos estatísticos de sinistralidade rodoviária, os dados relativos aos feridos graves devem ter como fonte a base de dados dos Grupos de Diagnóstico Homógeno (GDH)	https://dre.pt/applicati on/file/73779202
1 - Promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública	Portaria	37/2016	04.03	Fixa as normas regulamentares necessárias à repartição dos resultados líquidos da exploração dos jogos sociais atribuídos ao Ministério da Saúde	https://dre.pt/applicati on/file/73779733
6 - Expansão e melhoria da integração da Rede de Cuidados Continuados e de outros serviços de apoio às pessoas em situação de dependência	Despacho	3426/2016	07.03	Enquadra a relação entre as unidades de terapêutica da dor e as equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos (EIH CSP) e reforça a divulgação de informação no que respeita às EIH CSP constituídas	https://dre.pt/applicati on/file/73797551
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	3586/2016	10.03	Estabelece disposições para a contratação de serviços de saúde através da modalidade de prestação de serviços, pelas instituições do Serviço Nacional de Saúde do setor público empresarial (SNS/SPE)	https://dre.pt/applicati on/file/73836537
1 - Promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública	Despacho	3618-A/2016	10.03	Determina a criação do Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados	https://dre.pt/applicati on/file/73833787
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	3653/2016	11.03	Reconhece Centros de Referência nas seguintes áreas: da Cardiologia de Intervenção Estrutural, Cardiopatias Congénitas, Doenças Hereditárias do Metabolismo, Epilepsia Refratária, Oncologia de Adultos — Cancro do Esófago, Oncologia de Adultos — Cancro do Testículo, Oncologia de Adultos — Sarcomas das Partes Moles e Osseos, Oncologia de Adultos — Cancro do Reto, Oncologia de Adultos — Cancro Hepatobiliar - Pancreático, Oncologia Pediátrica, Transplantação Renal Pediátrica, Transplante de Coração, Transplante Rim — Adultos	https://dre.pt/applicati on/file/73847777
4 - Expansão e melhoria da capacidade da rede de cuidados de saúde primários	Despacho	3823/2016	15.03	Estabelece disposições para o processo de contratualização nos cuidados de saúde primários para 2016	https://dre.pt/applicati on/file/73869798
1 - Promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública	Despacho	3844-A/2016	15.03	Determina a criação de um grupo de trabalho interinstitucional, que integra a Direção-Geral da Saúde, o Instituto Ricardo Jorge, o Infarmed e a Administração Central do Sistema de Saúde, no âmbito do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos	https://dre.pt/applicati on/file/73865652
1 - Promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública	Despacho	4027-A/2016	18.03	Determina a constituição de uma coordenação estratégica para a prevenção e gestão da doença crónica	https://dre.pt/applicati on/file/73911684
8 - Melhorar a Governação do SNS	Portaria	48/2016	22.03	Determina que os medicamentos destinados ao tratamento de doentes com artrite reumatoide, espondilite anquilosante, artrite psoriática, artrite idiopática juvenil poliarticular e psoríase em placas beneficiem de um regime excecional de	https://dre.pt/applicati on/file/73934990

2 - Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde	Portaria	64-C/2016	31.03	comparticipação Segunda alteração à Portaria n.º 306-A/2011, de 20 de dezembro, que aprova os valores das taxas moderadoras previstas no artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, bem como as respetivas regras de apuramento e cobrança	https://dre.pt/applicati-on/file/74018021
7 - Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de Saúde	Despacho	4545/2016	01.04	Cria e determina a composição de um grupo de trabalho, com o objetivo de proceder a uma avaliação da profissionalização introduzida no último ano do mestrado integrado em medicina	https://dre.pt/applicati-on/file/74019635
6 - Expansão e melhoria da integração da Rede de Cuidados Continuados e de outros serviços de apoio às pessoas em situação de dependência	Despacho	4663/2016	05.04	Cria, na dependência dos Secretários de Estado da Segurança Social e Adjunto e da Saúde, a Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	https://dre.pt/applicati-on/file/74046876
1 - Promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública	Despacho	4771-A/2016	07.04	Estabelece disposições sobre a implementação de rastreios de base populacional nas áreas do cancro da mama, do cancro do colo do útero, do cancro do cólon e reto e da retinopatia diabética	https://dre.pt/applicati-on/file/74073965
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	4835-A/2016	08.04	Determina que as instituições hospitalares integradas no Serviço Nacional de Saúde, independentemente da sua natureza jurídica, devem dar prioridade ao atendimento dos utentes que sejam referenciados através dos Cuidados de Saúde Primários ou do Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde (linha Saúde 24)	https://dre.pt/applicati-on/file/74073969
9 - Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde	Portaria	75/2016	08.04	Cria um consórcio entre o Centro Hospitalar do Algarve, E. P. E., e a Universidade do Algarve, através do seu centro de investigação CBMR - Center for Biomedical Research e do seu Departamento de Ciências Biomédicas e Medicina, com a denominação de Centro Académico de Investigação e Formação Biomédica do Algarve	https://dre.pt/applicati-on/file/74073960
9 - Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde	Resolução do Conselho de Ministros	20/2016	11.04	Cria um grupo de trabalho que visa estudar e propor medidas de promoção de investigação clínica e de translação e da inovação biomédica em Portugal	https://dre.pt/applicati-on/file/a/74094337
9 - Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde	Resolução do Conselho de Ministros	22/2016	11.04	Cria o Conselho Nacional dos Centros Académicos Clínicos	https://dre.pt/applicati-on/file/a/74094339
2 - Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde	Portaria	83/2016	12.04	Quarta alteração à Portaria n.º 142-B/2012, de 15 de maio, que define as condições em que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) assegura os encargos com o transporte não urgente de doentes que seja instrumental à realização das prestações de saúde	https://dre.pt/applicati-on/file/74087449
5 - Melhoria da gestão dos hospitais, da circulação de informação clínica e da articulação com outros níveis de cuidados e outros agentes do setor	Despacho	5058-D/2016	13.04	Estabelece disposições sobre o transporte integrado de doente crítico	https://dre.pt/applicati-on/file/74145555
7 - Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de Saúde	Decreto-Lei	19/2016	15.04	Define o regime da carreira especial de técnico de emergência pré-hospitalar, bem como os respetivos requisitos de habilitação profissional	https://dre.pt/applicati-on/file/a/74164390
7 - Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de Saúde	Portaria	92-A/2016	15.04	Atualiza o programa de formação da área de especialização de Anestesiologia	https://dre.pt/applicati-on/file/74164404
3 - Reforçar o poder do cidadão no SNS, promovendo disponibilidade, acessibilidade, comodidade, celeridade e humanização dos serviços	Despacho	5344-A/2016	19.04	Estabelece as medidas e procedimentos necessários para que o pai, ou outra pessoa significativa, possa estar presente num bloco operatório para assistir ao nascimento de uma criança por cesariana	https://dre.pt/applicati-on/file/74198769
1 - Promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública	Despacho	5372/2016	20.04	Cria e designa o consultor do Núcleo de Apoio Estratégico (NAE) para apoiar a equipa governamental do Ministério da Saúde no âmbito da coordenação estratégica e na avaliação periódica dos novos programas horizontais - "Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados" e da "Prevenção e Gestão da Doença Crónica	https://dre.pt/applicati-on/file/74213126
7 - Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de Saúde	Despacho	5536-A/2016	22.04	Revoga o despacho n.º 342-C/2015, de 13 de janeiro, que permite, a título excecional, e estabelece disposições para a celebração de contratos de trabalho a termo resolutivo para acorrer a situações de ausência temporária de	https://dre.pt/applicati-on/file/74243604

					trabalhadores	
