

PART 2: DESCRIÇÃO DAS REFORMAS E DOS INVESTIMENTOS

A. COMPONENTE 1: Serviço Nacional de Saúde (SNS)

1. Descrição da Componente

Serviço Nacional de Saúde

Área de política: Vulnerabilidades Sociais

Objetivos:

Reforçar a capacidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) para responder às mudanças demográficas e epidemiológicas do país, à inovação terapêutica e tecnológica, à tendência de custos crescentes em saúde e às expectativas de uma sociedade mais informada e exigente.

Reformas e/ou investimentos:

Reformas:

- RE-r01: Reforma dos cuidados de saúde primários
- RE-r02: Reforma da saúde mental
- RE-r03: Conclusão da reforma do modelo de governação dos hospitais públicos

Investimentos:

- RE-C01-i01: Cuidados de Saúde Primários com mais respostas
- RE-C01-i02: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e Rede Nacional de Cuidados Paliativos
- RE-C01-i03: Conclusão da Reforma de Saúde Mental e implementação da Estratégia para as Demências
- RE-C01-i04: Equipamento dos Hospitais Seixal, Sintra, Lisboa
- RE-C01-i05-RAM: Fortalecimento do Serviço Regional de Saúde da RAM.
- RE-C01-i06: Transição digital da Saúde
- RE-C01-i07-RAM: Digitalização na área da Saúde da RAM
- RE-C01-i08-RAA: Hospital Digital Região Autónoma dos Açores
- RE-C01-i09: Sistema Universal de Apoio à Vida Ativa (SUAVA)

Custo estimado: 1.398 M EUR

Subvenções MRR: 1.383 M de EUR

Empréstimos MRR: 0 milhões de EUR

2. Principais desafios e objetivos

Contexto e Desafios

Atualmente, o sistema de saúde português enfrenta importantes desafios associados à evolução das necessidades em saúde e ao aumento das exigências e expectativas da população, destacando-se os seguintes desafios:

1. **Transição demográfica**, caracterizada pelo aumento acelerado da população idosa e pela redução da população jovem. Em 2019, a idade média da população residente em Portugal era 45,5 anos (aumento de 4 anos na última década, segundo o INE, 2020) e as pessoas com 65 ou mais anos representavam 22% da população (com um ritmo médio de crescimento da população idosa de 2%, desde 1971, um dos valores mais elevados entre os países da OCDE). Por outro lado, a taxa bruta de natalidade era de 8,4 por mil habitantes em 2019, -1,2 do que em 2010, por exemplo. A esperança média de vida à nascença tem aumentado nas últimas décadas, tendo atingido os 80,93 anos no período 2017-2019, sendo de 77,95 anos para os homens e de 83,51 para as mulheres (INE, 2020). De acordo com as últimas projeções, em 2060, a população residente em Portugal poderá reduzir-se para 9,2 milhões de habitantes, passando o índice de envelhecimento para 308 idosos por cada 100 jovens (INE, 2020), um dos valores mais elevados do mundo.
2. **Alteração dos padrões de doença**, com peso crescente das doenças crónicas e degenerativas (Portugal é o 3.º país da OCDE com maior percentagem de pessoas com mais de 65 anos a viver com duas ou mais doenças crónicas, segundo o relatório Health at a Glance 2019), e aumento gradual da multimorbilidade, que já afeta mais de um terço da população portuguesa, de acordo com o 1.º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico elaborado pelo INSA (2016), atingindo com maior frequência as mulheres, os indivíduos mais velhos, as regiões de Lisboa e Vale do Tejo, Norte, Algarve e Alentejo e os níveis educacionais mais baixos. Como tal, a esperança de vida saudável aos 65 anos é de apenas 7,3 anos, valor inferior à média europeia (INE, 2019).
3. **Elevada mortalidade evitável**, nomeadamente a que ocorre antes dos 70 anos de idade. Apesar de Portugal estar abaixo da média da OCDE nas principais causas de mortalidade evitável, quer nas que podem ser prevenidas (com 110 mortes por 100 000 hab.), quer nas que podem ser tratadas (69 mortes por 100 000 hab.), continua a haver mortes evitáveis no País. De facto, em 2016, cerca de 41% do total de anos de vida saudável perdidos por morte prematura em Portugal poderia ter sido evitado se fossem eliminados os principais fatores de risco modificáveis, de acordo com o Global Burden of Disease. Adicionalmente, constata-se que as mortes por doenças cardiovasculares estão a diminuir (apesar de continuarem a ser uma das principais causas de morte), mas a mortalidade pela diabetes está acima da média da União Europeia (UE), ainda que tenha havido uma melhoria apreciável nos últimos cinco anos (mortalidade de 38,7 por 100 000 hab., comparativamente com 22,2 em média na UE, em 2016). O cancro pulmonar e o cancro colorretal são as causas de morte por cancro mais comuns em Portugal, tendo as taxas de mortalidade aumentado em ambas as patologias desde 2000 (OCDE, 2019).
4. **Baixos níveis de bem-estar e qualidade de vida**, essencialmente na população com mais de 65 anos. Atualmente, apenas cerca de metade dos portugueses reporta o seu estado de saúde como sendo Bom ou Muito Bom, o que representa o 4.º pior resultado dos países da OCDE (Health Data 2020). Os problemas de saúde mental são uma das principais causas da deterioração da qualidade de vida, especialmente na população idosa, a par da incapacidade provocada pela elevada incidência das doenças crónicas. Merece particular destaque a incidência de doenças degenerativas e quadros demenciais, sobretudo pelo aumento exponencial da prevalência no grupo etário dos 65 aos 69 anos (42%). Nos países da OCDE, em média, estima-se que a demência afete cerca de 15 em cada 1 000 pessoas. Em Portugal, a prevalência da demência situa-se ligeiramente acima dos 20 casos por 1 000, prevendo-se que duplique em 2050 (40,5 casos por 1 000 hab.).

5. **Fraca aposta na promoção da saúde e na prevenção da doença**, dois aspetos decisivos para responder pró-ativamente à evolução das necessidades em saúde da população e para garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde e de proteção social. A percentagem da despesa em saúde dedicada a atividades de promoção da saúde em Portugal é de 1,8%, representando quase metade da média de 27 países da OCDE (2,8%). Por outro lado, a cobertura de rastreios de base populacional e de programas de diagnóstico precoce é ainda desigual e iníqua, a nível nacional, destacando-se a existência de grandes franjas da população que ainda não têm acesso a esta resposta no SNS.
6. **Fragmentação dos cuidados prestados**, com elevada predominância de intervenções episódicas, descontinuadas, reativas e centradas no tratamento da doença. Vários estudos têm concluído que tais características conduzem a atrasos nos diagnósticos, nomeadamente nas doenças crónicas mais prevalentes (diabetes, cardiovasculares, oncológicas, respiratórias), à duplicação de cuidados, admissões hospitalares evitáveis, a pior qualidade de vida e a custos mais elevados. Nos doentes com multimorbilidade, por exemplo, este problema é particularmente crítico. Os doentes percorrem diversas especialidades, para cada patologia que têm, realizando exames complementares, por vezes repetidos, e recebendo prescrições terapêuticas que, muitas vezes, não são a combinação ótima, para o conjunto das suas necessidades.
7. **Peso elevado de pagamentos diretos na saúde (*out of pocket*)**, que representam 29,5% da despesa total em saúde em Portugal (OCDE, 2020), valor mais elevado do que a média da UE (20,1%). Esta elevada percentagem resulta, essencialmente, da comparticipação de produtos farmacêuticos (6,4%) e do consumo de cuidados de ambulatorios em entidades privadas (13,1%), relacionadas com dificuldades de acesso atempado ao SNS ou com ausência de respostas em áreas não cobertas pelo Serviço Público, como acontece com a reabilitação ou com a saúde oral (as necessidades de cuidados dentários não satisfeitas em Portugal são as segundas mais elevadas na UE e correspondem a cerca do quádruplo da média, segundo a OCDE, 2019). Recordar-se que o elevado peso dos custos diretos pode limitar o acesso ao sistema de saúde e que 8% dos agregados familiares portugueses tiveram despesas de saúde catastróficas em 2016, um dos valores mais elevados da OCDE.

Objetivos

Estes desafios são transversais ao sistema de saúde português e foram agudizados pela presente pandemia COVID-19, que teve um impacto muito significativo na resposta aos doentes COVID, nomeadamente em termos de doentes internados em enfermaria e em unidades de cuidados intensivos, mas essencialmente aos doentes não COVID, traduzindo-se na realização de -6,7 milhões de consultas médicas presenciais nos centros de saúde, -35% de referências para consultas hospitalares, -1,2 milhões de consultas hospitalares realizadas, -100 mil cirurgias programadas, até outubro de 2020, comparando com o período homólogo do ano anterior.

Esta realidade exige a implementação de reformas estruturais que visem o reforço das medidas de saúde pública e do SNS, alavancadas por investimentos dirigidos aos seus principais pilares organizacionais, nomeadamente aos cuidados de saúde primários (pelo seu papel central na organização do sistema), aos cuidados hospitalares (pela sua importância nos ganhos em saúde e na sustentabilidade financeira) e às redes de cuidados continuados integrados, de cuidados paliativos e de saúde mental (pela sua relevância para responder às necessidades da população mais envelhecida e com mais carga de doença), onde velhos e novos desafios se colocam.

A concretização das reformas e dos investimentos que integram esta componente exige que seja definido um regime excecional de contratação de recursos humanos por parte do Ministério da Saúde, à semelhança do que aconteceu recentemente no âmbito da resposta à pandemia COVID-19 (conforme Decreto-Lei n.º 10-A/2020, de 13 de março, na sua redação atual, ou a Portaria n.º 270/2020, de 19 de novembro), considerando que os

recursos humanos são o fator mais relevante no processo de prestação de cuidados de saúde. Este facto ficou muito evidente no âmbito da recente pandemia da COVID-19, onde os profissionais de saúde têm assumido um papel determinante nos resultados que têm sido alcançados em Portugal, respondendo de forma competente, empenhada e solidária ao desafio sanitário que vivemos.

Nos últimos anos, Portugal tem vindo a implementar políticas públicas na área dos recursos humanos assentes, por um lado, no recrutamento de profissionais de saúde e, por outro, na sua valorização e das suas carreiras. Este trabalho tem vindo a ser desenvolvido baseado numa visão estruturada e holística que procura uma resposta integrada ao nível dos cuidados de saúde primários, dos cuidados hospitalares, das unidades de saúde pública, dos cuidados intensivos e dos serviços de emergência médica. Neste sentido, e reconhecendo que a motivação dos profissionais é indispensável para uma resposta pronta e eficaz às necessidades em saúde, desde 2015, que se tem vindo paulatinamente a adotar medidas, muitas delas transversais a toda a Administração Pública, de que são exemplo a regularização da situação de pessoal com vínculos laborais precários, promovendo a sua integração na respetiva carreira com vínculo público por tempo indeterminado, através do Programa de Regularização Extraordinária dos Vínculos Precários da Administração Pública (PREVPAP), o reforço dos mecanismos de recrutamento para zonas geográficas mais carenciadas, como a duplicação de 3 para 6 anos o período considerado para atribuição de incentivos de natureza pecuniária, a reversão das reduções remuneratórias, incluindo as majorações devidas pela realização de trabalho suplementar, o descongelamento de carreiras, entre outras.

Esta política estrutural de investimento no SNS, e reconhecimento da relevância do seu maior património, os seus profissionais, foi muito reforçada em 2020, face à necessária resposta conjuntural à pandemia. Assim, entre 2015 e 2020 assistiu-se a um reforço do número de efetivos nos diversos grupos profissionais, que se traduziu num aumento líquido de 24.618 novos profissionais, entre os quais se contam mais 4.231 médicos (incluindo internos), mais 9.952 enfermeiros e mais 1.674 técnicos superiores das áreas de diagnóstico e de terapêutica, o que se refletiu, naturalmente, na melhoria do acesso e da qualidade dos cuidados de saúde prestados no SNS.

Nos próximos anos será prosseguida esta política de reforço dos recursos humanos, materializado no compromisso assumido de contratar 8.400 profissionais de saúde entre 2020 e 2021, distribuídos por todos os grupos profissionais. No início de 2021, iniciaram a sua formação específica o maior número de médicos desde pelo menos 2009, 1.818, e iniciaram a sua formação geral 2.032 médicos.

No âmbito do atual contexto de emergência sanitária provocada pela COVID-19, Portugal estabeleceu um regime excecional de contratação de profissionais de saúde, de forma a agilizar procedimentos, tendo contratado 9.846 profissionais com vínculos de emprego a termo resolutivo certo, pelo período de quatro meses, mantendo-se ao serviço 8.452 profissionais. Destes contratos, já foram convertidos 1.312 em contratos de trabalho sem termo e foi autorizado o concurso para preenchimento de 708 postos de trabalho mediante celebração de contratos de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado. No âmbito da Medicina Intensiva, foi previsto um regime excecional de contratação de profissionais de saúde para as Unidades de Cuidados Intensivos, o que permitiu contratar sem termo médicos especialistas em anestesiologia (31), cardiologia (31), doenças infecciosas (12), medicina interna (62), medicina intensiva (6), patologia clínica (7) e pneumologia (11), tendo sido celebrados 160 contratos. Para além disso, foram contratados 544 profissionais dos restantes grupos, entre os quais 449 enfermeiros, 8 técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, 71 assistentes operacionais e 16 assistentes técnicos. Procedeu-se à abertura de 48 vagas em 2020 e abrir-se-ão 47 em 2021 para recrutamento e formação de médicos em medicina intensiva. Na área da Saúde Pública, os Médicos de Saúde Pública viram consagrado o seu direito ao pagamento de trabalho suplementar a partir das 200 horas anuais, independentemente do pagamento do suplemento remuneratório mensal por disponibilidade permanente, correspondente a 800€. O SNS tem hoje ao serviço 378 médicos especialistas de Saúde Pública,

mais 57 (+18%) do que em dezembro de 2015. Em dezembro de 2020, encontravam-se a frequentar o internato médico de saúde pública 165 médicos internos. Encontram-se afetos à saúde pública 429 enfermeiros, 1 farmacêutico, 520 técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, 29 técnicos superiores de saúde, 86 técnicos superiores, 244 assistentes técnicos e 48 assistentes operacionais.

Em 2020, Portugal atribuiu um prémio de desempenho no SNS pelo combate à pandemia a 24.940 profissionais, 18% do universo de profissionais de saúde do SNS, no total de 18,6 milhões de euros.

Atualmente, estão a decorrer, também, os concursos para assistente graduado, assistente graduado sénior e consultor, que valorizam a carreira dos nossos médicos, e que continuarão a ser abertos nos prazos determinados.

Para além disso, e tendo em vista obter mais e melhores resultados face aos recursos disponíveis, isto é, aumentar a eficiência do SNS e minimizar algumas assimetrias regionais que ainda se denotaram, em especial no que respeita a grupos de pessoal altamente qualificados, como é o caso do pessoal médico, tem havido a preocupação de aumentar o número de vagas no âmbito do ensino superior e as capacidades formativas.

Ainda assim, tendo em conta os anos de formação específica que são necessários para aquela formação, porque o reflexo desse aumento ainda vai demorar alguns anos a efetivar-se, prevê-se a implementação de medidas legislativas que permitam ultrapassar alguns constrangimentos existentes, sempre com o objetivo de assegurar a adequada racionalização dos recursos humanos disponíveis.