7 - Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de Saúde	Portaria	103/2016	22.04	Cria a área profissional e aprova o programa de especialização de Medicina Intensiva	https://dre.pt/applicati on/file/74226674	
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	5733/2016	28.04	Nomeia os membros da Comissão de Fiscalização Externa dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (CFE SPMS)	https://dre.pt/applicati on/file/74294819	
7 - Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de Saúde	Despacho	5767-B/2016	28.04	Identifica os serviços e estabelecimentos de saúde carenciados, nas áreas profissionais hospitalar e de saúde pública, tendo em vista o recrutamento dos médicos que concluíram a respetiva formação médica especializada na 2.ª época de 2015	https://dre.pt/applicati on/file/74270465	
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	5847/2016	02.05	Designa os membros da Comissão de Avaliação de Tecnologias de Saúde	https://dre.pt/applicati on/file/74313885	
4 - Expansão e melhoria da capacidade da rede de cuidados de saúde primários	Despacho	5868-B/2016	02.05	Implementa, no âmbito do Programa Nacional para a Saúde da Visão (PNSV), o rastreio de saúde visual infantil (RSVI) de base populacional e o rastreio oportunístico da degenerescência macular da idade (DMI), nos cuidados de saúde primários, de forma faseada, através de experiências-piloto	https://dre.pt/applicati on/file/74316238	
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	5911-A/2016	03.05	Reconhece como centro de referência na área das doenças lisossomais de sobrecarga o Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, E. P. E.	https://dre.pt/applicati on/file/74338225	
3 - Reforçar o poder do cidadão no SNS, promovendo disponibilidade, acessibilidade, comodidade, celeridade e humanização dos serviços	Despacho	5911-B/2016	03.05	Estabelece disposições para a referenciação do utente, para a realização da primeira consulta hospitalar, em qualquer das unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde onde exista a especialidade em causa	https://dre.pt/applicati on/file/74328049	
7 - Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de Saúde	Despacho	5911-C/2016	03.05	Determina que a celebração ou renovação de contratos de trabalho pelos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde, com a natureza de entidade pública empresarial e integrados no Serviço Nacional de Saúde, depende de prévia autorização do membro do Governo responsável pela área da saúde	https://dre.pt/applicati on/file/74328071	
4 - Expansão e melhoria da capacidade da rede de cuidados de saúde primários	Portaria	121/2016	04.05	Revoga a Portaria n.º 112/2014, de 23 de maio, que regula a prestação de cuidados de saúde primários do trabalho através dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)	https://dre.pt/applicati on/file/74328064	
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	6064/2016	06.05	Define as metas de redução dos consumos de energia elétrica, gás e água e de produção de resíduos, para 2016, para as entidades públicas do setor da saúde	https://dre.pt/applicati on/file/74366017	
5 - Melhoria da gestão dos hospitais, da circulação de informação clínica e da articulação com outros níveis de cuidados e outros agentes do setor	Despacho	6170-A/2016	09.05	Determina que a Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS), em colaboração com os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (SPMS), assegure que o sistema de informação de apoio permita a referenciação para a primeira consulta de especialidade em qualquer uma das unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde onde exista a especialidade em causa	https://dre.pt/applicati on/file/74406900	
5 - Melhoria da gestão dos hospitais, da circulação de informação clínica e da articulação com outros níveis de cuidados e outros agentes do setor	Despacho	6234/2016	11.05	Determina as competências e o procedimento geral de articulação entre os diferentes organismos intervenientes da administração central e regional do Ministério da Saúde no âmbito da ENAAC 2020 (2.ª fase da Estratégia Nacional de Adaptação às Alterações Climáticas)	https://dre.pt/applicati on/file/74403848	
1 - Promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública	Despacho	6300/2016	12.05	Determina que devem as Administrações Regionais de Saúde assegurar, até final do ano de 2017, em todos os agrupamentos de centros de saúde (ACES), a existência de consultas de apoio intensivo à cessação tabágica e o acesso a espirometria e a tratamentos de reabilitação respiratória	https://dre.pt/applicati on/file/74424157	
1 - Promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública	Despacho	6301/2016	12.05	Altera o n.º 3 do Despacho (extrato) n.º 7216/2015, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 126, de 1 de julho (Estabelece disposições sobre a integração do Serviço de Investigação, Epidemiologia Clínica e de Saúde Pública Hospitalar nos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde)	https://dre.pt/applicati on/file/74424158	
1 - Promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública	Portaria	135/2016	12.05	Estabelece as normas técnicas para o mecanismo de enchimento de cigarros eletrónicos e recargas	https://dre.pt/applicati on/conteudo/74431082	
8 - Melhorar a Governação do SNS	Portaria	138/2016	13.05	Segunda alteração à Portaria n.º 224/2015, de 27 de julho, que estabelece o regime jurídico a que	https://dre.pt/applicati on/conteudo/744430	

				obedecem as regras de prescrição e dispensa de medicamentos e produtos de saúde e define as obrigações de informação a prestar aos utentes	78
8 - Melhorar a Governação do SNS	Portaria	146-B/2016	13.05	Atualiza o anexo à Portaria n.º 158/2014, de 13 de fevereiro, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 37, que revê o regime especial de comparticipação para medicamentos destinados ao tratamento da doença de hepatite C	https://dre.pt/applicati on/file/74443286
3 - Reforçar o poder do cidadão no SNS, promovendo disponibilidade, acessibilidade, comodidade, celeridade e humanização dos serviços	Portaria	165/2016	14.05	Altera a Portaria n.º 340/2015, de 8 de outubro, que regula, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Paliativos, a caracterização dos serviços e a admissão nas equipas locais, bem como as condições e requisitos de construção e segurança das instalações de cuidados paliativos	https://dre.pt/applicati on/conteudo/74671910
1 - Promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública	Despacho	6401/2016	16.05	Determina o desenvolvimento, no âmbito do Plano Nacional de Saúde, de programas de saúde prioritários nas áreas de Prevenção e Controlo do Tabagismo, Promoção da Alimentação Saudável, Promoção da Atividade Física, Diabetes, Doenças Cérebro-vasculares, Doenças Oncológicas, Doenças Respiratórias, Hepatites Virais, Infecção VIH/SIDA e Tuberculose, Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos e Saúde Mental. Revoga os Despachos n.º 404/2012, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 10, de 13 de janeiro, e n.º 2902/2013, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 38, de 22 de fevereiro	https://dre.pt/applicati on/file/74443337
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	6468/2016	17.05	Determina que as instituições hospitalares integradas no Serviço Nacional de Saúde devem assegurar a marcação interna de consultas de especialidade ou referenciar para outra instituição, de acordo com as redes de referenciação hospitalar, o utente cuja necessidade de consulta seja identificada no âmbito dos Cuidados de Saúde Hospitalares	https://dre.pt/applicati on/file/74468413
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	6499-A/2016	17.05	Determina que, os pareceres, estudos, relatórios e outros trabalhos de idêntica natureza devem ser realizados pelos profissionais vinculados aos órgãos e serviços do Ministério da Saúde, salvo quando manifestamente não existam meios, humanos ou técnicos, que o permitam	https://dre.pt/applicati on/file/74469732
8 - Melhorar a Governação do SNS	Portaria	147/2016	19.05	Estabelece o processo de classificação dos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde do Serviço Nacional de Saúde e define o processo de criação e revisão das Redes de Referenciação Hospitalar	https://dre.pt/applicati on/conteudo/74483693
9 - Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde	Despacho	6696/2016	20.05	Designa os responsáveis pela elaboração das Redes de Referenciação Hospitalar (RRH) nas especialidades de Angiologia e Cirurgia Vasular, Cirurgia Maxilo-Facial, Cirurgia Plástica, Reconstrutiva e Estética, Dermato-venereologia, Endocrinologia e Nutrição, Estomatologia, Genética Médica, Imunoalergologia, Imuno-hemoterapia, Infeciologia, Medicina Interna, Neurocirurgia, Neurologia, Otorrinolaringologia e Psiquiatria da Infância e da Adolescência	https://dre.pt/applicati on/file/74497992
4 - Expansão e melhoria da capacidade da rede de cuidados de saúde primários	Despacho	6739-A/2016	20.05	Fixa o número máximo de Unidades de Saúde Familiar (USF) a constituir e determina o número máximo de USF que transitam do modelo A para o modelo B no ano de 2016	https://dre.pt/applicati on/file/74499605
3 - Reforçar o poder do cidadão no SNS, promovendo disponibilidade, acessibilidade, comodidade, celeridade e humanização dos serviços	Despacho	6744/2016	23.05	Estabelece disposições sobre o programa de simplificação administrativa, no âmbito do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e do Programa Nacional de Vacinação, que inclui os seguintes projetos: "Nascer Utente", "Notícia Nascimento", "eBoletim de Saúde Infantil e Juvenil" e "eBoletim de Vacinas"	https://dre.pt/applicati on/file/74492620
1 - Promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública	Portaria	148-A/2016	23.05	Estabelece os formatos comuns para a comunicação e disponibilização de informações sobre produtos do tabaco e cigarros eletrónicos e recargas, bem como o valor das taxas a pagar pelos fabricantes e importadores, relativamente à receção, conservação, tratamento, análise e publicação das informações	https://dre.pt/applicati on/file/74509218
6 - Expansão e melhoria da integração da Rede de Cuidados Continuados e de outros serviços de apoio às pessoas em situação de dependência	Portaria	153/2016	27.05	Altera a Portaria n.º 343/2015, de 12 de outubro, que define as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento de cuidados integrados pediátricos tendo em vista implementar experiências-piloto das unidades de internamento e de ambulatório de cuidados	https://dre.pt/applicati on/conteudo/74534745

				continuados pediátricos	
8 - Melhorar a Governação do SNS	Portaria	154/2016	27.05	Regula o regime de preços notificados dos medicamentos sujeitos a receita médica não comparticipados ou não comparticipáveis, nos termos da Portaria n.º 195-C/2015, de 30 de junho	https://dre.pt/applicati on/conteudo/74534746
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	7069/2016	30.05	Designa os membros da Comissão de Avaliação de Tecnologias de Saúde, que integram diversos estabelecimentos de ensino superior no âmbito do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior	https://dre.pt/applicati on/file/74548829
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	7159-B/2016	31.05	Determina que os logótipos que constam nos modelos de receita médica são substituídos pelo logótipo «República Portuguesa - Saúde»	https://dre.pt/applicati on/file/a/74590007
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	7222-A/2016	01.06	Estabelece disposições para que os cuidados de saúde no Algarve sejam reforçados durante todo o período compreendido entre 1 de junho e 30 de setembro de 2016, em particular no que respeita ao grupo de pessoal médico	https://dre.pt/applicati on/file/a/74597978
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	7368-A/2016	03.06	Determina que os hospitais, centros hospitalares e ULS do SNS, com natureza de EPE, devem assegurar o desenvolvimento das ações necessárias à plena adoção do referencial contabilístico SNC-AP em 1 de janeiro de 2017 (Revoga o Despacho n.º 3016-A/2015)	https://dre.pt/applicati on/file/74617338
1 - Promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública	Despacho	7516-A/2016	06.06	Determina condições para a limitação de produtos prejudiciais à saúde nas máquinas de venda automática, disponíveis nas instituições do Ministério da Saúde, com vista a implementar um conjunto de medidas para a promoção da saúde em geral, e em particular para a adoção de hábitos alimentares saudáveis	https://dre.pt/applicati on/file/74608002
2 - Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde	Despacho	7546/2016	07.06	Determina que a vacina contra a gripe sazonal é gratuita na época 2016/2017, para pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, bem como para outros grupos alvo prioritários definidos em orientação anual da Direção-Geral da Saúde	https://dre.pt/applicati on/file/74641260
1 - Promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública	Despacho	7617/2016	08.06	Criação de um grupo de trabalho com o objetivo de apresentar um relatório com propostas de alteração ao Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de janeiro, alterado pela Lei n.º 21/2008, de 12 de maio e respetivo enquadramento regulamentador, incluindo os mecanismos de financiamento e de apoio, com vista à implementação de medidas que promovam maior inclusão escolar dos alunos com necessidades educativas especiais	https://dre.pt/applicati on/file/74641842
7 - Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de Saúde	Portaria	159/2016	08.06	Altera o artigo 1.º da Portaria n.º 838/2010, de 1 de setembro, aditando a este as licenciaturas em Dietética e em Dietética e Nutrição para o ingresso no ramo de nutrição, da carreira de técnico superior de saúde	https://dre.pt/applicati on/file/74608036
7 - Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de Saúde	Decreto-Lei	24/2016	08.06	Estabelece um regime especial e transitório para admissão de pessoal médico, na categoria de assistente, da carreira especial médica e da carreira médica das entidades públicas empresariais integradas no Serviço Nacional de Saúde	https://dre.pt/applicati on/file/74608035
4 - Expansão e melhoria da capacidade da rede de cuidados de saúde primários	Despacho	7709-A/2016	09.06	Identifica como carenciados na área de Medicina Geral e Familiar os serviços e estabelecimentos de saúde que constam do quadro anexo, tendo em vista a abertura de procedimento concursal para celebração de contratos de trabalhos, no cumprimento do Decreto-Lei n.º 24/2016, de 8 de junho	https://dre.pt/applicati on/file/74659231
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	7709-B/2016	09.06	Determina que todos os serviços e organismos dependentes ou tutelados pelo membro do Governo responsável pela área da saúde, incluindo as entidades públicas empresariais, devem remeter ao Ministro da Saúde, através da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., relatórios trimestrais, elaborados pelo respetivo Auditor Interno, respeitantes à execução financeira no trimestre anterior	https://dre.pt/applicati on/file/74674086
3 - Reforçar o poder do cidadão no SNS, promovendo disponibilidade, acessibilidade, comodidade, celeridade e humanização dos serviços	Despacho	7824/2016	15.06	Designa os membros da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos	https://dre.pt/applicati on/file/74699267
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	7825/2016	15.06	Determina que, é criada a Comissão de Acompanhamento do Compromisso para a Sustentabilidade e o Desenvolvimento do Serviço	https://dre.pt/applicati on/file/74699268

				Nacional de Saúde, adiante designada Comissão de Acompanhamento	
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	8123/2016	22.06	Determina que as receitas médicas nas quais sejam prescritas exclusivamente vacinas contra a gripe, para a época gripal de 2016-2017, emitidas a partir de 1 de julho de 2016, são válidas até 31 de dezembro do corrente ano	https://dre.pt/applicati on/file/74736162
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	8146-A/2016	22.06	Determina a criação, e estabelece disposições, do Grupo de Acompanhamento dos Hospitais (GAH) que integram o Serviço Nacional de Saúde	https://dre.pt/applicati on/file/74761655
9 - Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde	Portaria	181-A/2016	22.06	Altera o anexo à Portaria n.º 158/2014, de 21 de fevereiro, que revê o regime especial de comparticipação para medicamentos destinados ao tratamento da doença hepatite C, atualizando o elenco dos medicamentos que beneficiam deste regime	https://dre.pt/applicati on/file/74761654
5 - Melhoria da gestão dos hospitais, da circulação de informação clínica e da articulação com outros níveis de cuidados e outros agentes do setor	Despacho	8198/2016	23.06	Estabelece disposições sobre a celebração de contratos públicos de aprovisionamento (CPA) com vista ao fornecimento de Vacinas e Tuberculinas, no âmbito de concurso público lançado pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (CP 2016/13)	https://dre.pt/applicati on/file/74774453