Uma das principais preocupações é, assim, reforçar os mecanismos de mobilidade, enquanto instrumento privilegiado de gestão, permitindo, por exemplo, a estabilização definitiva de vínculos, independentemente da natureza jurídica do vínculo, bem como das entidades envolvidas, que até agora tem gerado algumas dificuldades em termos de planeamento de necessidades em saúde, prerrogativa que está agora prevista na Lei do Orçamento de Estado para 2021.

Paralelamente, e com a convicção de que tal opção irá contribuir para a fixação dos profissionais ao SNS, em cumprimento da Lei de Bases da Saúde, bem como da Lei do Orçamento de Estado para 2021, ultrapassado o atual contexto de pandemia, será avaliada a adoção do regime de dedicação plena dos profissionais de saúde no SNS, equacionando mecanismos de organização do tempo de trabalho e regimes remuneratórios adequados a essa situação, como seja a criação de Centros de Responsabilidade Integrados (CRI) nos hospitais do SNS (constituídos por equipas multidisciplinares integrando médicos, enfermeiros, assistentes técnicos, assistentes operacionais, gestores e administradores hospitalares e outros profissionais de saúde, de acordo com a área ou áreas de especialidade) e a conceção de um regime jurídico que contribua para aumentar a produtividade, nomeadamente criando um mecanismo de compensação para os resultados alcançados, como de resto já sucede com as unidades de saúde familiar, no âmbito dos cuidados de saúde primários.

Relativamente aos mecanismos de recrutamento, em especial no que se refere aos serviços e estabelecimentos de saúde não integrados no setor empresarial do Estado, proceder-se-á à respetiva simplificação, no sentido de assegurar a necessária celeridade.

Tudo isto reflete uma política sem precedentes de valorização dos recursos humanos que procura preparar o SNS para o futuro, colocando o utente no centro do sistema, capacitando e valorizando os profissionais de saúde, aumentando a capacidade de resposta e o robustecimento do SNS e promovendo melhor prestação de cuidados de saúde a toda a população.

Este reforço dos recursos humanos afetos ao Setor da Saúde contribuirá para a recuperação social do país e para aumentar a resiliência da economia portuguesa, preparando-a melhor para o presente e para o futuro. Contribuirá também para reduzir as despesas em saúde das famílias e para assegurar a sustentabilidade financeira do SNS, qualificando os cuidados prestados à população e aumentando a eficiência deste serviço

público, nomeadamente através da: (i) redução de encargos com trabalho suplementar (custaram 282,3 M€, em 2019) e com a prestações de serviços de médicos externos (118,7 M€, em 2019); (ii) internalização no SNS de atividade que atualmente é contratada ao exterior (MCDT, cirurgias, outros), muitas vezes por falta de recursos humanos; (iii) redução de cuidados evitáveis e mais onerosos, tais como urgências e internamentos evitáveis; (iv) outros benefícios dificilmente monetarizáveis ou intangíveis, tais como a satisfação dos profissionais, com reflexos na melhoria do desempenho e redução do absentismo (11,2%, em 2019), ganhos de produtividade, redução de eventos adversos e de infeções nosocomiais, investigação e ensino, entre outros).

Ao nível da transição digital, o país tem apostado, nos últimos 10 anos, no desenvolvimento da arquitetura das aplicações informáticas do Ministério da Saúde, muito centradas na disponibilização de novos canais aos profissionais e utentes para acesso a serviços de saúde; de novos canais de interoperabilidade internos e externos; e de soluções de prescrição eletrónica mais amplas e eficazes. Houve um avanço significativo, realizado há alguns anos, no sentido de todos os médicos poderem aceder à informação clínica dos seus doentes, independentemente do local onde a mesma foi registada, sendo hoje uma realidade, ainda que com a manutenção de alguns indesejáveis problemas.

O sistema apresenta ainda oportunidades de melhoria, nomeadamente, das infraestruturas de rede e sistemas, das aplicações que suportam as atividades clínicas e administrativas nos cuidados de saúde primários, agudos e nos continuados, e das aplicações que facultam os dados de gestão e administração, nas entidades do Ministério da Saúde. Tratando-se, em muitos casos, de tecnologias obsoletas, que dificultam o adequado desempenho e segurança dos dados dos utentes que aí se continuam a depositar. De modo a colmatar a lentidão dos sistemas informáticos têm sido criadas múltiplas aplicações, que tentam minorar o problema, tornando o acompanhamento do sistema ainda mais complexo e espartilhado, bem como aumentando a necessidade de recursos e de operação.

Importa ainda referir que esta atomização dos sistemas dificulta a implementação de políticas nacionais, assim como a monitorização e acompanhamento dessas mesmas medidas. Consequentemente, a não integração dos sistemas tem impacto ao nível da eficiência da prestação de cuidados (maior carga de trabalho e consequente desgaste dos profissionais, desumanização dos cuidados) e na gestão dos doentes e dos serviços.

Por outro lado, apesar das diligências e os excelentes progressos em planos de continuidade e contingência, não existem planos transversais que permitam às instituições lidar com a falência dos sistemas de informação. Atualmente, no caso de falência ou paragem dos sistemas informáticos, na maior parte das situações, não se consegue aceder a informação clínica ou a recuperação é morosa e complexa.

De referir que os profissionais que têm as competências para acompanhamento, operação e desenvolvimento destas ferramentas são cada vez mais escassos, dada a antiguidade dos sistemas e tecnologias envolvidas, o que torna a sua contratação difícil e com um encargo elevado para as instituições.

Existe ainda uma grande deterioração do parque informático disponível nas unidades de saúde. A atualização de sistemas de informação leva a uma exigência de atualização do parque informático, de forma a garantir a usabilidade dos sistemas. A desadequação tecnológica do parque informático leva a problemas permanentes e a repetidas falhas dos sistemas com recorrentes paragens dos mesmos e eventuais perda de dados.

Quanto às aplicações que suportam a atividade dos profissionais clínicos, verifica-se a existência de demasiados atos burocráticos e administrativos, que podem ser exercidos por outros profissionais, ou mesmo eliminados. Além disso, a rigidez dos sistemas dificulta a sua adaptação, interoperabilidade, e utilização a partir de diversas plataformas e locais, limitando a mobilidade dos profissionais.

A ausência de uma gestão única de identidades impõe a multiplicação de credenciais de acesso, com diferentes níveis de segurança, o que dificulta a atividade dos profissionais e suscita questões de segurança.

Esta percepção de falta de evolução dos sistemas sentida por muitos profissionais acaba por resultar em falta de confiança no sistema e resistência à mudança, que promove a criação de soluções alternativas, incoerentes e desarticuladas com as restantes peças do sistema.

O cidadão, pelo seu lado, manifesta um desconhecimento profundo da oferta de serviços digitais, já hoje disponibilizados, muito em resultado da sua atomização, de dificuldades no acesso e da falta de comunicação eficaz, o que muitas vezes desincentiva o incremento de serviços disponibilizados por estas vias.

Adicionalmente, a qualidade dos dados nem sempre é a melhor, o que dificulta o tratamento automatizado e a reutilização dos mesmos para outros fins, designadamente para antecipar as necessidades de informação que suporte a decisão dos profissionais, das organizações e dos cidadãos.

O atual contexto de pandemia ajudou a afastar dúvidas sobre o uso das ferramentas tecnológicas, designadamente no âmbito da telessaúde. É, portanto, necessário aproveitar a oportunidade que o Plano de Recuperação e Resiliência representa para a evolução e uniformização dos sistemas, desenvolvendo novas soluções que apresentem, entre outras, melhoria na experiência de utilização, mais simples e intuitiva, no acesso aos dados em contexto, na identificação, autenticação e autorização comum e na mobilidade, tendo as entidades, os profissionais, mas também os cidadãos como beneficiários.

Em coerência com a análise e identificação dos desafios e objetivos atrás descritos, também na Região Autónoma da Madeira (RAM) se definiu como urgente robustecer o sistema regional de saúde tornando-o mais resiliente. O Plano Estratégico do Sistema Regional de Saúde identifica um conjunto de fragilidades a vários níveis, nomeadamente demográficos, económicos, de estruturas, de recursos e da envolvente ambiental.

De entre as várias dimensões identificadas que reclamam uma reestruturação conceptual, funcional, de proximidade e qualidade do Sistema Regional de Saúde, ressalta, sem sombra de dúvida, a pressão crescente na procura assistencial e a necessidade constante de combater as desigualdades no acesso a cuidados de saúde da população idosa.

A crise pandémica veio acentuar a necessidade de melhorar a eficiência e a capacidade de resposta dos sistemas prestadores de cuidados de saúde, em geral, e dos cuidados de longa duração, em particular, de forma atenta, integrada e contínua, e responder ao desafio permanente de garantir a segurança na saúde dos mais vulneráveis e dos mais idosos. Também é notório o embate da COVID-19 na saúde mental, havendo necessidade de reforçar o investimento em serviços de saúde mental, por forma a contribuir para travar o crescimento das perturbações do foro psiquiátrico e de saúde mental.

Pelo que antecede, se compreende, igualmente, a intercessão prevista com a Estratégia Regional para a Promoção da Saúde Mental que prioriza a intervenção multisectorial, a proximidade à comunidade e a participação do utente e família, privilegia também a promoção da saúde mental, o acesso aos cuidados de saúde mental de qualidade ou a reabilitação psicossocial no sentido de promover ganhos efetivos em saúde traduzidos pelos ganhos na funcionalidade e autonomia das pessoas com doença mental e na diminuição da sua institucionalização. As medidas previstas acompanham os referenciais programáticos e de boas práticas em Saúde Mental e visam promover a melhoria dos indicadores de saúde mental da população da RAM e salvaguardar a dignidade e os direitos das pessoas com doença mental.

Em termos de impactos esperados, as Reformas e Investimentos previstos nesta Componente contribuem para o aumento da qualidade do serviço a prestar e para a redução de desigualdades no acesso a cuidados de saúde. Simultaneamente, o acesso e a qualidade dos Cuidados de Saúde são importantes instrumentos de reforço da coesão territorial, de melhoria da equidade entre os cidadãos e, conseqüentemente, de progresso económico. Poderão contribuir, também, para a diminuição do absentismo laboral, constituindo uma alavanca para o aumento da produtividade da economia e para o investimento. Por outro lado, permitem uma maior autonomia laboral às famílias, designadamente das mulheres, muitas vezes as principais cuidadoras informais. E

reforçam também a resposta e proximidade dos serviços de saúde a grupos com vulnerabilidades várias, como sejam situações de exclusão social (por fatores socioeconómicos ou no caso de minorias étnico-raciais) ou situações de risco (como as vítimas de violência doméstica).

Contexto estratégico europeu e nacional

A componente C1, referente ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), está alinhada com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas, nomeadamente o ODS 3, que visa “garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”.

Esta componente endereça a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (UE), contribuindo para cumprir os objetivos definidos até 2030, nomeadamente “efetuar uma transição para um modelo mais orientado para a prevenção das doenças e a promoção da saúde, mais personalizado e capitalizador das tecnologias digitais, bem como reforçar os cuidados primários e o desenvolvimento de cuidados integrados centrados no doente”.

É ainda garantido o alinhamento desta componente com o Pilar Europeu dos Direitos Sociais, especialmente o Pilar 16 - Cuidados de Saúde (“todas as pessoas têm direito a aceder, em tempo útil, a cuidados de saúde preventivos e curativos de qualidade e a preços comportáveis”), e o Pilar 18 - Cuidados de Longa Duração (“todas as pessoas têm direito a serviços de cuidados de longa duração de qualidade e a preços comportáveis, em especial serviços de cuidados ao domicílio e serviços de proximidade”).

A presente componente endereça as Recomendações Específicas (REP) que a Comissão Europeia (COM) efetuou para Portugal, para 2020 e 2021, nomeadamente a REP 1 para 2020 (“reforçar a resiliência do sistema de saúde e assegurar a igualdade de acesso a serviços de qualidade na área da saúde e dos cuidados de longa duração”) e a REP 1 para 2019, nomeadamente na parte de “melhorar a qualidade das finanças públicas, dando prioridade às despesas favoráveis ao crescimento e reforçando simultaneamente o controlo geral das despesas, a eficiência em termos de custos e uma orçamentação adequada, com especial incidência na redução duradoura dos pagamentos em atraso nos hospitais”.

Esta componente inscreve-se ainda no pilar relativo à “**saúde e resiliência económica, social e institucional, inclusive com vista ao aumento da capacidade de reação e preparação para crises**”, no qual se estrutura o Mecanismo Europeu de Recuperação e Resiliência, tendo em conta que se pretende reforçar a resiliência do SNS, modernizando e reforçando a sua capacidade de resposta de modo a garantir o acesso a toda a população a serviços de saúde de qualidade.

Está também alinhada com as recomendações técnicas efetuadas à COM pelos grupos técnicos na área da saúde, com destaque para os recentes relatórios:

- a) *Adaptation to health effects of Climate Change in Europe* (junho 2020), elaborado pelo *Group of Chief Scientific Advisors*, nomeadamente: (i) “suportar a resiliência do setor da saúde, melhorando as infraestruturas básicas e ajustando as políticas de construção para responder a ondas de calor e outros riscos para a saúde”; (ii) “desenhar políticas para responder às áreas geográficas e grupos socialmente mais vulneráveis”.
- b) *The organization of resilient health and social care following the COVID-19 pandemic* (novembro 2020), do *Expert Panel on effective ways of investing in Health*, nomeadamente: (i) “reforçar os investimentos nos cuidados de saúde primários e na saúde mental e fortalecer a integração com a saúde pública”; (ii) “apostar na promoção da saúde, em programas de estilos de vida saudável e em ações intersectoriais e colaborativas para aumentar a equidade e resiliência em saúde, na comunidade”.

A nível nacional, a componente está alinhada com as prioridades estabelecidas na Estratégia Portugal 2030, que orienta as políticas públicas de promoção do desenvolvimento económico e social do País, e que se assume como o referencial estratégico para os documentos de natureza programática transversal, como são as Grandes Opções do Plano, os Orçamentos do Estado e o Programa Nacional de Reformas, no âmbito do Semestre Europeu. Em concreto, está alinhada com os objetivos definidos na agenda temática “As Pessoas Primeiro: um melhor equilíbrio demográfico, maior inclusão, menos desigualdade” da Estratégia Portugal 2030, em particular, nos domínios estratégicos da Sustentabilidade Demográfica e da Resiliência do Sistema de Saúde, contribuindo também para alcançar os objetivos da agenda temática “Um país competitivo externamente e coeso internamente”, da mesma Estratégia, em particular nos domínios da “competitividade das redes urbanas” e da “competitividade e coesão na baixa densidade” no que se refere aos desafios específicos da provisão de serviços de saúde em diferentes tipos de território.

Existe também uma forte articulação e interdependência entre esta componente e as restantes áreas do Plano de Recuperação e Resiliência, em particular no que diz respeito à Componente 3 – Respostas Sociais.

Ainda a nível nacional, na vertente específica da política de saúde, importa destacar o alinhamento da componente com: (i) a nova Lei de Bases da Saúde, aprovada em setembro de 2019; (ii) o Programa de Estabilização Económica e Social (PEES), aprovado em junho de 2020, que determina, entre outras, medidas para reforçar o SNS, valorizar os profissionais do SNS, valorizar a saúde pública e investir nas redes de sistemas de informação em saúde; (iii) o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030, que está em fase de elaboração, e que dará continuidade ao PNS 2010-2020.

3. Descrição das reformas e dos investimentos

Reforma RE-r01: Reforma dos cuidados de saúde primários

Enquadramento

Nas últimas décadas, as reformas na política de saúde em Portugal têm procurado reforçar o papel primordial dos cuidados de saúde primários na resposta às necessidades em saúde da população, enquanto pilar central do SNS, e um importante instrumento de equidade territorial e entre cidadãos.

Assim, o modelo de organização e resposta dos cuidados de saúde primários que hoje vigora em Portugal é resultado de uma reforma inovadora na administração pública portuguesa, que começou em 2005/2006, e que seguiu os seguintes princípios enquadramentos:

- A. Uma **rede descentralizada de equipas multiprofissionais com uma missão explícita** (carteiras de serviços) e com autonomia funcional, destacando-se as unidades de saúde familiares (USF), as unidades de cuidados na comunidade (UCC), as unidades de recursos assistenciais partilhados (URAP) e as unidades de saúde pública (USP).
- B. **Centros de Saúde agregados em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)**, concentrando um conjunto de instrumentos de suporte à gestão (planeamento das intervenções em saúde pública, regras harmonizadas para gestão dos recursos, serviços administrativos partilhados, e outros).
- C. **Sistema de remuneração pelo desempenho para os profissionais**, nomeadamente para as USF modelo B.

D. Contratualização como novo modelo de relacionamento entre financiadores e prestadores na Administração Pública – compromisso de resultados, contextualizando recursos e necessidades em saúde, com funções de negociação, monitorização/acompanhamento e avaliação explícitas.

Não obstante a relevância dos ganhos alcançados na saúde dos portugueses - no final de 2019 existiam: (i) 55 ACES nas 5 ARS; (ii) 92,7% dos utentes inscritos no SNS com médico de família atribuído e 85,6% com enfermeiro de família; (iii) 63,2% dos utentes inscritos em 564 USF e 95,9% dos residentes no continente cobertos por 264 UCC; (iv) mais de 31,5 milhões de consultas médicas e de 19 milhões de consultas de enfermagem realizadas –, é necessário esbater as assimetrias regionais que subsistem na resposta dos cuidados de saúde primários. Esta necessidade é muito evidente ao nível da cobertura da população por médico de família, onde a percentagem de utentes que tem um médico de família atribuído é bastante mais elevada na região Norte (98,4%) e Centro (96,9%), comparativamente às regiões do Sul, nomeadamente, Lisboa e Vale do Tejo (85,6%) e Algarve (86,7%). Igualmente se registam assimetrias na cobertura da população servida por USF, com a região Norte a apresentar uma percentagem de utentes inscritos em USF de 77,7%, que contrasta com a percentagem existente na região Alentejo, por exemplo, em que a cobertura por USF é de apenas 48,8%. A análise nacional da distribuição das USF e UCSP pela densidade populacional das freguesias que abrangem, confirma que em meio rural (baixa densidade populacional), a percentagem de população inscrita em UCSP (61%) é muito superior à das USF (39%). Já em meios urbanos, a população está maioritariamente inscrita em USF (78%).

Por tudo isto, a atual oferta dos cuidados de saúde primários precisa de ser reformada, qualificada e alargada, apostando no reforço das respostas aos cidadãos, na transformação digital, na sustentabilidade energética das instalações e em soluções colaborativas e de proximidade.

A atual pandemia COVID-19 veio tornar essa necessidade ainda mais evidente, demonstrando que a expansão da resposta dos cuidados de saúde primários é um fator crítico para tornar os sistemas de saúde mais resilientes para futuras emergências de saúde pública e para responder aos desafios associados às alterações demográficas (envelhecimento) e epidemiológicas em curso (doenças crónicas, agudas emergentes), constituindo-se como a forma mais inclusiva, efetiva e eficiente de proteger a saúde das pessoas e das comunidades (OCDE), sendo também fundamental na resposta de proximidade às necessidades específicas de grupos vulneráveis e geralmente mais distantes e com dificuldades de acesso a cuidados de saúde.

Desafios e Objetivos

Um **primeiro desafio** desta nova reforma dos cuidados de saúde primários passa por aprofundar a capacidade de rastreio e de diagnóstico precoce, nomeadamente das patologias mais frequentes e com maior carga de doença associada (área oncológica, diabetes e respiratória), de forma a corrigir as assimetrias geográficas que ainda persistem no País e a aumentar o sucesso do tratamento destas doenças, diminuindo a sua morbilidade, mortalidade e custos.

Um **segundo desafio** passa pela criação do “novo centro de saúde”, mais pró-ativo, mais centrado na resposta aos utentes, mais resolutivo e mais integrado com os outros níveis de cuidados. Para o implementar é preciso fazer evoluir o modelo atual, intervindo no sentido de:

- (i) organizar processos assistenciais ajustados às características individuais de cada utente e com os seus percursos de vida (estratificação pelo risco), garantindo intervenções preventivas, antecipatórias e mais adequadas ao bem-estar de cada um, robustecendo também a capacidade de identificar situações de risco, como sejam de vítimas de violência doméstica ou de crianças em risco, e de articulação com outros serviços de saúde e respostas sociais competentes;

- (ii) alargar a carteira de serviços e as áreas de intervenção, aumentando a capacidade resolutive das situações agudas e crónicas, respondendo às necessidades não satisfeitas no SNS (como é o caso da saúde oral ou da reabilitação) ou internalizando meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados no setor convencionado (custaram 507 M€ em 2019, +18,2% que em 2015), com destaque para as análises clínicas (186 M€), radiologia (114 M€), medicina física e reabilitação (110 M€) e gastroenterologia (55 M€);
- (iii) reduzir a elevada variabilidade das práticas clínicas, nomeadamente em termos da prescrição de medicamentos em ambulatório (custaram mais de 2 MM€ em 2019, + 8,9% que em 2015, segundo o INFARMED) e de MCDT, com o reforço das normas de orientação clínicas nacionais e a disseminação das boas práticas de prescrições;
- (iv) melhorar a referenciação clínica, ascendente e descendente, entre os níveis de cuidados, com critérios clínicos de referenciação harmonizados a nível nacional para os problemas de saúde mais frequentes (nomeadamente dermatologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, urologia), contribuindo assim para melhorar o acesso e resolver listas de espera nos hospitais;
- (v) reduzir a utilização evitável das respostas mais onerosas, nomeadamente ao nível hospitalar, da duplicação de serviços, dos cuidados ineficazes, inadequados ou de baixo valor, entre outras. Ganha especial relevância o combate à inadequada utilização dos serviços de urgência e emergência que se regista em Portugal (País da OCDE que apresenta maior utilização per capita destas respostas), sendo para isso necessário garantir que os cuidados primários resolvem muitas das situações ligeiras ou moderadas que hoje são tratadas nas urgências hospitalares (em 2019, mais de 40% dos episódios de urgência foram triados com cor verde, azul e branca, ou seja, episódios potencialmente tratáveis nos cuidados de saúde primários), ou que controlam pró-ativamente as condições de saúde que originam urgências e internamentos evitáveis.

Um **terceiro desafio** prende-se com a necessidade de corrigir as assimetrias regionais e locais em termos de instalações e equipamentos disponíveis nos cuidados de saúde primários, onde persistem ainda um elevado número de edifícios desadequados para a prestação de cuidados de saúde de qualidade (e.g. prédios habitacionais, instalações degradadas, entre outras), que não cumprem regras básicas de acessibilidade, segurança e conforto, e que estão desajustados à carteira de serviço dos ACES e das suas unidades funcionais, nomeadamente as novas formas de prestação de cuidados que emergiram com a pandemia COVID-19, tais como: (i) novos espaços e circuitos para garantir condições de segurança para utentes e profissionais de saúde; (ii) aprofundamento do trabalho em equipa multidisciplinar (que tem vindo a ser alargada a outras profissões, como farmacêuticos, assistentes sociais, psicólogos, técnicos de saúde pública); (iii) tele saúde (com desenvolvimento da telemedicina e de novos instrumentos digitais); (iv) integração com outros níveis de cuidados, nomeadamente com os hospitais (consultoria, descentralização de consultas hospitalares, e outros); (v) articulação com outros setores da sociedade (segurança social, serviços de apoio a vítimas de violência doméstica e tráfico de seres humanos, proteção civil, autarquias locais, e outras estruturas da comunidade e sociedade civil organizada). Pretende-se, por isso, corrigir essas deficiências, melhorando as instalações e os equipamentos dos centros de saúde, de forma a assegurar boas condições de acessibilidade, qualidade e segurança para utentes e profissionais.

Um **quarto desafio** passa por tornar o cidadão, a família e a comunidade como parceiros cada vez mais ativos do SNS, rentabilizando os recursos disponíveis, encontrando respostas de proximidade e investindo na criação de programas de apoio aos utentes e às suas famílias. O reconhecimento do Estatuto do Cuidador Informal, que foi legislado em Portugal em 2019 e que teve as primeiras experiências-piloto a iniciar-se já em 2020, é um exemplo de uma medida que importa consolidar, procurando também que as estratégias de autonomização e domiciliação dos cuidados não sobrecarreguem os cuidadores informais, que são na sua maioria mulheres. O mesmo acontece com o processo de descentralização de competências na área da saúde (Decreto-Lei n.º

23/2019, de 30 de janeiro), o qual permitirá transferir, para os Municípios e entidades intermunicipais, competências relacionados com: (i) participação no planeamento, na gestão e na realização de investimentos relativos a novas unidades de prestação de cuidados de saúde primários (construção, equipamento e manutenção); (ii) gestão, manutenção e conservação de outros equipamentos afetos aos cuidados de saúde primários; (iii) gestão dos trabalhadores, inseridos na carreira de assistente operacional; (iv) gestão dos serviços de apoio logístico das unidades funcionais dos ACES; (v) parceria estratégica nos programas de prevenção da doença, com especial incidência na promoção de estilos de vida saudáveis e de envelhecimento ativo, designadamente junto de públicos vulneráveis e com menos literacia em saúde e acumulação de fatores de risco. Para o efeito é criada, em cada município, uma comissão de acompanhamento e monitorização da implementação e desenvolvimento do processo de descentralização com competências específica para: a) Acompanhar, numa lógica de proximidade, o desenvolvimento e a evolução das competências transferidas para o município; b) Propor a adoção de medidas tendo em vista a concretização dos seguintes objetivos i) promoção da eficácia e eficiência da gestão dos recursos na área da saúde; ii) criação de sinergias e potencialidades resultantes do envolvimento da comunidade local na prestação de cuidados de saúde; iii) aumento da eficiência da gestão dos recursos afetos à saúde no território do município; iv) ganhos de eficácia e melhoria dos resultados em saúde no município; v) articulação entre os diversos níveis da Administração Pública.

A descentralização de competências baseia-se no princípio da neutralidade financeira, uma vez que os montantes a transferir para as autarquias locais são os que atualmente são despendidos pela saúde para gestão dos recursos necessários à prestação de cuidados de saúde. Baseia-se ainda no pressuposto de que as autarquias locais terão ganhos de eficiência, nomeadamente na gestão de recursos humanos e equipamentos, decorrentes de uma gestão mais próxima das populações.

Este processo, de descentralização na área da saúde, apenas abrange 201 municípios dos 278 existentes em Portugal Continental (308 no total), porque se excluíram os cuidados de saúde primários integrados nas Entidades Empresariais da Saúde, designadamente nas Unidades Locais de Saúde, e é concretizado através da assinatura de autos de transferência, cuja minuta foi consensualizada com as cinco administrações regionais de saúde, com a Administração Central do Sistema de Saúde e a participação de alguns Municípios e foi aprovada pelo Ministério da Saúde. Estes autos contemplam, entre outros, as seguintes matérias: a) Identificação dos recursos humanos, patrimoniais e financeiros associados ao desempenho das competências transferidas para os municípios; b) Definição dos instrumentos financeiros utilizáveis; c) Níveis de prestação dos serviços relativamente às competências transferidas, nomeadamente no que se refere à gestão e conservação das instalações e equipamentos.

Um **quinto e sexto desafios** são transversais a todo o sistema de saúde e passam pela:

- (i) valorização das competências dos profissionais de saúde, com reforço do trabalho em equipa multidisciplinar (*task sharing*) e com o alargamento do número de profissionais (médicos, enfermeiros, assistentes técnicos e assistentes operacionais), assim como das suas áreas de intervenção (psicólogos, nutricionistas, dietistas, assistentes sociais, técnicos de saúde ambiental, fisioterapeutas, farmacêuticos, entre outros);
- (ii) transformação digital, enquanto oportunidade estratégica para modernizar e simplificar a utilização dos serviços de saúde, permitindo: (i) desmaterializar a relação com os serviços; (ii) reduzir os contactos presenciais ao estritamente necessário; (iii) facilitar o trabalho dos profissionais de saúde; (iv) contribuir para termos cidadãos cada vez mais informados, envolvidos e corresponsáveis pela gestão dos seus percursos em saúde.

Para responder a estes desafios, a reforma dos cuidados de saúde primários segue uma abordagem transversal, abrangente e integrada, que visa reforçar a resposta em todas as suas vertentes de intervenção, nomeadamente:

(i) promoção da saúde (ii) prevenção da doença (iii) diagnóstico precoce (iv) tratamento adequado (v) reabilitação.

Para implementar a reforma dos cuidados de saúde primários definiram-se 6 eixos de intervenção que, em conjunto, permitirão responder às orientações estratégicas e aos desafios elencados, nomeadamente

- A. **Promoção da saúde e de estilos de vida saudável**, enquanto desafio da Saúde Pública transversal à reforma do SNS, com reforço da literacia em saúde e alargamento da intervenção dos cuidados primários no âmbito dos programas de alimentação saudável e de promoção da atividade física.
- B. **Gestão da saúde**, com aprofundamento dos programas de intervenção para responder às novas necessidades em saúde da população, nomeadamente na área da saúde infantil e juvenil, na saúde do adulto, na saúde da mulher, na saúde do idoso, na saúde oral e na saúde mental.
- C. **Gestão integrada da doença**, com o alargamento da capacidade resolutiva dos cuidados primários na resposta à doença aguda e à continuidade de cuidados na doença crónica, implementando instrumentos de estratificação do risco que permitam intervir proactivamente nas populações de maior risco clínico e vulnerabilidade social, garantindo a realização de rastreios de base populacional e de programas de diagnóstico precoce em todo o país e assegurando o tratamento atempado e o seguimento adequado dos utentes que vivem com as doenças mais frequentes (cardiovasculares, diabetes, oncológicas, do aparelho respiratório, mentais, osteoarticulares).
- D. **Integração e continuidade de cuidados**, com gestão integrada dos percursos dos utentes, aprofundando a continuidade de cuidados e os mecanismos de articulação entre os utentes (e suas famílias) e as unidades de cuidados de saúde primários, os hospitais e as restantes redes de prestação de cuidados e de apoio social (implementação do estatuto do cuidador informal, respostas de saúde nas estruturas residenciais para idosos, serviços de apoio a vítimas de violência doméstica, entre outras), de forma a assegurar respostas centradas nas necessidades das pessoas e a reservar o acesso aos cuidados mais diferenciados para as situações que exijam este nível de intervenção.
- E. **Qualidade organizacional**, com investimento na qualificação e modernização das instalações e equipamentos dos cuidados primários, de forma a melhorar as acessibilidades, a segurança, o conforto e a adequação dos centros de saúde aos novos modelos de prestação de cuidados (intervenção de construção, requalificação e adaptação de edifícios, bem como, modernização de equipamentos), conforme previsto no Investimento RE-C01-i01: Cuidados de Saúde Primários com mais respostas.
- F. **Respostas de proximidade**, com enfoque no domicílio e na comunidade, fomentando a desinstitucionalização e a ambulatorização dos cuidados, descentralizando competências na área da saúde para as autarquias locais, apostando na tele saúde e reforçando a articulação com as restantes estruturas da comunidade (e.g., programa bairros saudáveis, para projetos desenvolvidos em vários eixos, designadamente o da saúde aos eixos social, económico, ambiental e urbanístico).