6 - Expansão e melhoria da integração da Rede de Cuidados Continuados e de outros serviços de apoio às pessoas em situação de dependência	Portaria	176/2016	23.06	Fixa os preços dos cuidados de saúde prestados nas unidades de internamento de cuidados integrados pediátricos de nível 1 (UCIP nível 1) e de ambulatório pediátricos no âmbito das experiências piloto a desenvolver no contexto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)	https://dre.pt/applicati on/conteudo/74774857
9 - Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde	Despacho	8264/2016	24.06	Determina que a vacinação contra a tuberculose com a vacina BCG passa a estar recomendada a crianças com idade inferior a 6 anos (5 anos e 364 dias) e pertencentes a grupos de risco, a definir através de Norma a emitir pela Direção-Geral da Saúde	https://dre.pt/applicati on/file/74779525
8 - Melhorar a Governação do SNS	Decreto-Lei	32/2016	28.06	Clarifica as posições jurídicas detidas pelo SUCH, pelo Centro Hospitalar Lisboa Central, E. P. E., pelo Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E. P. E., e pelo Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E. P. E., nos Agrupamentos Complementares de Empresas «Somos Compras», «Somos Contas» e «Somos Pessoas», procedendo à terceira alteração ao Decreto-Lei n.º 19/2010, de 22 de março	https://dre.pt/applicati on/conteudo/74811909
9 - Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde	Despacho	8533-A/2016	30.06	Cria, na dependência do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, a Comissão de Regulamentação da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho (procriação medicamente assistida), com as alterações introduzidas pela Lei n.º 17/2016, de 20 de junho	https://dre.pt/applicati on/file/74838093
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	8591-A/2016	01.07	Designa como Alto-Comissário para a instalação do Museu da Saúde o Senhor Doutor José Germano Rego de Sousa	https://dre.pt/applicati on/file/a/74842330
4 - Expansão e melhoria da capacidade da rede de cuidados de saúde primários	Despacho	8591-B/2016	01.07	Determina que a Direção-Geral da Saúde deve promover a revisão do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral, até ao dia 29 de julho de 2016, bem como a implementação de consultas de saúde oral, nos cuidados de saúde primários, de forma faseada, através de experiências-piloto	https://dre.pt/applicati on/file/a/74842331
9 - Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde	Portaria	178-A/2016	01.07	Determina a aplicação do Sistema de Classificação para Doentes (SCD-MFRA), para efeitos da requisição de cuidados de Medicina Física e de Reabilitação em Ambulatório (MFRA), em todos os pedidos efetuados pelos cuidados de saúde primários às instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e do setor convencionado, estabelecendo regras de faturação, preços e taxas moderadoras aplicáveis	https://dre.pt/applicati on/file/74842335
8 - Melhorar a Governação do SNS	Portaria	194/2016	04.07	Altera o n.º 2 da Portaria n.º 964/2014, de 6 de novembro, publicada no Diário da República, 2.ª série, n.º 222, de 17 de novembro (autoriza o Centro Hospitalar do Oeste a assumir encargos, nos anos de 2015, 2016 e 2017, para a prestação de serviços de bens para alimentação de doentes, acompanhantes e colaboradores)	https://dre.pt/applicati on/file/74842370
9 - Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde	Despacho	8756/2016	07.07	Constitui a Comissão Nacional de Hemofilia, a funcionar junto da Direção-Geral da Saúde (DGS), define as competências e nomeia os elementos que a compõem	https://dre.pt/applicati on/file/74890679
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	8806/2016	08.07	Designa os elementos da Comissão Nacional responsável pelo desenvolvimento do novo modelo de Prova Nacional de Acesso ao	https://dre.pt/applicati on/file/74896643

				Internato Médico, nos termos do n.º 4 do Despacho n.º 642/2016, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 9, de 14 de janeiro, alterado pela Declaração de retificação n.º 24-A/2016, publicada no Diário da República, 2.ª série, n.º 10, de 15 de janeiro	
2 - Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde	Despacho	8896-A/2016	11.07	Identifica como carenciados, nas áreas profissionais hospitalar e de saúde pública, os serviços e estabelecimentos de saúde, nos termos que constam do quadro em anexo, com vista a abertura de procedimento concursal para celebração de contrato de trabalho em funções públicas ou de contrato individual de trabalho, por tempo indeterminado	https://dre.pt/applicati on/file/74907906
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	9075/2016	15.07	Cria, na dependência do Ministro da Saúde, o Grupo de Trabalho conjunto, para a regularização de dívidas entre os Governos Regionais e o Governo da República	https://dre.pt/applicati on/file/74950451
8 - Melhorar a Governação do SNS	Portaria	193/2016	18.07	Altera o artigo 2.º da Portaria n.º 37/2016, de 4 de março, que fixa as normas regulamentares necessárias à repartição dos resultados líquidos de exploração dos jogos sociais, atribuídos ao Ministério da Saúde	https://dre.pt/applicati on/file/a/74966700
8 - Melhorar a Governação do SNS	Portaria	195/2016	19.07	Altera os artigos 4.º («Deveres e obrigações do Centro de Referência») e 12.º («Centro Afiliado do Centro de Referência») da Portaria n.º 194/2014, de 30 de setembro (estabelece o conceito, o processo de identificação, aprovação e reconhecimento dos Centros de Referência Nacionais para a prestação de cuidados de saúde, designadamente para diagnóstico e tratamento de doenças raras)	https://dre.pt/applicati on/file/a/74966753
8 - Melhorar a Governação do SNS	Portaria	198/2016	20.07	Altera o Anexo I da Portaria n.º 48/2016, de 22 de março, que identifica os medicamentos destinados ao tratamento da artrite reumatoide, espondilite anquilosante, artrite psoriática, artrite idiopática juvenil poliarticular e psoríase em placas e que estão sujeitos ao regime excecional de comparticipação	https://dre.pt/applicati on/file/a/74981763
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	9253/2016	20.07	Cria, na dependência do Ministro da Saúde, a Comissão de Acompanhamento SIMPLEX no Ministério da Saúde	https://dre.pt/applicati on/file/a/74996996
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	9415/2016	22.07	Define as áreas de intervenção prioritária em que devem ser reconhecidos centros de referência em 2016	https://dre.pt/applicati on/file/a/75017025
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	9414/2016	22.07	Determina os Centros de Referência para as áreas de Oncologia de Adultos - Cancro do Reto, Cancro Hepatobiliar/Pancreático e Cancro do Esófago, das doenças Hereditárias do Metabolismo, do Transplante de Rim - Adultos e de Coração - Adultos, reconhecidos oficialmente pelo Ministério da Saúde	https://dre.pt/applicati on/file/a/75017024
9 - Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde	Despacho	9416/2016	22.07	Determina que a Direção-Geral da Saúde deve promover o envolvimento e colaboração com as diferentes ordens profissionais do setor da saúde, no âmbito da Qualidade na Saúde, designadamente do processo de elaboração de Normas de Orientação em Saúde, bem como celebrar, até ao dia 30 de setembro de 2016, protocolos de colaboração, no âmbito da Qualidade do Sistema de Saúde, com a Ordem dos Biólogos, a Ordem dos Farmacêuticos, a Ordem dos Nutricionistas e a Ordem dos Psicólogos	https://dre.pt/applicati on/file/a/75017025
1 - Promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública	Despacho	9575/2016	26.07	Determina a ajuda respeitante aos custos elegíveis no âmbito do Regime de Fruta Escolar, para o ano letivo 2015/2016, instituído pela Portaria n.º 375/2015, de 20 de outubro	https://dre.pt/applicati on/file/a/75038488
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	9586/2016	26.07	Estabelece disposições sobre a celebração de contratos públicos de aprovisionamento (CPA), com vista ao fornecimento de medicamentos do foro oncológico, no âmbito de concurso público lançado pela Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (CP 2015/6)	https://dre.pt/applicati on/file/a/75038499
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	9627/2016	27.07	Estabelece disposições sobre a celebração de contratos públicos de aprovisionamento (CPA), com vista ao fornecimento de equipamentos e dispositivos médicos de uso comum em internamento e ambulatório, no âmbito de concurso público lançado pela Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E. (CP 2015/76)	https://dre.pt/applicati on/file/a/75039623
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	9666-B/2016	27.07	Estabelece disposições sobre a celebração e/ou renovação de contratos em regime de prestação	https://dre.pt/applicati on/file/a/75058277

				de serviços de pessoal médico e sobre o recurso a empresas de prestação de serviços médicos, por parte dos serviços ou estabelecimentos integrados no Serviço Nacional de Saúde	
8 - Melhorar a Governação do SNS	Decreto Retificativo	783/2016	05.08	Retifica o n.º 4 do Despacho n.º 7825/2016, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 113, de 15 de junho (cria a Comissão de Acompanhamento do Compromisso para a Sustentabilidade e o Desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde)	https://dre.pt/applicati on/file/75105697
9 - Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde	Despacho	10136/2016	10.08	Homologa o protocolo de cooperação e o acordo específico de colaboração celebrados entre a Universidade do Algarve e o Centro Hospitalar do Algarve, EPE	https://dre.pt/applicati on/file/75126476
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	10216/2016	11.08	Altera a constituição da Comissão Coordenadora do Registo Nacional de Estudos Clínicos (RNEC), prevista no artigo 39.º da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril	https://dre.pt/applicati on/file/75134256
5 - Melhoria da gestão dos hospitais, da circulação de informação clínica e da articulação com outros níveis de cuidados e outros agentes do setor	Despacho	10438/2016	19.08	Altera o anexo do Despacho n.º 13427/2015 (define e classifica os serviços de urgência que constituem os pontos da Rede de Urgência/Emergência), publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 228, de 20 de novembro, retificado pela Declaração de Retificação n.º 1032-A/2015, publicada no Diário da República, 2.ª série, n.º 230, de 24 de novembro	https://dre.pt/applicati on/file/75163045
9 - Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde	Despacho	10439/2016	19.08	Atribui às Termas das Caldas da Saúde, a competência para terapêutica de doenças da pele, sem prejuízo das indicações terapêuticas constantes do Despacho n.º 50/94, do Ministro da Saúde, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 298, de 27 de dezembro	https://dre.pt/applicati on/file/75163046
4 - Expansão e melhoria da capacidade da rede de cuidados de saúde primários	Despacho	10440/2016	19.08	Regula a atribuição de médico de família aos recém-nascidos, no âmbito dos projetos "Nascer Utente" e "Notícia Nascimento"	https://dre.pt/applicati on/file/75163047
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	10441/2016	19.08	Aprova o novo esquema de vacinação do Programa Nacional de Vacinação (PNV), revogando o esquema de vacinação aprovado pelo Despacho n.º 5786/2015, de 26 de maio	https://dre.pt/applicati on/file/75163048
3 - Reforçar o poder do cidadão no SNS, promovendo disponibilidade, acessibilidade, comodidade, celeridade e humanização dos serviços	Decreto-Lei	49/2016	23.08	Estabelece o regime jurídico do Conselho Nacional de Saúde	https://dre.pt/applicati on/conteudo/75170443
5 - Melhoria da gestão dos hospitais, da circulação de informação clínica e da articulação com outros níveis de cuidados e outros agentes do setor	Despacho	10726-A/2016	29.08	Altera o Despacho n.º 199/2016, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 4, de 7 de janeiro, na redação dada pelo Despacho n.º 2978/2016, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 40, de 26 de fevereiro (Nomeia o Coordenador Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados de Saúde Hospitalares, bem como a Equipa de Apoio)	https://dre.pt/applicati on/file/75222042
5 - Melhoria da gestão dos hospitais, da circulação de informação clínica e da articulação com outros níveis de cuidados e outros agentes do setor	Despacho	10788/2016	01.09	Adapta a constituição e funcionamento da Comissão Coordenadora do Tratamento das Doenças Lisossomais de Sobrecarga (CCTDLs) ao novo enquadramento legal previsto na Portaria n.º 194/2014, de 30 de setembro, alterada pela Portaria n.º 195/2016, de 19 de julho, referente ao processo de identificação, aprovação e reconhecimento dos Centros de Referência Nacionais. Altera e republica o Despacho n.º 2545/2013, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 33, de 15 de fevereiro	https://dre.pt/applicati on/file/75232228
8 - Melhorar a Governação do SNS	Decreto-Lei	62/2016	12.09	Estabelece os termos e condições da prestação de serviços de intervenção em saúde pública pelas farmácias comunitárias, bem como da possibilidade de atribuição de uma remuneração específica às farmácias por dispensa de medicamentos comparticipados, designadamente nos medicamentos inseridos em grupos homogêneos	https://dre.pt/applicati on/file/a/75307753
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	11012/2016	13.09	Determina que os membros que integram a Comissão Executiva da Comissão de Avaliação de Tecnologias de Saúde (CATS), bem como os seus grupos de trabalho, têm direito a senhas de presença e a compensação pelas deslocações e ajudas de custo, bem como a uma compensação própria pela emissão de cada parecer que lhes seja solicitado, no âmbito do Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de Saúde (SINATS),	https://dre.pt/applicati on/file/75291461

				nos termos especificados no presente despacho	
1 - Promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública	Despacho	11035-A/2016	13.09	Cria o Centro de Emergências em Saúde Pública (CESP) no âmbito da Direção-Geral da Saúde	https://dre.pt/applicati on/file/75324177
5 - Melhoria da gestão dos hospitais, da circulação de informação clínica e da articulação com outros níveis de cuidados e outros agentes do setor	Despacho	11231/2016	19.09	Constitui um grupo de trabalho com o objetivo de apresentar uma proposta de operacionalização da promoção e vigilância da saúde através do Serviço Nacional de Saúde	https://dre.pt/applicati on/file/75353377
5 - Melhoria da gestão dos hospitais, da circulação de informação clínica e da articulação com outros níveis de cuidados e outros agentes do setor	Portaria	252/2016	19.09	Cria o Grupo de Trabalho de Análise da Medicina Física e de Reabilitação em Ambulatório (MFRA), tendo como missão a apresentação de propostas que conduzam a uma maior internalização de cuidados no âmbito da MFR, bem como contribuir para a adequada operacionalização da Portaria n.º 178-A/2016, de 1 de julho	https://dre.pt/applicati on/file/75355488
1 - Promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública	Despacho	11232/2016	19.09	Determina a criação e estabelece disposições da Comissão para a Reforma da Saúde Pública Nacional, com vista a promover uma discussão abrangente da Reforma da Saúde Pública, com todos os seus atores	https://dre.pt/applicati on/file/75353379
1 - Promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública	Despacho	11233/2016	19.09	Estabelece disposições para melhorar a acessibilidade e simplificar os processos no acesso aos produtos para absorção de urina e fezes, para pessoas abrangidas nos termos da legislação em vigor, bem como aos doentes ostomizados, na obtenção do material, produtos e acessórios de ostomia	https://dre.pt/applicati on/file/75353380
1 - Promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública	Dec. Ret.	940/2016	23.09	Retifica o Despacho n.º 11232/2016, publicado no Diário da República n.º 180, Série II, de 19 de setembro (Determina a criação e estabelece disposições da Comissão para a Reforma da Saúde Pública Nacional)	https://dre.pt/applicati on/file/75389072
5 - Melhoria da gestão dos hospitais, da circulação de informação clínica e da articulação com outros níveis de cuidados e outros agentes do setor	Portaria	255/2016	27.09	Altera a Portaria n.º 223/2015, de 27 de julho [Regula o procedimento de pagamento da comparticipação do Estado no preço de venda ao público (PVP), dos medicamentos dispensados a beneficiários do Serviço Nacional de Saúde (SNS)]	https://dre.pt/applicati on/conteudo/75415905
9 - Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde	Portaria	256/2016	28.09	Aprova os princípios e normas das boas práticas de distribuição de dispositivos médicos, constantes em anexo, a observar pelas entidades que se dediquem ao exercício da atividade de distribuição por grosso de dispositivos médicos	https://dre.pt/applicati on/conteudo/75430926