Referir neste âmbito, e a título de exemplo, o trabalho que tem vindo a ser desenvolvido e a que se pretende dar continuidade, em matéria de prevenção e combate à mutilação genital feminina, com o lançamento, em 2018, do **Projeto Práticas Saudáveis – Fim à Mutilação Genital Feminina**, que desenvolve um trabalho de prevenção nos serviços de saúde na **Área Metropolitana de Lisboa** (maior prevalência), nomeadamente nos ACS de Almada-Seixal, Amadora, Arco Ribeirinho, Loures-Odivelas e Sintra. Em fevereiro de 2020, o projeto foi alargado a mais 5 Agrupamento de Centros de Saúde (Cascais, Estuário do Tejo, Lisboa Central, Lisboa Ocidental e Oeiras, e Lisboa Norte). Em 2019, ocorreram 68 ações de formação, que capacitaram 1176 profissionais de saúde e de educação. Não obstante os constrangimentos causados pela crise pandémica, estas ACES, em conjunto com as 8 ONG com projetos alavancados pelo apoio financeiro da CIG neste âmbito, conseguiram realizar 44

workshops/webinars/ações de sensibilização e formação para 900 pessoas. Na sequência e em resultado do projeto Práticas Saudáveis para esta problemática resultou um maior registo de casos no Registo de Saúde Eletrónico.

De forma transversal a estas medidas, serão reforçados os mecanismos de gestão baseadas no desempenho e no custo-eficiência das intervenções realizadas nos cuidados de saúde primários, no âmbito dos procedimentos de contratualização de cuidados de saúde que se encontra em vigor no SNS, com as regras que constam dos Termos de Referência¹ para a contratualização de cuidados de saúde que são anualmente publicados pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

A atividade dos cuidados de saúde primários, assim como os objetivos e os resultados a alcançar pelos prestadores de cuidados de saúde primários são contratualizados anualmente, contribuindo para garantir o acesso atempado, a qualidade e a eficiência dos cuidados de saúde prestados aos utentes do SNS, com base numa cultura de gestão rigorosa, responsável, transparente e focada na resposta às necessidades em saúde de todos os cidadãos. A negociação anual é centrada no plano de melhoria em áreas específicas, sendo definidas prioridades assistenciais e explicitados os recursos materiais, humanos e financeiros disponíveis, assim como identificadas as atividades para as quais há evidência científica sobre o seu custo efetividade, como, por exemplo, os programas de rastreio da área oncológica ou da retinopatia diabética, o recurso à telemedicina ou a utilização racional dos medicamentos e dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica. Pretende-se ainda implementar estratégias de intervenção baseadas na estratificação da população em função do risco, contribuindo para uma alocação mais equilibrada dos recursos, para dar resposta às necessidades específicas de cada grupo populacional e para a melhoria contínua do desempenho.

A presente reforma dirige-se aos cerca de 10,3 milhões de utentes inscritos no SNS (Portugal Continental) e exige a concretização de diversas alterações legislativas e regulamentares, nomeadamente (i) alargamento das atribuições e do âmbito de intervenção dos ACES, assim como da tipologia de unidades funcionais que os compõem; (ii) revisão do regime jurídico da organização e funcionamento das unidades funcionais, bem como do regime de incentivos a atribuir aos elementos que as constituem; (iii) atualização de programas de gestão de saúde e de doença; (iv) concretização das transferências de competências para os órgãos municipais e para as entidades intermunicipais no domínio da saúde; (v) implementação nacional do estatuto do cuidador informal.

Implementação, Calendário e Riscos:

A concretização da reforma será faseada até 2026, e a sua operacionalização será responsabilidade das cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS) existentes em Portugal Continental (ARS Norte, ARS Centro, ARS de Lisboa e Vale do Tejo, ARS Alentejo e ARS Algarve) devendo ser conduzida por uma equipa de projeto com poderes e atribuições de coordenação dos trabalhos.

O Investimento RE-C01-i01: Cuidados de Saúde Primários com mais respostas, é crucial para a concretização desta reforma, permitindo alcançar os objetivos estratégicos definidos.

Os riscos associados à realização desta reforma prendem-se, essencialmente, com: (i) a existência de recursos humanos em número e perfil adequados, em todas as zonas do país; (ii) a exigência da negociação sindical e eventuais necessidades de efetuar alterações legislativas, nomeadamente do regime que cria os ACES e que estabelece a sua forma de organização e funcionamento e do regime jurídico da organização e funcionamento das unidades funcionais, bem como do regime de incentivos a atribuir aos elementos que as constituem;

¹ Documentação acessível em http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/11/TR-Contratualizacao_2021_VHom.pdf e em http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/01/ACSS-Operacionalizacao_CSP_2021_2020-VFINAL.pdf

Reforma RE-r02: Reforma da saúde mental

Enquadramento

Com início nos anos 80 em Itália e Estados Unidos da América (EUA), a reforma para a saúde mental trata-se de um processo de transformação desses serviços orientado pelos princípios da Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo primado dos direitos humanos – desenvolvimento de serviços de proximidade na comunidade, articulação com os cuidados de saúde primários, internamento de agudos em hospitais gerais, encerramento de hospitais psiquiátricos e desinstitucionalização dos doentes crónicos residentes, criação de equipas comunitárias, reconfiguração do sistema forense, reabilitação e continuidade de cuidados, promoção e prevenção.

Portugal assinou todos os convénios internacionais nesta matéria (e.g., Declaração de Helsínquia, Convenção de Direitos das Pessoas com Deficiência) e elaborou um Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) em 2008 – no entanto, este plano não foi implementado, não tendo sido feito qualquer investimento significativo na reforma dos serviços desde 2011, altura do Programa de Assistência Económica e Financeira 2011-2014 (PAEF 2011-2014).

Atualmente, e apesar de ser responsável pelo 2.º lugar na carga global de doenças (11,8 %), o financiamento estimado para o funcionamento dos serviços de saúde mental não chega aos 5% dos gastos totais do SNS, estimando-se que o total dos custos com a doença mental, em Portugal, represente 3,7% do PIB, correspondendo a um total de 6,6 mil milhões de euros, divididos entre 2 mil milhões em custos diretos com o sistema de saúde, 1,7 mil milhões em benefícios sociais e 2,9 mil milhões de euros em custos indiretos no mercado de trabalho (relatório “Sem Mais Tempo a Perder – Saúde Mental em Portugal: um desafio para a próxima década”, Conselho Nacional de Saúde, 2019).

Por estes motivos, Portugal é hoje, com grande diferença, o país mais atrasado da Europa Ocidental no que se refere ao grau de desenvolvimento dos serviços de saúde mental, apresentando fortes dificuldades no cumprimento dos convénios assinados e respondendo de forma insuficiente às necessidades da população, o que já motivou várias recomendações internacionais (União Europeia, Nações Unidas) quanto à urgência inadiável desta reforma.

Se estes elementos já eram absolutamente imprescindíveis para a reforma da saúde mental que continua por se fazer em Portugal, a emergência da pandemia COVID-19 veio reforçar de forma muito significativa a necessidade urgente da sua implementação.

Com efeito, e seguindo o modelo piramidal da OMS, as dimensões cruciais para responder e minorar o impacto na saúde mental da pandemia por COVID-19 são exatamente a criação de equipas comunitárias, a implementação de respostas integradas nos cuidados de saúde primários para perturbações mentais comuns (depressão e ansiedade), as mais frequentes na pandemia, e o desenvolvimento de programas de promoção da saúde mental, capazes de fomentar o nível de autocuidados da população, através de um aumento da literacia sobre esta área, em articulação com os serviços de apoio a públicos vulneráveis.

Desafios e Objetivos

A saúde mental é uma componente fundamental do bem-estar dos indivíduos e as perturbações mentais são, de entre as doenças crónicas, a primeira causa de incapacidade em Portugal, justificando cerca de um terço dos anos de vida saudáveis perdidos. As perturbações psiquiátricas têm uma prevalência de 22,9%, colocando o País num preocupante segundo lugar entre os países europeus, com 60% destes doentes sem terem acesso a cuidados (Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental – 1.º Relatório, 2013). Especificamente, a depressão afeta 10% dos portugueses e, em 2017, o suicídio foi responsável por 14.628 anos potenciais de vida perdidos.

Sem prejuízo do caminho percorrido em Portugal desde a aprovação da Lei de Saúde Mental de 1998, no sentido da integração da saúde mental na rede hospitalar de cuidados gerais, com o encerramento progressivo dos hospitais psiquiátricos, associado a uma aposta no desenvolvimento de cuidados em ambulatório e na comunidade, de que foi exemplo o alargamento, iniciado em 2010 (mas apenas concretizado em 2017, com o início de funcionamento das experiências piloto), da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) às pessoas com doença mental, a verdade é que, por razões diversas, as respostas implementadas no País são ainda insuficientes, com assinaláveis assimetrias geográficas.

Adicionalmente, encontra-se ainda em vigor um “Contrato de Prestação de Serviços” para doentes crónicos na área da saúde mental, que foi estabelecido em 1983 entre o Estado Português e duas Ordens Religiosas que integram o setor social (Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus e Instituto São João de Deus), que está desajustado em relação ao quadro conceptual no que diz respeito à equidade no acesso e à qualidade destes cuidados. Pretende-se assim alinhar estes contratos com o novo paradigma de prestação de cuidados, através da desinstitucionalização dos doentes e criação de respostas residenciais na comunidade.

Efetivamente, e apesar do Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM), definido através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, de 6 de março, com horizonte temporal de implementação estendido até 2020, ter tido como aspeto central a reforma dos serviços de saúde mental (conforme orientações do Plano de Ação em Saúde Mental 2013-2020 da OMS), o seu processo de implementação foi interrompido pelo PAEF 2011-2014, sendo urgente recuperar o atraso.

Para além disso, desde 2008 que não há incremento visível do número de profissionais não-médicos afetos às respostas de saúde mental (nomeadamente enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais), o que tem inviabilizado a criação de equipas comunitárias multidisciplinares, que constituem o núcleo do sistema nos restantes países europeus.

Adicionalmente, a escassez de respostas não farmacológicas nos cuidados de saúde primários colocou Portugal nos cinco países da OCDE com maior consumo de psicofármacos.

Ao longo da última década, o PNSM já foi avaliado quatro vezes de modo formal, tanto por instâncias nacionais como internacionais, tendo ainda sido objeto de vários exercícios de avaliação no decurso de contextos de natureza organizativa e científica (ex. grupo de trabalho do Ministério da Saúde, projeto EU *Joint Action on Mental Health and Wellbeing*, Observatório Português dos Sistemas de Saúde, Direção de Análise e Informação da Direção-Geral da Saúde). Os sucessivos processos de avaliação permitiram a identificação de um conjunto de constrangimentos à efetiva implementação da reforma, sistematicamente presentes ao longo do tempo, sintetizados, em 2017, no Relatório de Avaliação elaborado pela Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental, nos seguintes tópicos:

- (i) “Escasso grau de autonomia e de capacidade de decisão da estrutura responsável pela implementação do PNSM, contrariando a prática estabelecida nos outros países da Europa ocidental que implementaram reformas na área da saúde mental.
- (ii) Ausência de coordenação eficaz dos elementos do sistema de prestação de cuidados de saúde mental, com persistência de grandes assimetrias na concentração de recursos humanos em hospitais centrais, predominantemente os localizados em Lisboa, Porto e Coimbra, inviabilizando dessa forma o desenvolvimento de atividades nos hospitais mais periféricos;
- (iii) Reduzida autonomia dos centros de decisão a nível local (e.g. serviços integrados em hospitais gerais), com baixa capacidade de decisão dos Diretores dos Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM) e dos Coordenadores Regionais de Saúde Mental, comprometendo o desenvolvimento dos serviços na comunidade;

- (iv) Modelo de financiamento e gestão inadequados às necessidades específicas do setor, com inexistência de um orçamento e verbas próprias;
- (v) Dificuldades no desenvolvimento de modelos formais de articulação com os cuidados primários;
- (vi) Débil implementação da Rede de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental;
- (vii) Inexistência de incentivos para a realização de intervenções comunitárias;
- (viii) Ausência a nível regional de mecanismos executivos de monitorização da implementação efetiva dos serviços e das parcerias ao longo do sistema, baseados em standards da qualidade”.

Por último, e apesar das recomendações do PNSM e dos avaliadores externos e internos da sua implementação, importa referir que não foi ainda possível criar uma entidade com poderes e atribuições de coordenação da reforma da saúde mental em Portugal, ao contrário do que aconteceu nos restantes países europeus que realizaram reformas bem-sucedidas. Este ponto tem uma importância nuclear no sucesso da implementação desta reforma, que por força dos convénios assinados pelo País e por observância dos direitos humanos das pessoas com doença mental, agudizados pelos efeitos da pandemia COVID-19, tem de ser concretizada nos próximos anos.

Relativamente às demências, deve ser destacada a sua relevância crescente na sociedade portuguesa, uma vez que se estima que o País tenha uma prevalência de 20,8 pessoas com demência por 1.000 habitantes, o que nos coloca com a quarta maior prevalência entre os países da OCDE, sendo que as projeções para 2050, indicam valores na ordem das 40,5 pessoas com demência por 1.000 habitantes. Neste contexto, foi aprovada em 2018, a Estratégia de Saúde nas Áreas das Demências, sendo também fundamental a sua concretização a médio prazo.

Constituindo um estímulo muito significativo para a reforma da saúde mental em Portugal, o Programa de Recuperação e Resiliência não esgota o âmbito mais lato do Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM). Com efeito, o PNSM abarca um conjunto vasto de iniciativas nas áreas da promoção da saúde mental e da prevenção da doença mental, as quais se encontram em implementação. Dentro destas, que se encontram em curso sob o âmbito da Direção-Geral de Saúde, destacam-se a promoção da parentalidade saudável, da saúde mental infantil e juvenil, a luta contra o estigma face à doença mental, a prevenção do *bullying*, a prevenção do suicídio e a promoção dos direitos humanos expressos na Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência.

Para proceder à reforma da saúde mental em Portugal definiram-se 5 eixos de intervenção que enquadram toda a estratégia de implementação do PNSM, e cuja atualidade permanece absolutamente alinhada com as diretrizes e recomendações preconizadas pelo Plano de Saúde Mental da OMS 2013-2020, nomeadamente:

1. Desinstitucionalizar os doentes residentes em hospitais psiquiátricos e em entidades das ordens Religiosas, que não beneficiam da oferta de cuidados da RNCCI, para respostas residenciais na comunidade.
2. Concluir a cobertura nacional de Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM), nas vertentes de internamento, ambulatório e intervenção comunitária, nomeadamente com:
 - a. desenvolvimento de programas de promoção da saúde mental e prevenção da doença mental.
 - b. implementação de respostas integradas de saúde mental nos cuidados de saúde primários a nível nacional, dotando-as dos recursos financeiros e humanos necessários à prestação efetiva dos diferentes tipos de cuidados, conforme previsto no Investimento RE-C01-i03: Conclusão da Reforma de Saúde Mental e implementação da Estratégia para as Demências nomeadamente através de programas para pessoas com doenças mentais comuns (ex: depressão e ansiedade).
 - c. criação de equipas comunitárias de saúde mental em todos os SLSM, com os recursos necessários para prestar uma resposta de proximidade às pessoas que vivem com problemas de saúde mental, em articulação com o setor social e os parceiros na comunidade.

- d. criação de serviços de internamento nos hospitais gerais onde eles ainda não existam, eliminando os internamentos de agudos em hospitais psiquiátricos ou em hospitais longe da área de residência dos doentes.
 - e. constituição de Centros de Responsabilidade Integrados nos termos do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro (regulamentado pela Portaria n.º 330/2017, de 31 de outubro, alterada pela Portaria n.º 71/2018, de 8 de março), cumprindo assim o previsto no Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de fevereiro, o que permitirá ultrapassar os obstáculos ao desenvolvimento de estruturas e de prestação de cuidados em meio extra-hospitalar, com maior grau de autonomia e *accountability*.
3. Alargar a RNCCI-SM, com aumento progressivo da cobertura nacional e do número de lugares.
 4. Qualificar os internamentos de psiquiatria forense e construir unidades forenses de transição para a comunidade (inimputáveis em liberdade para prova), conforme previsto no Investimento RE-C01-i03: Conclusão da Reforma de Saúde Mental e implementação da Estratégia para as Demências.
 5. Implementar os Planos Regionais de Saúde para as Demências, promovendo uma sólida resposta intersectorial às pessoas que vivem com demência, às suas famílias e cuidadores, tirando partido das iniciativas que já existem e com resultados positivos.

Esta reforma dirige-se aos utentes do SNS que têm ou podem vir a ter problemas de saúde mental, exige a definição de planos de ação concretos para cada medida e a concretização de diversas alterações legislativas e regulamentares, nomeadamente a atualização da Lei de Saúde Mental e do Decreto-Lei que define os princípios orientadores da organização, gestão e avaliação dos serviços de saúde mental, introduzindo as seguintes alterações principais: (i) incorporação na legislação dos princípios da Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência (*UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities*); (ii) reconfiguração do sistema de coordenação da implementação da reforma, através da criação de uma Estrutura de Missão para executar a implementação da reforma da saúde mental e de coordenações regionais de saúde mental, para coordenarem a reforma a nível das 5 regiões de saúde do país; (iii) aumento da autonomia dos serviços locais de saúde mental, através da criação dos CRI, de modo a permitir uma gestão mais adequada às necessidades das pessoas com doença mental e seus familiares; (iv) modificação do sistema de avaliação e monitorização do sistema de saúde mental, com aumento da independência dos agentes interessados, através da criação de corpos autónomos de monitorização, envolvendo entidades independentes, com representantes de utentes e de familiares, e da constituição de conselhos de comunidade a nível de todos os serviços locais de saúde mental, com a função de acompanhamento do plano de atividades dos serviços.

Refira-se que passaram mais de vinte anos sobre a publicação da Lei n.º 36/98 e do Decreto-Lei n.º 35/99 e mais de uma década volvida sobre a publicação do Decreto-Lei n.º 304/2009, que alterou pela segunda vez o Decreto-Lei n.º 35/99, e que se registaram enormes avanços a nível científico, durante este período, nas diferentes disciplinas associadas aos problemas de saúde mental, e, por outro, Portugal assumiu, entretanto, compromissos, na área da saúde mental, no âmbito da Organização Mundial de Saúde, da União Europeia e de outras instâncias internacionais, o que torna necessário que se proceda à revisão da atual Lei de Saúde Mental e que se repense a organização da prestação de cuidados de saúde mental plasmada no Decreto-Lei de Saúde Mental.

Pretende-se assim dar resposta aos desenvolvimentos ocorridos nos campos científico e dos direitos humanos que colocam desafios novos e importantes, nomeadamente:

- A melhor compreensão dos determinantes das doenças mentais, do impacto real que estas têm para as pessoas e as sociedades, das lacunas existentes na acessibilidade e qualidade dos serviços de saúde mental e das formas mais efetivas de responder às necessidades de cuidados das populações.

- Da demonstração de que a saúde mental é, hoje, uma questão primordial da saúde pública e que o seu impacto vai muito para além da saúde, uma vez que a saúde mental é também um fator fundamental para o desenvolvimento sustentável das sociedades, dada a sua estreita relação com a pobreza e outras variáveis socioeconómicas a ela associadas.
- Da constatação de que uma parte significativa das pessoas que sofrem de doença mental não tem acesso a qualquer tipo de tratamento e que a esta lacuna a nível do tratamento – sem paralelo com nenhuma outra área da saúde - se junta também uma profunda lacuna a nível da qualidade dos cuidados e a nível da prevenção.
- A confirmação, com evidência muito robusta, das vantagens dos sistemas de saúde mental integrados que se caracterizam por uma articulação estreita entre cuidados primários de saúde e cuidados especializados de saúde mental, pelo papel fulcral que nestes têm os cuidados prestados por equipas de saúde mental comunitárias e unidades de internamento de doentes agudos em hospital geral, e pela coordenação deste nível de cuidados com cuidados sociais e de reabilitação psicossocial prestados na mesma área geográfica.
- A existência de novas perspetivas em relação às melhores formas de organizar, financiar e gerir os serviços de saúde mental, identificando os modelos colaborativos mais efetivos de gestão de doenças mentais comuns, os programas que melhor permitem assegurar o tratamento e reabilitação de doenças mentais graves e complexas, as estratégias de reabilitação psicossocial que provaram melhor a nível, entre outros, do apoio residencial, os modelos inovadores que mostraram resultados mais encorajadores no que refere à participação de pessoas com experiência de doença mental na prestação de serviços e à redução do uso de medidas de coerção nos serviços de psiquiatria e os modelos de financiamento que permitem assegurar uma gestão dos serviços de saúde mental eficiente, flexível e adaptada às características específicas dos problemas de saúde mental.
- a evolução do entendimento do princípio de respeito pelos direitos humanos e do seu carácter universal, nomeadamente o respeito pela dignidade da pessoa humana, historicamente e muitas vezes posta em causa no âmbito da intervenção quer no tratamento quer no próprio internamento. É na dignidade da pessoa humana que se fundam as exigências de desinstitucionalização que se impõe ao sistema, na recuperação integral do indivíduo, privilegiando a prestação de cuidados que adote uma lógica de proximidade, de inserção comunitária.

Não obstante poder fazer sentido que a matéria da organização dos serviços de saúde mental integre a Lei de Saúde Mental, em 1998 foi feita a opção de a mesma ser regulada por decreto-lei (cf. Artigo 47.º da Lei de Saúde Mental). Razão pela qual estão a ser desenvolvidos em conjunto dois diplomas: um de caráter programático (Lei de Saúde Mental, focada no internamento compulsivo e nos direitos humanos), e um outro de caráter regulamentar (Decreto-Lei), focado na reorganização dos serviços, que embora sejam os dois fundamentais para a concretização da Reforma da Saúde Mental, podem ser apresentados em momentos diferentes. Pretende-se assim dar seguimento primeiro ao Decreto-Lei, pelo seu caráter mais operacional e impactante nas alterações à organização, gestão e avaliação dos serviços de saúde mental que se pretende agora imprimir.

Implementação, Calendário e Riscos:

A concretização será faseada até 2026, devendo ser conduzida por uma equipa de projeto com poderes e atribuições de coordenação, dinamização e monitorização da implementação da reforma da saúde mental em Portugal.

O Investimento RE-C01-i03: Conclusão da Reforma de Saúde Mental e implementação da Estratégia para as Demências é crucial para a concretização desta reforma, permitindo concretizar os eixos de intervenção prioritizados e alcançar os objetivos definidos.

Os riscos associados à realização desta reforma prendem-se, essencialmente, com: (i) a existência de recursos humanos em número e perfil adequados, em todas as zonas do país; (ii) a comportabilidade orçamental para as despesas correntes, nomeadamente para integrar progressivamente no SNS os recursos humanos necessários para garantir a qualidade e a sustentabilidade das respostas; (iii) a adesão por parte dos serviços de saúde mental, nomeadamente para a constituição dos CRI; (iv) a articulação com outros setores, nomeadamente da área social.

Reforma RE-r03: Conclusão da reforma do modelo de governação dos hospitais públicos

Desafios e Objetivos

O setor da Saúde é um setor marcante do desenvolvimento económico e social de um País, e em particular essencial para a qualidade de vida da população. Acresce que o sector da Saúde enfrenta hoje desafios, designadamente, demográficos e epidemiológicos com impacto no aumento das necessidades em saúde e da procura por parte dos cidadãos a que o Estado tem de dar resposta. Na área hospitalar, este impacto verifica-se através do incremento dos níveis de acesso e de atividade assistencial realizada, não só ao nível das respostas programadas, nomeadamente nas consultas de especialidade hospitalar e na atividade cirúrgica, mas também ao nível da atividade não programada de urgência e de internamento.

A estes desafios juntou-se a recente pandemia COVID-19, que expôs as vulnerabilidades de Portugal a ameaças desta natureza, particularmente a necessidade de reforçar recursos em áreas hospitalares como a medicina intensiva e de melhorar a coordenação e articulação do conjunto do Serviço Nacional de Saúde (SNS), por forma a dar uma resposta eficaz a ameaças globais.

Nos últimos anos o Governo tem vindo a reforçar os meios afetos a esta área, quer em termos de investimento estatal quer em termos de despesa de funcionamento, quer ainda em recursos humanos nos seus diversos domínios, visando responder à evolução das necessidades em saúde da população, agravadas em 2020, e vai continuar a investir num sistema de saúde moderno e eficaz, que responda às necessidades dos Portugueses com eficácia, em tempo útil, e sempre a procurar melhorar a qualidade de serviço e a tentar antecipar, em lugar de meramente responder.

Os hospitais do SNS utilizam cerca de 60% das verbas alocadas ao programa orçamental da saúde em sede de Orçamento do Estado (2021); o aumento substancial dos orçamentos hospitalares que se registou nos últimos anos permitiu, neste clima exigente, dar passos no sentido do duplo objetivo de, por um lado, melhorar a cobertura das necessidades da população com qualidade e, por outro, de atingir o equilíbrio financeiro e assim atribuir maior autonomia de gestão aos hospitais, evitando os ciclos sistemáticos de endividamento seguidos de resgates financeiros. Com efeito, o esforço orçamental adicional que tem sido dedicado ao SNS nos últimos anos traduziu-se na evolução favorável que se tem registado na dívida e nos pagamentos em atraso (dívida vencida há mais de 90 dias) do SNS.

Porém, estes desafios, o seu carácter alargado e global, a evolução para um conteúdo mais tecnológico dos serviços a fornecer, as novas necessidades de recursos humanos em quantidade e qualidade, o funcionamento em rede eficaz e eficiente do SNS, exigem, para tirar pleno partido do investimento em capital físico e humano, uma reforma da governação e do funcionamento dos hospitais, de forma a aumentar a eficiência da rede

hospitalar e a qualidade dos cuidados que são prestados aos cidadãos, quer em termos curativos, quer preventivos.

Em termos organizativos, Portugal tem vindo a melhorar a acessibilidade, qualidade e sustentabilidade financeira do seu SNS realizando fusões administrativas de hospitais públicos. Como resultado, entre 1999 e 2011 o número de hospitais públicos passou de 90 para 50. A maioria das fusões foi horizontal, com a criação de grandes centros hospitalares agrupando hospitais pequenos e às vezes distantes. Também houve fusões verticais, com a criação de unidades locais de saúde, incluindo hospitais e unidades de saúde familiares. Não obstante, e tendo presente a complexidade das instituições hospitalares, e o facto de terem distintas localizações, ainda se identificam oportunidades de melhoria que importa explorar.

Para além disso, a pandemia COVID-19 levou ao limite a capacidade dos hospitais do SNS, e mostrou as suas limitações na resposta à emergência COVID e não COVID, tendo ficado evidentes diversas fragilidades estruturais, nomeadamente a: (i) deficitária capacidade instalada na área da medicina intensiva e na área do diagnóstico laboratorial; (ii) aquisição de medicamentos, dispositivos médicos e equipamentos; (iii) comunicação atempada e cooperação clínica intra e inter hospitalares; (iv) planeamento da resposta a cuidados eletivos normais não COVID; (v) instalações deficitárias de alguns hospitais, exigindo a construção e substituição de edifícios, de modo a potenciar o seu funcionamento em rede, permitir uma maior flexibilidade na utilização dos espaços e a sua adequação a situações excecionais, como a da pandemia.

A necessidade de rever a organização interna dos hospitais, mas também o seu funcionamento em rede, tornou-se particularmente urgente, não só para garantir uma resposta adequada às doenças COVID e não COVID, mas sobretudo para consolidar as mudanças positivas que foram alavancadas pela pandemia, pelas lições e experiência que dela foi possível tirar, e que importa consolidar para o futuro, como o aumento do uso da telemedicina, o maior protagonismo dos cuidados primários, os investimentos em unidades de cuidados intensivos, a maior autonomia dos gestores hospitalares, entre outras.

A prioridade desta Reforma é, portanto, **aumentar a eficiência da resposta hospitalar no SNS:**

- (i) reformando a organização e a gestão interna dos hospitais;
- (ii) reconfigurando a rede hospitalar de acordo com o planeamento da capacidade em termos de volume de serviços, recursos humanos e infraestrutura;
- (iii) melhorando a articulação com as restantes respostas do SNS, nomeadamente com os cuidados de saúde primários e com as redes de cuidados continuados integrados, paliativos e de saúde mental;
- (iv) envolvendo os profissionais e as estruturas intermédias na gestão dos hospitais; e
- (v) centrando as respostas nas reais necessidades em saúde e bem-estar das pessoas.

Os objetivos desta Reforma estão totalmente alinhados com a REP 1 da COM para 2019 e 2020 (“melhorar a qualidade das finanças públicas, dando prioridade às despesas favoráveis ao crescimento e reforçando simultaneamente o controlo geral das despesas, a eficiência em termos de custos e uma orçamentação adequada, com especial incidência na redução duradoura dos pagamentos em atraso nos hospitais”), bem como, com diversas recomendações que têm vindo a ser sucessivamente apresentadas pelo Tribunal de Contas. Portugal está a desenvolver, com o apoio do Programa de Apoio à Reforma Estrutural da Comissão Europeia, o projeto *“Reconfiguring the hospital networks of the Portuguese National Health Service”* (projeto Hospital Master), atualmente em fase de processo de consulta.

Deste modo, importa concluir a Reforma do modelo de governação dos hospitais públicos, assegurando a implementação das medidas que visam a reorganização interna dos hospitais, o aprofundamento do trabalho colaborativo no SNS e o aumento da eficiência deste importante serviço público, além de reforçar a resiliência

do sistema de saúde e assegurar a igualdade de acesso a serviços de qualidade na área da saúde e dos cuidados de longa duração.