9 - Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde	Despacho	11613/2016	29.09	Nomeia, na dependência do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, a Comissão de Regulamentação da Lei n.º 25/2016, de 22 de agosto, que regula o acesso à prestação de substituição, e procede à terceira alteração à Lei n.º 32/2006, de 26 de julho	https://dre.pt/applicati on/file/75436611
9 - Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde	Despacho	11648-B/2016	29.09	Designa os membros da Comissão Nacional para os Centros de Referência	https://dre.pt/applicati on/file/75442584
9 - Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde	Despacho	11774/2016	03.10	Reconhece o interesse público da construção, no Município de Sintra, da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Almargem do Bispo	https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/75450404/details/5/maximized?p_auth=vpRO00J3&serie=II&parte_filter=31&day=2016-10-03&date=2016-10-01
1 - Promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública	Despacho	11924/2016	06.10	Nomeia e define as competências do Coordenador Nacional para Projetos Inovadores em Saúde, para os novos hospitais e turismo de saúde, bem como os elementos da sua Equipa de Apoio	https://dre.pt/applicati on/file/75461868
9 - Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde	Portaria	262/2016	07.10	Regulamenta a remuneração específica atribuída às farmácias, por dispensa de medicamentos comparticipados, em função da redução dos preços de referência	https://dre.pt/applicati on/conteudo/75481291
5 - Melhoria da gestão dos hospitais, da circulação de informação clínica e da articulação com outros níveis de cuidados e outros agentes do setor	Despacho	12247/2016	11.10	Aprova as novas tabelas de preços a praticar pelo Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P., constantes dos anexos I e II ao presente despacho, que dele fazem parte integrante, e revoga o Despacho n.º 9901/2012, de 23 de julho de 2012	https://dre.pt/applicati on/file/75504122
5 - Melhoria da gestão dos hospitais, da circulação de informação clínica e da articulação com outros níveis de cuidados e outros agentes do setor	Despacho	12248/2016	11.10	Estabelece disposições sobre a celebração de contratos públicos de aprovisionamento (CPA) com vista ao fornecimento de medicamentos analgésicos, antipiréticos e antidepressivos, no âmbito de concurso público (CP 2016/44), lançado pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (SPMS, E.P.E)	https://dre.pt/applicati on/file/75504123

5 - Melhoria da gestão dos hospitais, da circulação de informação clínica e da articulação com outros níveis de cuidados e outros agentes do setor	Despacho	12249/2016	11.10	Estabelece disposições sobre a celebração de contratos públicos de aprovisionamento (CPA) com vista ao fornecimento de material de ostomia e eliminação, no âmbito de concurso público (CP 2016/27), lançado pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E. (SPMS, E. P. E.)	https://dre.pt/applicati on/file/75504124
5 - Melhoria da gestão dos hospitais, da circulação de informação clínica e da articulação com outros níveis de cuidados e outros agentes do setor	Despacho	12250/2016	11.10	Estabelece disposições sobre a celebração de contratos públicos de aprovisionamento (CPA) com vista ao fornecimento de medicamentos usados como meios de diagnóstico em imagiologia, no âmbito de concurso público (CP 2015/56A), lançado pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E. (SPMS, E. P. E.)	https://dre.pt/applicati on/file/75504125
5 - Melhoria da gestão dos hospitais, da circulação de informação clínica e da articulação com outros níveis de cuidados e outros agentes do setor	Despacho	12251/2016	11.10	Estabelece disposições sobre a celebração de contratos públicos de aprovisionamento (CPA) com vista ao fornecimento de medicamentos do aparelho respiratório, no âmbito de concurso público (CP 2015/12), lançado pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E. (SPMS, E. P. E.)	https://dre.pt/applicati on/file/75504126
8 - Melhorar a Governação do SNS	Resolução do Conselho de Ministros	56/2016	13.10	Aprova a Estratégia Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde 2016 -2020	https://dre.pt/applicati on/conteudo/75521164
8 - Melhorar a Governação do SNS	Resolução	29/2016	14.10	Designa o presidente e o vice-presidente do Conselho Nacional de Saúde	https://dre.pt/applicati on/file/a/75532478
8 - Melhorar a Governação do SNS	Resolução do Conselho de Ministros	62/2016	17.10	Aprova a Estratégia Nacional para o Ecossistema de Informação de Saúde 2020 - ENESIS 2020	https://dre.pt/applicati on/conteudo/75542124
2 - Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde	Portaria	275/2016	18.10	Altera a Portaria n.º 142-B/2012, de 15 de maio [que define as condições em que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) assegura os encargos com o transporte não urgente de doentes, que seja instrumental à realização das prestações de saúde]	https://dre.pt/applicati on/file/75542061
2 - Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde	Despacho	12799-A/2016	24.10	Determina a prorrogação, até 31 de outubro de 2017, do prazo de vigência dos contratos celebrados ao abrigo do regime jurídico das convenções, Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro	https://dre.pt/applicati on/file/75596107
1 - Promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública	Portaria	278/2016	24.10	Primeira alteração da Portaria n.º 148-A/2016, de 23 de maio, que estabelece os formatos comuns para a comunicação e disponibilização de informações sobre produtos do tabaco e cigarros eletrónicos e recargas, bem como o valor das taxas a pagar pelos fabricantes e importadores, relativamente à receção, conservação, tratamento, análise e publicação das informações	https://dre.pt/applicati on/conteudo/75584794
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	12837/2016	25.10	Determina que todas as unidades e estabelecimentos de saúde integrados no Serviço Nacional de Saúde que ainda não aderiram ao Sistema Nacional de Compras Públicas devem fazê-lo mediante a celebração de contrato de adesão com a Entidade de Serviços Partilhados da Administração Pública, I. P., até 31 de outubro de 2016	https://dre.pt/applicati on/file/75593291
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	12875-A/2016 - Suplemento	25.10	Determina que os saldos existentes dos aumentos de capital, realizados de acordo com o disposto no Despacho n.º 15476-B/2014, de 19 de dezembro, são aplicados no pagamento de dívidas vencidas a fornecedores, contraídas até 30 de setembro de 2017	https://dre.pt/applicati on/file/75593673
2 - Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde	Resolução do Conselho de Ministros	67/2016	26.10	Cria o Centro Nacional de TeleSaúde	https://dre.pt/applicati on/conteudo/75606250
9 - Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde	Portaria	280/2016	26.10	Regula o procedimento de análise retrospectiva das situações de homicídio ocorrido em contexto de violência doméstica	https://dre.pt/applicati on/conteudo/75606252
7 - Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de Saúde	Portaria	281/2016	26.10	Cria o grupo de trabalho para o desenvolvimento e acompanhamento de boas práticas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, no âmbito da equipa de saúde familiar e demais equipas dos cuidados de saúde primários, revogando a Portaria n.º 8/2015, de 12 de janeiro, que determinou que a implementação da atividade do enfermeiro de família no Serviço Nacional de Saúde (SNS) se desenvolveria através de experiências-piloto	https://dre.pt/applicati on/conteudo/75606253
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	12997/2016	28.10	Determina a criação de uma Equipa de Acompanhamento dos Estudos de Avaliação ex-post da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), iniciada pelo XVII Governo Constitucional e centrada na transformação de Unidades de Cuidados de Saúde Primários	https://dre.pt/applicati on/file/75619563

				(UCSP) em Unidades de Saúde Familiares (USF), a realizar pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e pela Direção-Geral da Qualificação dos Trabalhadores em Funções Públicas (INA), coordenada pelo Prof. Doutor Constantino Theodor Sakellarides	