Para tal, destacam-se as seguintes medidas, organizadas em linhas de atuação:

Linha de ação 1: reconfigurar a rede hospitalar, articulando e redesenhando a oferta de serviços

1. **Rever as redes de referência no SNS, reconfigurando a oferta de serviços hospitalares no SNS**, de forma a garantir o acesso atempado dos cidadãos aos cuidados que necessitam, a assegurar a qualidade desses cuidados e a aumentar a eficiência global da resposta hospitalar, nomeadamente através da atualização das redes de referência para as várias especialidades hospitalares, da reconfiguração das carteiras de serviços dos hospitais e do reforço do modelo de organização de urgências metropolitanas, regionais e institucionais;
2. **Desenvolver processos de afiliação entre os hospitais do SNS**, com o objetivo de melhorar a articulação interinstitucional, maximizar a capacidade instalada e permitir o funcionamento integrado entre os serviços dos hospitais centrais e dos hospitais de proximidade, conjugando a concentração de conhecimentos e competências nos hospitais mais diferenciados, criando as condições mais adequadas para desenvolver a sua atividade com proximidade às populações, ao mesmo tempo que importa prosseguir uma política de discriminação positiva relativamente aos recursos para os hospitais das regiões de baixa densidade.
3. **Aprofundar a articulação e a integração de cuidados com as restantes respostas do SNS**, nomeadamente em alinhamento com: (i) Reforma RE-r01: Reforma dos cuidados de saúde primários; (ii) Reforma RE-r02: Reforma da saúde mental; (iii) Investimento RE-C01-i02: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e Rede nacional de Cuidados Paliativos, de forma a reservar o acesso aos hospitais para as situações que exijam este nível de intervenção, a garantir a centralidade no cidadão e na sua família, a assegurar a continuidade dos cuidados e contribuir para a sustentabilidade do SNS.
4. **Acelerar as respostas de hospitalização domiciliária**, que se constituem como uma modalidade de assistência que assegura, no domicílio dos utentes, a prestação de cuidados com diferenciação, complexidade e intensidade de nível hospitalar, durante um período limitado, em estreita articulação com os cuidados primários, com as respostas da RNCCI, com o setor social e com a comunidade. Referir que, no final de 2019, estavam já criadas 24 respostas de hospitalização domiciliária nos hospitais do SNS que permitiram tratar cerca de 2.500 doentes no seu domicílio.
5. **Investir nos hospitais de proximidade**, que completem a oferta dos cuidados de saúde primários com cuidados hospitalares menos diferenciados, conforme previsto no Investimento RE-C01-i04: Equipamento dos Hospitais Seixal, Sintra, Lisboa.
6. **Reforçar a capacidade laboratorial do SNS para diagnóstico de doenças infecciosas**, de forma dotar o país de uma rede pública de diagnóstico de doenças infecciosas, reforçada e alargada, com capacidade acrescida de testagem e de diagnóstico célere e integrado, a eventuais novos surtos em Portugal, pelo que se considera estratégico reforçar a capacidade nacional de diagnóstico, nomeadamente para o SARS-CoV-2.
7. **Aumentar a resposta na área da medicina intensiva**, com a ampliação dos serviços de medicina intensiva do SNS, para que Portugal convirja com a média europeia em termos de camas de cuidados intensivos por 100 000 habitantes.

Linha de ação 2: promover a coordenação e controlo da rede, melhorando a afetação de recursos e a eficácia e eficiência globais

1. **Garantir a execução adequada, em todos os hospitais do SNS, dos instrumentos de planeamento estratégico**, nomeadamente do Plano de Atividades e Orçamento (PAO) trienal, do Contrato-Programa (CP) anual e dos Contratos de Gestão celebrados com os elementos dos Conselhos de Administração, de forma a assegurar o alinhamento com as prioridades da política de Saúde e uma gestão previsional dos recursos hospitalares, com autonomia e responsabilidade para os Conselhos de Administração e para as estruturas intermédias, e a explicitar os ganhos de eficiência e produtividade que assegurem a sustentabilidade das instituições, integrando este exercício com a Reforma TD-5.6 – Melhoria da monitorização das Empresas Públicas e a redução duradoura dos pagamentos em atraso.

Os elementos dos Conselhos de Administração dos Hospitais do SNS estão abrangidos pelo Estatuto do Gestor Público (EGP), como qualquer outra empresa estatal. Nessa conformidade, aquando da tomada de posse é assinado um contrato entre o Gestor e as tutelas setoriais das Finanças e Saúde. Estes contratos já se encontram em vigor desde a aprovação daquele estatuto, mas com a implementação do projeto de autonomia dos hospitais do SNS, foi desenvolvido um trabalho conjunto entre as tutelas setoriais das Finanças e Saúde, que garantisse a inclusão de métricas objetivas de avaliação do desempenho do gestor.

O desempenho do Gestor será feito considerando duas componentes, uma relativa ao desempenho assistencial (a natureza da entidade hospitalar), e outra relativa ao desempenho económico-financeiro. Esta avaliação será realizada através da seguinte matriz multidimensional de indicadores e ponderações, da qual resultará o Indicador Global de Desempenho do Contrato de Gestão anual.

A avaliação dos objetivos de gestão na componente económico-financeira tem como condição necessária:

- A submissão atempada da proposta de Plano de Atividades e Orçamento, incluindo o Plano de Investimentos, no sistema informativo disponível para o efeito;
- A apresentação da informação que a instrui, através do reporte de informação económico-financeira mensal, trimestral e/ ou anual, com base no normativo contabilístico SNC-AP, no âmbito do Sistema Central de Contabilidade e Contas Públicas (S3CP), no Sistema de Recolha de Informação Económico-Financeira (SIRIEF) e/ ou no Sistema de Informação de Gestão Orçamental (SIGO) ou outros normativos e/ ou sistemas que os venham a substituir, de forma atempada, completa e fidedigna, sem discrepâncias injustificadas entre valores reportados ao longo do ano e as contas consolidadas em sede de encerramento de contas para contabilidade nacional, bem como com o relatório e contas devidamente certificado.

O não cumprimento dos dois pontos supra, determina, automaticamente, a qualificação de avaliação de desempenho negativa, nos termos e para os efeitos da alínea a) do n.º 1 do artigo 25.º do EGP. Sem prejuízo, nos casos em que se verifique o não cumprimento dos pontos B.1 e B.2 a avaliação da componente económico-financeira é de 0% (zero por cento).

Desta forma, pretende-se tornar objetiva a avaliação do gestor, garantindo a todas as partes o conhecimento das métricas de avaliação e as consequências do seu incumprimento. Esta versão encontra-se ainda em aprovação.

As prioridades na implementação deste processo estão definidas de acordo com: (i) os níveis de eficiência dos hospitais (priorizando os que têm eficiência elevada, com ou sem pagamentos em atraso); (ii) a dimensão (considerando hospitais de todos os grupos de benchmarking); (iii) a distribuição geográfica (incluindo hospitais de todas as regiões de saúde), de forma a garantir que possa ser aplicável de forma generalizada a todos os hospitais públicos. Define-se ainda o reforço do

papel do Ministério da Saúde, através da Administração Central do Sistema de Saúde, e do Ministério das Finanças, através da Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Setor Público Empresarial, na execução deste modelo de governação dos hospitais públicos, de forma a assegurar uma intervenção integrada e coerente sobre a gestão dos hospitais públicos, a qual considera: (i) a plena compatibilidade entre os instrumentos de gestão; (ii) a agilização do processo de elaboração e avaliação anual destes instrumentos (com relatórios conjuntos que abrangem as avaliações sectoriais e financeiras da atividade dos hospitais públicos, por exemplo); (iii) o reforço do processo de acompanhamento e avaliação dos compromissos estabelecidos.

2. **Introduzir nos modelos de Contrato-Programa de todos os hospitais do SNS, os mesmos padrões de exigência na monitorização de indicadores de desempenho sobretudo no que atende à qualidade e segurança dos cuidados prestados aos utentes**, com as métricas adequadas a cada população alvo e instituição, independentemente do local onde são prestados os cuidados de saúde. Na vertente dos Resultados efetivamente alcançados, cada Hospital será sujeito ao cumprimento da globalidade dos indicadores de resultado e de serviço já existentes no SNS e nas entidades com as quais este celebre parcerias, cujo apuramento deverá ser auditado. Deste modo, pretende-se também garantir que os objetivos anuais a cumprir por todos os Hospitais, bem como a avaliação do seu grau de cumprimento, sejam comparáveis no âmbito do SNS.
3. **Fortalecer os mecanismos de compras centralizadas, obtendo poupanças individuais para os hospitais e para o SNS como um todo.** Portugal está empenhado na implementação da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, e um dos objetivos é garantir o acesso a medicamentos de alta qualidade, eficazes e acessíveis a todas as pessoas que vivem no nosso país. Em relação a esta matéria, importa referir que Portugal introduziu em 2012 um sistema de aquisição centralizada de medicamentos, de forma a oferecer um contributo para a sustentabilidade do sistema de saúde e para a equidade no acesso em todo o país. Após alguns anos da sua implementação, o sistema centralizado de aprovisionamento foi submetido a uma avaliação, efetuada por uma instituição não portuguesa - o Instituto Nacional de Saúde Pública Austríaco, com o apoio da União Europeia através do Programa de Apoio às Reformas Estruturais e em cooperação com a Direcção-Geral da Apoio à Reforma Estrutural da Comissão Europeia, de forma a fornecer uma perspetiva externa independente. A avaliação foi concluída no final de dezembro de 2020 e os resultados foram bastante positivos, destacando-se que a legislação portuguesa relativa ao código do procedimento administrativo está em conformidade com as normas europeias e que o sistema português revelou ter pontos fortes, nomeadamente: (i) houve contribuições para a redução dos preços comparativamente com as compras isoladas das entidades, e desta forma foram asseguradas poupanças para o setor público; (ii) há uma maior transparência dos processos e da governação, contribuindo para mais equidade no acesso aos medicamentos em Portugal e para menor carga de trabalho face a compras realizadas isoladamente pelas entidades. Foram também identificadas áreas de melhoria a implementar no processo de compras centralizadas de medicamentos, que muito embora não alterem os princípios de poupança já instituídos, garantirão uma maior satisfação dos utilizadores. Uma das medidas, entretanto, já implementada, passa pela inclusão dos farmacêuticos hospitalares no processo de elaboração dos cadernos de encargos. A par desta medida, prevê-se o alargamento das compras centralizadas, nomeadamente à área dos equipamentos e dos dispositivos médicos.
4. **Aprofundar os mecanismos de partilha de boas práticas entre os hospitais do SNS**, identificando as alavancas operacionais de gestão que permitam capturar o potencial de melhoria em termos de acesso, qualidade e eficiência dos cuidados prestados aos cidadãos. Portugal tem vindo a desenvolver uma política de reforço da transparência e da prestação pública de contas em relação aos resultados das entidades que integram o SNS, numa ótica que fomenta a competição por comparação entre as

várias estruturas do SNS e em que se publicitam e partilham as boas práticas que contribuem para os melhores resultados alcançados. Destaca-se aqui: (i) o microsite de Monitorização do Serviço Nacional de Saúde (<https://benchmarking-acss.min-saude.pt>), que permite o acompanhamento tempestivo e comparável entre os hospitais do SNS; (ii) o Portal da Transparência (<https://www.sns.gov.pt/transparencia/>), que divulga conjuntos de dados sobre as diferentes dimensões de intervenção do SNS. Este caminho será aprofundado nos próximos anos (i) alargando os conjuntos de dados divulgados; (ii) criando mecanismos de benchmarking por serviço; (iii) reforçando o acompanhamento regular efetuado pela Administração Central do Sistema de Saúde, nomeadamente em termos de acesso e eficiência.

Linha de ação 3: reformar a gestão interna dos hospitais públicos, potenciando os instrumentos de gestão e reforçando os mecanismos de avaliação do desempenho, prestação de contas e responsabilidade, incentivando boas práticas de gestão

1. **Assegurar a contratualização interna em todos os hospitais do SNS**, de forma a promover o alinhamento dos objetivos e das responsabilidades entre todos os níveis da hierarquia hospitalar, avaliar a eficiência interna de cada serviço hospitalar e identificar atempadamente áreas de intervenção prioritária. Neste âmbito, devem ser definidos, de forma clara, os efeitos decorrentes desta contratualização.
2. **Alargar a criação de Centros de Responsabilidade Integrados (CRI) nos hospitais do SNS e implementar regimes remuneratórios baseados no desempenho alcançado aplicáveis às unidades organizadas em CRI.** Os CRI são estruturas de gestão intermédia, dotados de autonomia funcional e técnica, baseando-se num compromisso de desempenho assistencial e económico-financeiro, e em incentivos relacionados com o desempenho alcançado pelas equipas, contribuindo para: (i) melhorar o acesso, a qualidade e a eficiência dos cuidados prestados; (ii) reforçar a governação clínica, autonomia e a responsabilidade dos serviços; (iii) partilhar riscos e benefícios entre os serviços e os hospitais; (iv) valorizar a missão de cada serviço e de cada hospital no contexto regional e nacional do SNS.

Os hospitais, são unidades complexas, diferenciadas entre si, que dispõem de elevados recursos técnicos e tecnológicos e avultados meios financeiros para a produção de bens e serviços, sendo que a gestão destas unidades implica uma forte componente empresarial cuja dinâmica não é compatível com a concentração do processo da tomada de decisão, do planeamento e do controlo dos recursos.

A organização interna das unidades hospitalares em CRI tem como objetivo atingir uma maior eficiência e melhorar a acessibilidade, mediante um maior envolvimento e responsabilização dos profissionais pela gestão dos recursos postos à sua disposição, uma vez que agrupam serviços e ou unidades de dimensão gestonária adequada segundo critérios de homogeneidade, afinidade e complementaridade, visando a articulação operativa entre as diferentes especialidades médicas, a redução de custos e a maior capacidade competitiva. Os CRI visam também a assunção de um processo de reengenharia hospitalar reconhecendo a necessidade de alterar a atual estrutura dos cuidados, de acordo com lógicas assistenciais direcionadas para a globalização dos cuidados, aproveitando sinergias e complementaridade de funções e especialidades, prosseguindo a maior efetividade e utilidade social das prestações. Por outro lado, pretende-se que os CRI constituam verdadeiros órgãos de gestão intermédia que, sem quebrar a unidade de conjunto, sejam dotados de poder decisório, possibilitando-se a desconcentração da tomada de decisão nos termos e no âmbito dos orçamentos-programa previamente contratualizados. Pretende-se replicar, ao nível interno, a lógica da contratualização externa da atividade hospitalar e incrementar sistemas de informação de

gestão adequados à monitorização da atividade dos centros de responsabilidade integrados, permitindo a tomada oportuna de decisões corretivas.

Os CRI constituem assim uma ferramenta essencial para a reforma da gestão dos hospitais, são um instrumento inovador e elemento fundamental da reforma hospitalar, descentralizando de forma controlada, acompanhada e eficiente, as competências e responsabilidades, melhorando e otimizando a capacidade e os tempos de resposta de satisfação dos utentes do SNS. No final de 2019 existiam 14 CRI em funcionamento, experiência que se pretende agora alargar.

3. **Modernizar os sistemas de informação**, destacando-se a transição digital na Saúde, com o aperfeiçoamento e alargamento dos serviços digitais dirigidos à gestão, aos cidadãos e aos profissionais, e com o reforço das respostas de tele saúde nos hospitais do SNS, alinhado com o Investimento RE-C01-i06: Transição Digital da Saúde. Além disso, deverá ser desenvolvido/aprofundado o projeto “Exames sem Papel”, que consiste na utilização de meios eletrónicos para suportar os processos de prescrição, prestação e faturação dos MCDT realizados no SNS, independentemente de as entidades prestadoras serem do setor público ou detentoras de acordos ou convenções com o SNS. Ao permitir a desmaterialização e a desburocratização dos processos e a disponibilização eletrónica dos resultados dos exames aos utentes e aos profissionais de saúde, este projeto representa uma mudança de paradigma que contribuirá para reduzir o desperdício associado à realização de MCDT, permitindo a obtenção de poupanças diretas e indiretas, que vão desde a eliminação de repetições ou duplicações desnecessárias, até à redução dos custos administrativos, humanos e ambientais que lhe estão associados.
4. **Garantir a harmonização nacional e a plena utilização da informação fornecida pela contabilidade de gestão em todos os hospitais do SNS**, adequando-a ao novo modelo de contratualização interna que se pretende implementar, que designadamente apoie a gestão em tempo real e reduza tempos de serviço de forma consistente com a melhoria da qualidade, permitindo o apuramento da globalidade dos indicadores de gestão e avaliação de desempenho de forma automatizada e tempestiva, e com acesso direto por parte da ACSS e da UTAM.

Linha de ação 4: incentivar uma atuação promotora da qualidade, virada para o cidadão e criadora de uma cultura de excelência

1. **Assegurar a implementação de vários mecanismos de controlo da qualidade dos serviços prestados em todos os Hospitais do SNS**, incentivando o cumprimento das boas práticas em termos de prevenção e controlo de infeções e de resistências a antimicrobianos, permitindo a comparabilidade do desempenho da gestão de todas as entidades que integram o SNS e também a disseminação de boas práticas entre os vários modelos de gestão. Quanto à organização, destaca-se a obrigação de implementar um sistema de gestão da qualidade, incluindo vertentes como a acreditação anual do Hospital por entidade internacional certificada.
2. **Assegurar a realização e publicitação dos inquéritos de satisfação dos utentes de todas as unidades hospitalares do SNS**, utilizando metodologias que permitam a comparação dos resultados obtidos na avaliação da satisfação dos utentes em todo o Sistema de Saúde, atribuindo essa tarefa a uma entidade independente.
3. **Avaliar os Centros de Referência (CRe) para o tratamento de doenças raras ou complexas e promover a sua integração nas Redes Europeias de Referência (RER)**. Os CRe são 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, tratamento ou aos custos elevados da mesma, sendo capaz de conduzir formação pós-graduada e investigação científica nas respetivas áreas médicas. No final de 2019 estavam oficialmente reconhecidos pelo Ministério da Saúde 112 CRe, que devem agora ser objeto de certificação e acreditação da qualidade e segurança.

4. **Reforçar os mecanismos de avaliação dos novos medicamentos e tecnologias de saúde**, no âmbito do SiNATS, com a implementação de novas orientações metodológicas.

Implementação, Calendário e Riscos:

Esta reforma será executada pelos hospitais do SNS, sob a coordenação regional das Administrações Regionais de Saúde, IP (ARS) e nacional da Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS). O público-alvo desta reforma são todos os utentes do SNS.

Os riscos associados à realização desta reforma prendem-se, essencialmente, com: (i) a existência de recursos humanos em número e perfil adequados, em todas as zonas do país; (ii) a adesão por parte dos hospitais e dos serviços hospitalares.

Investimentos

Investimento RE-C01-i01: Cuidados de Saúde Primários com mais respostas

Desafios e Objetivos:

O presente investimento visa suportar a concretização da Reforma RE-r01: Reforma dos cuidados de saúde primários, contribuindo para enfrentar os desafios com que o País se confronta no setor da Saúde, agudizados pelo impacto da pandemia COVID-19, e que exigem um SNS cada vez mais robusto, resiliente e eficaz na resposta às necessidades em saúde da população.

A reforma dos cuidados de saúde primários assume um papel decisivo neste caminho, preparando o sistema para responder aos desafios atuais e para reduzir as assimetrias locais/regionais, bem como às assimetrias no acesso e nas condições de saúde e atender às necessidades concretas de vários grupos populacionais, conforme identificado no quadro da Reforma RE-r01, pelo que este investimento nos cuidados primários permitirá alcançar os seguintes 4 objetivos estratégicos, concretizados através das medidas elencadas, complementadas com o reforço dos recursos humanos em curso.

1. Melhorar o acesso, a qualidade e a eficiência dos cuidados prestados, completando a cobertura nacional dos programas de rastreio de base populacional, reforçando a capacidade de diagnóstico precoce assegurando a continuidade dos cuidados ao longo da vida dos cidadãos.
 - a) Alargar os rastreios oncológicos a todos os centros de saúde, nomeadamente do cólon retal e do colo do útero.
 - b) Alargar o rastreio da retinopatia diabética a todos os centros de saúde.
 - c) Dotar todos os centros de saúde com capacidade de dosear a proteína C reativa (PCR).
 - d) Dotar todos os ACES com espirómetros para diagnóstico precoce e tratamento da Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e Tabagismo.
 - e) Dotar as unidades de saúde familiares e unidades de cuidados de saúde personalizados com exames Holter e Monitorização Ambulatória da Pressão Arterial (MAPA).
 - f) Alargar as consultas do pé diabético a todos os ACES.

- g) Adotar o Plano Individual de Cuidados (PIC) para doentes complexos e com multimorbilidade (identificados de acordo com instrumentos de ajustamento pelo risco a implementar).
 - h) Definir protocolos de referenciação nas áreas assistenciais com maior procura, nomeadamente oftalmologia, otorrinolaringologia, ortopedia e urologia.
 - i) Implementar sistema de informação integrado que permita a referenciação dos utentes entre níveis de cuidados (SIGA SNS).
2. Rever a carteira de serviços dos ACES, alargando o âmbito e as suas áreas de intervenção, aumentando a capacidade resolutive deste nível de cuidados e reforçando o trabalho especializado e em equipa nas suas unidades funcionais:
- a) Instalar gabinetes de medicina dentária nos centros de saúde.
 - b) Criar centros de diagnóstico integrado (MCDT de baixa complexidade, pelo menos RX e Análises Clínicas) nos ACES.
 - c) Criar respostas de reabilitação nos centros de saúde (espaços físicos adequados e equipas de reabilitação, multiprofissionais e interdisciplinares).
 - d) Dotar todos os centros de saúde com equipamentos (saco de emergência, desfibrilhador e monitor sinais vitais) para resposta qualificada em emergência (suporte básico de vida).
 - e) Implementar programa de redução das urgências inadequadas e/ou evitáveis.
3. Qualificar as instalações e os equipamentos dos centros de saúde, assegurando condições de acessibilidade, qualidade, conforto e segurança para utentes e profissionais e adaptando-as aos novos modelos de prestação de cuidados de saúde.
- a) Construir novas unidades/polos de saúde, para substituir edifícios desadequados. A construção destas unidades/polos de saúde pressupõe padrões de eficiência energética elevados, que potenciarão necessidades de energia primária inferiores em, pelo menos, 20% ao padrão definido no Decreto-Lei n.º 101-D/2020, de 7 de dezembro. Este diploma estabelece os requisitos aplicáveis à conceção e renovação de edifícios, com o objetivo de assegurar e promover a melhoria do respetivo desempenho energético através do estabelecimento de requisitos aplicáveis à sua modernização e renovação, transpondo a Diretiva (UE) 2018/844 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 30 de maio de 2018, (Diretiva EPBD) relativa ao desempenho energético dos edifícios. Este requisito relativo ao desempenho energético dos edifícios deverá estar plasmado nos processos de contratação pública associados à execução dos novos investimentos, devendo ser assegurado no caderno de encargos.
 - b) Requalificar ou adaptar edifícios para aumentar eficiência energética, cumprir planos de contingência e/ou assegurar a acessibilidade e a permanência dos utentes em condições de segurança sanitária e conforto. Alguns dos projetos de requalificação constituirão renovações de nível médio, de acordo com previsto na Recomendação (UE) 2019/786 da Comissão sobre a renovação dos edifícios, assegurando elevados padrões de eficiência energética. Os requisitos relativos a estas exigências na melhoria do desempenho energético dos edifícios deverão estar plasmado nos processos de contratação pública associados à execução dos novos investimentos, devendo ser assegurado no caderno de encargos.
 - c) Modernizar equipamentos.
 - d) Alargar a consultoria hospitalar nos CSP (inclui consultas descentralizadas).

4. Potenciar as respostas de proximidade, com enfoque no domicílio e na comunidade, fomentando a desinstitucionalização e a ambuladorização dos cuidados, descentralizando competências na área da saúde para as autarquias locais, apostando na telesaúde e reforçando a articulação com as restantes estruturas da comunidade e serviços de apoio a públicos vulneráveis:
- a) Dotar os centros de saúde com viaturas elétricas para apoio à prestação de cuidados no domicílio.
 - b) Alargar o número de unidades móveis para cobertura das regiões de baixa densidade.
 - c) Dotar os centros de saúde com condições técnicas para realização de teleconsultas e telemonitorização de doenças crónicas, por exemplo, insuficiência cardíaca, DPOC e outras.
 - d) Reforçar as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) nos ACES carenciados, conforme previsto no Investimento RE-C01-i02: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e Rede Nacional de Cuidados Paliativos.
 - e) Criar Equipas Comunitárias Suporte Cuidados Paliativos nos ACES, conforme previsto no Investimento RE-C01-i02: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e Rede Nacional de Cuidados Paliativos.
 - f) Criar Programas de intervenção psicossocial na doença mental comum (depressão e ansiedade) nos ACES, para alinhamento com o previsto nos investimentos RE-C01-i03: Conclusão da Reforma de Saúde Mental e implementação da Estratégia para as Demências (incluído na rede hospitalar).

Natureza do investimento:

O presente investimento destina-se a reforçar o Serviço Nacional de Saúde (SNS) na vertente de cuidados de saúde primários. consagra o direito fundamental à proteção da saúde, concebido como direito universal, geral e tendencialmente gratuito.

O SNS integra as funções essenciais do Estado, sendo que nos termos do artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa: "Artigo 64.º Saúde: 1 - Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. 2 - O direito à proteção da saúde é realizado: a) Através de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;"; veja-se, no mesmo sentido, a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro);

A ACSS, as ARS e as ULS entidades que implementam o investimento (individualmente ou em parceria com as autarquias), são instituições do Ministério da Saúde, financiadas pelo Orçamento do Estado, e que, através das suas Estruturas e Unidades Funcionais, prestam os seus serviços gratuitamente aos utentes na base de uma cobertura universal, não desenvolvem atividades de natureza económica nem prestam serviços no mercado, pelo que não configuram "empresa" para efeitos das regras dos auxílios de Estado. Entendimento conforme, entre o mais, o Acórdão do Tribunal Geral da União Europeia, de 4 de março de 2003, Processo FENIN, T-318/99 e do Tribunal de Justiça da União Europeia, de 11 de julho 2006, Processo FENIN, C-205/03.

Sempre que aplicável, as regras de contratação pública serão integralmente cumpridas na contratação de bens e aquisição de serviços junto de entidades terceiras, impedindo qualquer auxílio de Estado a jusante.

Implementação:

Este investimento será coordenado a nível nacional pela ACSS, acompanhado pela equipa de projeto para apoiar a reforma RE-r01: Reforma dos Cuidados de Saúde Primários e competirá às ARS, enquanto institutos públicos integrados na administração indireta do Estado, dotados de autonomia administrativa, financeira e património próprio, operacionalizar todos os procedimentos que permitam concretizar, no âmbito das circunscrições territoriais respetivas, as medidas que integram este RE-C01-i01: Cuidados de Saúde Primários com mais respostas.

Público-Alvo:

Este investimento destina-se aos cerca de 10,3 milhões de utentes inscritos no SNS (Portugal Continental).

Calendário e riscos:

Os riscos associados à concretização destes investimentos prendem-se, essencialmente, com os seguintes aspetos: (i) a existência de recursos humanos em número e perfil adequados, em todas as zonas do país; (ii) cumprimento dos procedimentos e prazos previstos no código da contratação pública; (iii) adaptação dos sistemas de informação.

A execução dos vários projetos que compõem este investimento será concretizada ao longo dos próximos anos, conforme cronograma individual de cumprimento das milestones e metas, estimando-se a conclusão do investimento global até 2026.

Investimento RE-C01-i02: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e Rede Nacional de Cuidados Paliativos**Enquadramento**

Os indicadores demográficos, em Portugal, apontam para um progressivo envelhecimento da população, em paralelo com o aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes.

Em 2019, as pessoas com 65 ou mais anos representavam 22% da população residente em Portugal, o índice de envelhecimento era de 161,3% (161 idosos por cada 100 jovens) e o índice de dependência de idosos era de 34,2% (34,2 idosos por 100 pessoas em idade ativa). Apesar de o envelhecimento não ser sinónimo de doença e dependência, existe uma considerável prevalência de doenças crónicas nos idosos em Portugal, sendo frequente a multimorbilidade (Portugal é o 3.º País da OCDE com maior percentagem de pessoas com mais de 65 anos a viver com duas ou mais doenças crónicas, segundo o relatório *Health at a Glance* 2019).

O presente investimento articula-se com a Reforma RE-r05: Reforma da Provisão de Equipamentos e Respostas Sociais da Componente 3, que preconiza o desenvolvimento de uma nova geração de respostas de proteção social aos cidadãos mais idosos e/ou dependentes, baseada não só em estruturas residenciais, mas também em respostas na comunidade, em dois níveis de abordagem: (i) a abordagem social, constante na componente 3, consubstanciada, numa reorganização do funcionamento das estruturas residenciais, que assegure o equilíbrio entre a privacidade e o ambiente coletivo e protetor e respostas residenciais de pequenas dimensões privilegiando um ambiente mais familiar e humanizado e menos centrado num modelo institucional de larga capacidade; (ii) abordagem da saúde, constante na presente componente, tendo presente que a variável que se assume como central no processo de envelhecimento é a funcionalidade, ou seja, a interação dinâmica entre os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, etc.) e os fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais), da qual resulta a dependência/independência de cada um no autocuidado, tendo a sua parte mais visível na resposta que é dada através da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e da Rede Nacional de Cuidados Paliativos. Efetivamente, a RNCCI, criada em 2006, procura dar resposta à problemática da dependência e da funcionalidade, sendo constituída por unidades e equipas de saúde e/ou de apoio social, com origem nos serviços comunitários, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais.

Assim, este inovador modelo de cuidados atravessa de forma transversal o SNS e as respostas institucionais do Setor Social, e assenta no funcionamento em Rede, onde é preconizada uma abordagem integrada de saúde e ação social, através de respostas de internamento, ambulatórias e de apoio domiciliário, que devem funcionar

de forma articulada, e assegurar a proximidade da prestação dos cuidados, através da capilaridade a nível nacional. Este modelo é fundamental no apoio às famílias na prestação de cuidados a pessoas dependentes, tarefas que ainda sobrecarregam de forma muito desigual as mulheres ao longo da vida e prejudicam a sua participação no mercado de trabalho, pelo que os serviços prestados através da RNCCI contribuem para reduzir essa sobrecarga e para que mulheres e homens tenham mais condições para conciliarem a sua vida profissional, pessoal e familiar.

A RNCCI é uma resposta enquadrada no Pilar Europeu dos Direitos Sociais, especialmente no Pilar 18 - Cuidados de Longa Duração, nas REP da COM para 2020 e 2021 (REP 1) e na Estratégia Portugal 2030, nomeadamente na agenda temática “As pessoas primeiro: um melhor equilíbrio demográfico, maior inclusão, menos desigualdade”. A sua arquitetura e funcionamento seguem ainda as recomendações do Relatório Temático sobre os desafios dos cuidados continuados em Portugal, elaborado em 2018 pela *European Social Policy Network*.