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	13120/2016	02.11	Nomeia os membros da Comissão de Avaliação de Medicamentos	https://dre.pt/applicati on/file/75639064
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	13260-A/2016	04.11	Aprova os modelos de receita médica e de guia de tratamento, que passam a conter os logótipos «República Portuguesa - Saúde» e «SNS - Serviço Nacional de Saúde»	https://dre.pt/applicati on/file/75662385
1 - Promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública	Portaria	284/2016	04.11	Estabelece o regime de comparticipação dos dispositivos médicos para o apoio aos doentes ostomizados, destinados a beneficiários do Serviço Nacional de Saúde	https://dre.pt/applicati on/conteudo/75662180
8 - Melhorar a Governação do SNS	Portaria	284-A/2016	04.11	Procede à terceira alteração à Portaria n.º 224/2015, de 27 de julho, na redação resultante das Portarias n.os 417/2015, de 4 de dezembro, e 138/2016, de 13 de maio, e à sua republicação (Estabelece o regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição e dispensa de medicamentos e produtos de saúde e define as obrigações de informação a prestar aos utentes)	https://dre.pt/applicati on/conteudo/75660778
2 - Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde	Despacho	13277/2016	07.11	Determina, no âmbito do Programa Nacional para a Diabetes, o desenvolvimento da estratégia de Acesso a Tratamento com Dispositivos de Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina (PSCI), com o objetivo de assegurar a cobertura de toda a população elegível em idade pediátrica até ao ano de 2019	https://dre.pt/applicati on/file/75661420
7 - Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de Saúde	Despacho	13278/2016	07.11	Constitui um grupo de trabalho com o objetivo de proceder à análise, estudo e elaboração de propostas relativamente aos modelos de organização da prestação de cuidados na área da psicologia no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e à definição e caracterização das várias intervenções no contexto do ato do psicólogo	https://dre.pt/applicati on/file/75661421
8 - Melhorar a Governação do SNS	Dec. Reg.	4/2016	08.11	Procede à primeira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 23/2012, de 9 de fevereiro, que aprova a orgânica da Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, cometendo a este serviço uma atribuição no âmbito do SIADAP 1	https://dre.pt/applicati on/conteudo/75688300
9 - Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde	Decreto-Lei	74/2016	08.11	Procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 16/99, de 25 de janeiro, que regula o licenciamento, o funcionamento e a fiscalização do exercício da atividade das unidades privadas que atuam na área do tratamento ou da recuperação de toxicod dependentes e define os requisitos a que devem obedecer as suas instalações, organização e funcionamento, clarificando a efetiva competência da Entidade Reguladora da Saúde	https://dre.pt/applicati on/conteudo/75688298
9 - Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde	Decreto-Lei	75/2016	08.11	Procede à sétima alteração ao Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, que estabelece o regime jurídico das farmácias de oficina e revoga o Decreto-Lei n.º 241/2009, de 16 de setembro	https://dre.pt/applicati on/conteudo/75688299
9 - Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde	Despacho	13345/2016	09.11	Cria o Grupo de Trabalho interministerial, adiante designado Grupo de Trabalho, para identificação dos constrangimentos e instrumentos que contribuam para dinamizar a atividade terminal	https://dre.pt/applicati on/file/75692743
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	13445/2016	10.11	Despacho que cria o Grupo de Trabalho de Revisão da Despesa Pública	https://dre.pt/applicati on/file/75697961
9 - Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde	Portaria	287/2016	10.11	Aprova e define o regime excepcional de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos, aplicável aos pensionistas e aos futuros pensionistas que tenham descontado, especificamente até 1984, para o Fundo Especial de Segurança Social do Pessoal da Indústria de Lanifícios	https://dre.pt/applicati on/conteudo/75708274
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	13585-A/2016	11.11	Cria um grupo de trabalho destinado à análise, revisão e implementação da carreira de administração hospitalar	https://dre.pt/applicati on/file/75729488
1 - Promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública	Despacho	13585-B/2016	11.11	Cria e determina a composição de um Grupo de Trabalho para a elaboração do estudo tendente à criação do Polo Hospitalar de Sintra, designado por Grupo de Trabalho do Polo Hospitalar de Sintra	https://dre.pt/applicati on/file/75729489
4 - Expansão e melhoria da capacidade da rede de cuidados de saúde primários	Despacho	13659-A/2016	14.11	Identifica como carenciados, na área de Medicina Geral e Familiar, os serviços e estabelecimentos de saúde e respetivas unidades funcionais, constantes no quadro em anexo, com vista a abertura de procedimento concursal, para	https://dre.pt/applicati on/file/75740619

				celebração de contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado ou de contrato de trabalho sem termo ao abrigo do Código do Trabalho, consoante se trate de, respetivamente, estabelecimentos do sector público administrativo ou entidades públicas de natureza empresarial	
8 - Melhorar a Governação do SNS	Portaria	290-A/2016	16.11	Altera a Portaria n.º 195-C/2015, de 30 de junho, que estabelece as regras e procedimentos de formação, alteração e revisão dos preços dos medicamentos sujeitos a receita médica e medicamentos não sujeitos a receita médica comparticipados, bem como as respetivas margens de comercialização, e a Portaria n.º 154/2016, de 27 de maio, que regula o regime de preços notificados dos medicamentos sujeitos a receita médica não comparticipados ou não comparticipáveis. Revoga os nr. 4 e 6 do artigo 20.º da Portaria n.º 195-C/2015, de 30 de junho	https://dre.pt/applicati on/file/75745932
8 - Melhorar a Governação do SNS	Portaria	290-B/2016	16.11	Define os países de referência, a considerar em 2017, para a autorização dos preços dos novos medicamentos e para efeitos de revisão anual de preços dos medicamentos do mercado hospitalar e do mercado de ambulatório e introduz um critério excecional a aplicar no regime de revisão de preços e a sua suspensão para os medicamentos genéricos	https://dre.pt/applicati on/file/75745933
2 - Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde	Portaria	292/2016	17.11	Determina o valor da comparticipação por beneficiário do subsistema, inscrito na base de dados do cartão de saúde, até à extinção de todos os protocolos celebrados ao abrigo do disposto no n.º 6 do artigo 25.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, na redação dada pelo Decreto-Lei n.º 401/98, de 17 de dezembro	https://dre.pt/applicati on/conteudo/75757399
3 - Reforçar o poder do cidadão no SNS, promovendo disponibilidade, acessibilidade, comodidade, celeridade e humanização dos serviços	Despacho	14202-A/2016	25.11	Determina como objetivos prioritários, no âmbito do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo e do Programa Tipo de atuação em Cessação Tabágica, assegurar o acesso a consultas de apoio intensivo à cessação tabágica, desenvolver ações de formação e campanhas informativas, promover o acesso a medicamentos e concluir o processo de informatização dos registos das intervenções e das consultas de apoio intensivo à cessação tabágica	https://dre.pt/applicati on/file/75790835
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	14174/2016	25.11	Cria um Grupo de Trabalho coordenado pelo Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, com o objetivo de apresentar os projetos de Portarias, que fixem os requisitos técnicos de funcionamento, aplicáveis a cada uma das tipologias de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde	https://dre.pt/applicati on/file/91868016
3 - Reforçar o poder do cidadão no SNS, promovendo disponibilidade, acessibilidade, comodidade, celeridade e humanização dos serviços	Despacho	14311-A/2016	28.11	Aprova o Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos para o biénio 2017/2018, designa os coordenadores, quer a nível nacional, quer a nível regional e define as competências dos órgãos máximos de gestão dos serviços e entidades prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS)	https://dre.pt/applicati on/file/105264087
4 - Expansão e melhoria da capacidade da rede de cuidados de saúde primários	Portaria	301-A/2016	30.11	Regula os termos e condições da contratualização com as farmácias comunitárias do Programa Troca de Seringas	https://dre.pt/applicati on/file/105292093
4 - Expansão e melhoria da capacidade da rede de cuidados de saúde primários	Despacho	14523/2016	02.12	Altera os artigos 2.º e 3.º do Despacho n.º 6739-A/2016, de 20 de maio de 2016, que fixa o número máximo de Unidades de Saúde Familiar (USF) a constituir e determina o número máximo de USF que transitam do modelo A para o modelo B no ano de 2016	https://dre.pt/applicati on/file/105289187
4 - Expansão e melhoria da capacidade da rede de cuidados de saúde primários	Despacho	14524/2016	02.12	Nomeia a Comissão de Acompanhamento da execução do Acordo, celebrado entre o Ministério das Finanças, o Ministério da Saúde, o Ministério da Economia e a Indústria Farmacêutica, por intermédio da APIFARMA - Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica, para o período de 2016 a 2018, que visa contribuir para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, garantir o acesso ao medicamento e reforçar as condições de atratividade para o investimento em Portugal	https://dre.pt/applicati on/file/105289188
4 - Expansão e melhoria da capacidade da rede de	Despacho	14723/2016	06.12	Determina que as Administrações Regionais de Saúde, I. P., devem manter uma equipa	https://dre.pt/applicati on/file/105312140

cuidados de saúde primários				multidisciplinar de assessoria técnica, supervisão, apoio especializado e acompanhamento, denominada Equipa Regional de Apoio e Acompanhamento (ERA), da reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados de Saúde Primários	
7 - Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de Saúde	Despacho	14813/2016	07.12	Fixa o número de médicos internos a quem pode ser reconhecido o estatuto de interno doutorando e define as áreas prioritárias de formação, para o ano de 2016	https://dre.pt/applicati on/file/105322463
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	14964/2016	12.12	Estabelece disposições sobre a celebração de contratos públicos de aprovisionamento (CPA) com vista ao fornecimento de Fatores VIII e IX da Coagulação Humana, Fator VIII da Coagulação Humana + Fator de Von Willebrand Humano e Fator de Von Willebrand Humano, no âmbito de concurso público (CP 2015/9A), lançado pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E. (SPMS, E. P. E.)	https://dre.pt/applicati on/file/105346845
9 - Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde	Portaria	310/2016	12.12	Define os requisitos técnicos de funcionamento das unidades privadas e dos estabelecimentos hospitalares do SNS, que tenham por objeto a prestação de serviços médicos e de enfermagem em obstetria e neonatologia, no que respeita às normas de qualidade e segurança e à elaboração e comunicação dos relatórios de avaliação dos cuidados prestados, nomeadamente nas unidades sem urgência aberta, nas unidades com urgência permanente e aberta ao exterior com equipa nuclear e nas unidades com urgência permanente e aberta ao exterior com equipa alargada (as que recebem grávidas em qualquer idade gestacional). Revoga os artigos 3.º e 8.º e a alínea h) do n.º 3 do artigo 13.º da Portaria n.º 615/2010, de 3 de agosto, alterada pela Portaria n.º 8/2014, de 14 de janeiro	https://dre.pt/applicati on/conteudo/105347307
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	15067/2016	14.12	Determina que o montante disponível para programas de apoio para financiamento a projetos pontuais a atribuir pela Direção-Geral da Saúde, sejam eles nacionais ou regionais, é de 2.763.415,00 EUR, em 2017	https://dre.pt/applicati on/file/105366508
8 - Melhorar a Governação do SNS	Decreto Retificativo	1236-a/2016	15.12	Retifica o Despacho n.º 14964/2016, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 236, de 12 de dezembro [Estabelece disposições sobre a celebração de contratos públicos de aprovisionamento (CPA) com vista ao fornecimento de Fatores VIII e IX da Coagulação Humana, Fator VIII da Coagulação Humana + Fator de Von Willebrand Humano e Fator de Von Willebrand Humano, no âmbito de concurso público (CP 2015/9A), lançado pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E. (SPMS, E. P. E.)]	https://dre.pt/applicati on/file/a/105379691
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	15135/2016	15.12	Determina a implementação, acompanhamento e monitorização de um programa-piloto para a introdução progressiva de incentivos à colocação de próteses para a reabilitação oral de doentes tratados com cancro de cabeça e pescoço, no âmbito do processo de contratualização de cuidados de saúde hospitalares que se encontra implementado no SNS	https://dre.pt/applicati on/file/105349170
7 - Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de Saúde	Portaria	323/2016	19.12	Altera a Portaria n.º 250/2014, de 28 de novembro (Regulamenta a tramitação do procedimento concursal de recrutamento para os postos de trabalho em funções públicas, no âmbito da carreira especial de enfermagem)	https://dre.pt/applicati on/file/a/105387031
2 - Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde	Portaria	329/2016	20.12	Estabelece a comparticipação dos medicamentos destinados ao tratamento da dor crónica não oncológica moderada a forte	https://dre.pt/applicati on/file/a/105578683
2 - Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde	Portaria	330/2016	20.12	Estabelece o regime excecional de comparticipação nos medicamentos destinados ao tratamento de doentes com Esclerose Múltipla. Revoga o Despacho n.º 11728/2004, de 15 de junho, alterado pelo Despacho n.º 5775/2005, de 17 de março, este último objeto da Declaração de Retificação n.º 653/2005, de 22 de abril, e alterado pelos Despachos n.os 10303/2009, 12456/2010, 13654/2012 e 7468/2015, de 20 de abril, de 2 de agosto, de 22 de outubro e de 7 de julho, respetivamente	https://dre.pt/applicati on/file/a/105578684
8 - Melhorar a Governação do SNS	Despacho	15300-A/2016	20.12	Determina que o Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I. P. (IPST, I. P.) deve apresentar um plano operacional para a	https://dre.pt/applicati on/file/a/105580083

				utilização do plasma colhido em Portugal e que, até ao final do primeiro quadrimestre de 2017, as instituições e entidades do Serviço Nacional de Saúde passam a recorrer ao IPST, I. P., para satisfazer as suas necessidades em plasma	
7 - Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de Saúde	Despacho	15385-B/2016	21.12	Identifica como carenciados nas áreas profissionais hospitalar e de saúde pública, os serviços e estabelecimentos de saúde, tendo em vista a abertura de procedimento concursal para celebração de contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado ou de contrato individual de trabalho por tempo indeterminado, ao abrigo do Código do Trabalho, consoante se trate de, respetivamente, estabelecimentos do setor público administrativo ou entidades públicas de natureza empresarial	https://dre.pt/applicati on/file/a/105595664
2 - Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde	Portaria	331/2016	22.12	Estabelece um regime excecional de comparticipação nos medicamentos destinados ao tratamento da dor oncológica, moderada a forte	https://dre.pt/applicati on/file/a/105595660
7 - Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de Saúde	Despacho	15591-B/2016	27.12	Retifica o Anexo do Despacho n.º 15385-B/2016, de 21 de dezembro, que identifica os serviços e estabelecimentos de saúde com maiores carências de pessoal médico nas áreas profissionais hospitalar e de saúde pública	https://dre.pt/applicati on/file/a/105642077
7 - Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de Saúde	Portaria	340/2016	29.12	Atualiza o programa de formação da área de especialização de Psiquiatria	https://dre.pt/applicati on/file/a/105647879
7 - Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de Saúde	Portaria	341/2016	29.12	Atualiza o programa de formação da área de especialização de Neurorradiologia	https://dre.pt/applicati on/file/a/105647880
7 - Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de Saúde	Portaria	342/2016	29.12	Atualiza o programa de formação da área de especialização de Pneumologia	https://dre.pt/applicati on/file/a/105647881
2 - Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde	Dec. Reg.	6/2016	29.12	Regulamenta a procriação médica assistida	https://dre.pt/applicati on/file/a/105647878