Para além desta resposta dirigida à dependência e à funcionalidade, Portugal tem vindo a desenvolver também respostas de cuidados paliativos, de forma a responder ao aumento das doenças crónicas incapacitantes e irreversíveis e a encontrar respostas biopsicossociais e espirituais que promovam a qualidade de vida de doentes e famílias.

Nesta sequência, foi aprovada a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (2012), que definiu a responsabilidade do Estado nesta matéria e consagrou o direito dos cidadãos a estes cuidados, e criou a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), que se destina a todas as pessoas com doenças graves e/ou avançadas e progressivas que deles necessitem, qualquer que seja o seu diagnóstico e a sua idade e onde quer que se encontrem. A RNCP define que estes cuidados são prestados por serviços e estabelecimentos do SNS, podendo, quando a resposta pública se revelar insuficiente, ser também assegurados por entidades do setor social ou privado, certificados nos termos da lei.

A OMS estima que, anualmente, mais de 40 milhões de pessoas necessitam de cuidados paliativos em todo o mundo, reconhece a eficiência e custo-efetividade de diversas formas de organização de cuidados paliativos no alívio do sofrimento e defende que o desenvolvimento de modelos de cuidados paliativos, plenamente integrados nos sistemas nacionais de saúde e na continuidade de todos os níveis de cuidados, é uma responsabilidade ética de cada Estado (*World Health Organization and Worldwide Palliative Care Alliance. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, 2014*).

Para além disso, é também reconhecido internacionalmente que, quando aplicados precocemente, os cuidados paliativos trazem benefícios para os doentes e suas famílias, diminuindo a carga sintomática dos doentes e a sobrecarga dos familiares/cuidadores e que diminuem os tempos de internamento hospitalar, os reinternamentos, a futilidade terapêutica, o recurso aos serviços de urgência e aos cuidados intensivos, tendo também impacto positivo na diminuição dos custos em saúde.

É com esta perspetiva que tem vindo a ser implementada a RNCP nos últimos anos, promovendo a criação de equipas de cuidados paliativos nos três níveis de cuidados de saúde (primários, hospitalares e continuados) e criando uma “rede funcional” de cuidados paliativos, que facilite o acesso a estes cuidados e fortaleça a abordagem paliativa, realizada por todos os profissionais de saúde.

Mais uma vez, também a RNCP está por completar em Portugal, persistindo insuficiências e desigualdades regionais que urge resolver, para universalizar a prestação de cuidados paliativos a todos os cidadãos que deles podem e devem beneficiar. No final de 2019, a RNCP dispunha de: (i) 44 Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos; (ii) 25 Equipas Comunitárias ou Domiciliárias de Suporte em Cuidados Paliativos; (iii) 28 Unidades de Cuidados Paliativos com 379 camas; (iv) 6 Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricas. Apesar do aumento alcançado nos últimos anos, a cobertura

populacional da RNCP está ainda aquém do desejado a nível nacional, na medida em que muitas das equipas necessitam de reforço da sua intervenção, dois distritos do país não dispunham Unidades de Cuidados Paliativos (Leiria e Viana do Castelo) e seis não tinham qualquer ECSCP (Aveiro, Braga, Castelo Branco, Coimbra, Portalegre e Vila Real).

Por último, refira-se que a RNCCI e as Unidades de Cuidados Paliativos para Doentes não Agudos da RNCP, estruturam-se e desenvolvem-se, em Portugal, através de parcerias com o setor privado, social e solidário, sendo que estes são responsáveis pela prestação de cuidados, recursos humanos e materiais, com um contrato com o Estado (Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social), sendo estes últimos, responsáveis pelo pagamento, pela avaliação e pelo desenvolvimento destas redes. O modelo de financiamento e respetivos preços a pagar nas unidades de internamento e ambulatório da RNCCI está estipulado na Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de setembro, na sua redação atual. A monitorização e a avaliação dos prestadores são efetuadas pelas Equipas de Coordenação Regional (ECR) da RNCCI, que integram representantes da Saúde e Segurança Social, nos termos previstos nos contratos.

Desafios e Objetivos

A RNCCI e a RNCP são duas respostas que estão enquadradas nas prioridades estratégicas, nacionais e internacionais, para o desenvolvimento do sistema de saúde e proteção social do País e vão ao encontro das principais necessidades em saúde e bem-estar da população portuguesa, mas a sua oferta ainda não está completa, persistindo diferenças regionais significativas e até algumas tipologias que ainda não estão implementadas.

Com efeito, na vertente da RNCCI, existem necessidades de camas e respostas com metas definidas, a nível de distrito e concelho, as quais foram calculadas com base em experiências internacionais, nomeadamente na Catalunha, tendo por variáveis a população com idade superior a 65 anos e um fator de ponderação ajustado por intensidade de cuidados (os rácios e metas de cobertura são atualizados sempre que o INE atualiza os censos e projeções de população), mas que ainda não foram alcançadas.

Em 2008 e 2010 foi possível ter programas de apoios financeiros à construção de novas unidades de CCI, que aumentaram as respostas à data existentes e ofereceram cuidados em estruturas dignas e de qualidade. Tendo terminado esses programas, os novos promotores escassearam, a que não foi indiferente as dificuldades financeiras que o País atravessou durante o período de intervenção externa, no âmbito do Programa de Assistência Económica e Financeira (PAEF) que decorreu entre 2011 e 2014.

Os últimos anos permitiram o desenvolvimento e o crescimento das respostas da RNCCI, incluindo a criação de valências específicas da área da saúde mental nas respostas da Rede, procurando uma cobertura nacional, definida para a meta de 15.000 camas de internamento até 2016, o que está longe de ser concretizado (no final do 1.º semestre de 2020 existiam 9.220 lugares de internamento, cerca de 60% da cobertura necessária), contribuindo para isto a dificuldade de encontrar promotores que queiram realizar investimento nesta área.

A dificuldade em alcançar as metas definidas, principalmente nos grandes centros populacionais, tem-se prendido com o preço de construção (m²), muito superior a outros locais do país, verificando-se diferenças muito grandes na distribuição geográfica das unidades de internamento da RNCCI, com prejuízo dos grandes centros urbanos, onde existe uma maior concentração da população, nomeadamente nas áreas metropolitanas do Porto e, essencialmente, de Lisboa.

Conforme referido, a RNCCI tem ainda a vertente da saúde mental, com 314 respostas a funcionar em 20 residenciais/unidades sócio ocupacionais e 8 equipas domiciliárias, com capacidade para assegurar 64 visitas diárias. É necessário e urgente expandir esta área, assegurada na sua totalidade por promotores privados e do sector solidário, com retração ao investimento. À semelhança da Rede Geral, também as valências da área da

saúde mental necessitam de ser alargadas, com a criação de mais respostas residenciais na comunidade, em unidades socio-ocupacionais e em equipas domiciliárias.

Em relação aos cuidados paliativos, pretende-se que todas as pessoas portadoras de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva, residentes em Portugal Continental, tenham acesso a cuidados de qualidade, independentemente da sua idade, diagnóstico, local de residência ou nível socioeconómico, desde o diagnóstico até ao luto. Para isso, é necessário completar as respostas da RNCP, seguindo um modelo colaborativo e integrado, em que as equipas específicas de cuidados paliativos se ocupam dos doentes com necessidades mais complexas e em que os doentes de complexidade baixa a intermédia devem ser acompanhados pelo seu médico e enfermeiro de família, pelas equipas/unidades da RNCCI ou outras equipas terapêuticas, assegurando a abordagem paliativa adequada às suas necessidades e podendo receber a consultoria e apoio das equipas específicas de cuidados paliativos (comunitárias e hospitalares).

A resposta em camas de cuidados paliativos em hospitais de agudos foi considerada uma prioridade, a par das Equipas Intra-Hospitalares de Cuidados Paliativos, estas com uma implementação perto de 100%, nos hospitais do SNS.

As unidades de cuidados paliativos (UCP) prestam cuidados mais complexos e estão a ser criadas nos Centro Hospitalares Universitários, encontrando-se já em funcionamento três das sete identificadas, e para o qual se continua a trabalhar, sendo o rácio identificado de 40 a 50 camas por milhão de habitantes, para uma meta de 491 camas. Atualmente existem 221 camas em 15 UCP, que dão esta resposta mais especializada, de cuidados mais complexos.

Verifica-se, no entanto, a necessidade de uma abordagem complementar, que dê resposta às pessoas com necessidades de cuidados paliativos de baixa a moderada complexidade, e que evite o seu internamento num hospital de agudos. Assim, existem UCP instaladas na RNCCI e contratualizadas com entidades do setor social ou privado para resposta a situações paliativas de complexidade baixa a moderada, que são em número insuficiente para garantir uma cobertura total do país, pelo que é necessário o seu alargamento, particularmente aos distritos do interior do País. Atualmente com 166 camas, distribuídas por 14 unidades, a maioria dos distritos do país não dispõe ainda desta resposta menos complexa, mas necessária.

Por outro lado, a cobertura em Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos está ainda aquém das necessidades identificadas, sendo urgente colmatar esta área, de modo a que todos os ACES possam dar esta resposta com uma equipa dimensionada para a área geográfica. Pela especificidade de competências destes profissionais é muito difícil o SNS ter equipas suficientes a cobrir todo o país e dar resposta às necessidades. Atualmente, existem somente 27 equipas, que não dão cobertura total à população do seu ACES, pelo que a necessidade de mais equipas e mais profissionais é uma emergência.

Reforça-se que o aumento das respostas de ambulatório e das equipas domiciliárias, na RNCCI e na RNCP, permitirá a desinstitucionalização e a integração na comunidade do seguimento dos utentes, sendo para isso necessário criar condições para o investimento do setor privado e solidário (com o Estado a contratar estes cuidados), à semelhança das unidades de internamento, e criar fatores de sustentabilidade ambiental com a obrigatoriedade de aquisição de veículos elétricos, estando ainda em linha com os objetivos da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável, que se encontra em construção, e que dinamizará a criação de respostas comunitárias que permitam a permanência das pessoas idosas nos seus domicílios, promovendo a preservação da sua autonomia e o adiamento da dependência e necessidade de institucionalização.

A concretização de Investimento na RNCCI e na RNCP passa por, mantendo o atual quadro legal, alargar a resposta a todo o país, completando a Reforma dos Cuidados Continuados e dos Cuidados Paliativos que tem vindo a ser implementada nos últimos anos, preparando assim melhor o País para os desafios do presente e do futuro na resposta aos mais idosos e dependentes.

Para determinar as necessidades da RNCCI foram aplicados rácios de camas ou lugares por população com idade superior a 65 anos. Para os cuidados paliativos foram aplicados rácios para a população total. Considerando este rácio e as camas e lugares já existentes, apurou-se o número de camas e lugares em falta para completar a Rede a nível nacional, para cada uma das tipologias e por região de Saúde. Em concreto, em relação às camas da RNCCI, importa destacar que as regiões com menor cobertura são as regiões de saúde de Lisboa e Vale do Tejo (44%) e do Norte (61%), enquanto o Centro e o Alentejo têm taxas de cobertura próximas de 100%. Também quanto às ECCI as regiões com menor cobertura são o Norte (78%) e Lisboa e Vale do Tejo (44%). Quanto às UDPA, a sua implementação ainda não se iniciou, pelo que há necessidades em todas as regiões.

No que respeita às camas para situações paliativas de complexidade baixa a moderada (UCP-RNCCI), a taxa de cobertura nacional é baixa a nível do país (34%). As taxas mais elevadas de cobertura ocorrem nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo (69%) e Alentejo (60%), não existindo qualquer oferta nas regiões do Centro e Algarve.

Apesar de iniciadas em 2017, a reduzida dimensão das respostas na área dos cuidados continuados integrados de saúde mental (CCI SM), é uma limitação importante para a prestação de respostas de reabilitação psicossocial e de apoio às pessoas com doença mental. Assinala-se, também, a este nível a manifesta desigualdade no acesso a estas respostas nas diferentes regiões do país, com a maioria dos lugares localizados na Região Norte (31%) e sendo a Região do Alentejo (6,9%) a que menos respostas verifica. No que respeita à área da infância e adolescência, as assimetrias regionais na cobertura são ainda mais evidentes.

Considerando os rácios de camas e lugares desejáveis para servir a população, assim como a oferta atualmente existente, definiram-se metas para cada uma das tipologias de resposta, as quais visam colmatar os défices de cobertura atualmente existentes no país e diminuir as assimetrias regionais.

Nesta sequência, este investimento consiste num programa estruturado e faseado para apoiar financeiramente promotores do setor público, privados ou social (replicando o modelo do Programa Modelar que foi utilizado anteriormente, com sucesso, e que permitiu a construção célere de novas unidades de internamento para a RNCCI e para a RNCP), de forma a alcançar os seguintes objetivos:

1. Aumentar em 5.500 camas as respostas de internamento da RNCCI, concretizando a construção de 275 novos módulos de 20 camas (em unidades existentes ou a construir de novo, sendo a construção da responsabilidade do proprietário/promotor).
2. Criar 20 unidades de promoção de autonomia, para resposta a 500 doentes que podem permanecer no domicílio, mas ter a continuidade de cuidados necessária à sua reabilitação.
3. Criar 50 equipas domiciliárias de cuidados continuados integrados, de modo a ser possível dar resposta a 1.000 doentes no domicílio (apoio para recursos materiais e viaturas elétricas, sendo os recursos humanos da responsabilidade do SNS ou dos promotores candidatos).
4. Alargar até 1.000 lugares, das respostas de cuidados continuados integrados de saúde mental, em 50 residências e unidades sócio ocupacionais (apoio à construção de novas respostas ou alargamento de respostas já existentes).
5. Alargar até 100 lugares, em 10 equipas de apoio domiciliário de saúde mental (apoio à aquisição dos recursos materiais necessários e de viaturas elétricas para a atividade das equipas).
6. Construir ou alargar 20 unidades de internamento de cuidados paliativos, para dar resposta a 400 doentes (apoios para captar novos promotores).
7. Alargar até 100 lugares, em 10 equipas comunitárias de cuidados paliativos (apoio à aquisição dos recursos materiais necessários e de viaturas elétricas para a atividade das equipas).

Nos casos em que estes investimentos envolvam a construção de novas unidades da RNCCI ou da RNCP serão assegurados padrões de eficiência energética elevados, que potenciarão necessidades de energia primária inferiores em, pelo menos, 20% ao padrão definido no Decreto-Lei n.º 101-D/2020, de 7 de dezembro. Este diploma, estabelece os requisitos aplicáveis à conceção e renovação de edifícios, com o objetivo de assegurar e promover a melhoria do respetivo desempenho energético através do estabelecimento de requisitos aplicáveis à sua modernização e renovação, transpondo a Diretiva (UE) 2018/844 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 30 de maio de 2018, (Diretiva EPBD) relativa ao desempenho energético dos edifícios. Este requisito relativo ao desempenho energético dos edifícios deverá estar plasmado nos processos de contratação pública associados à execução dos novos investimentos, devendo ser assegurado no caderno de encargos.

Importa ainda destacar que este investimento mantém o modelo de gestão que vigora atualmente na RNCCI e na RNCP, ou seja: (i) o Estado financia parte dos investimentos e assegura a contratação dos cuidados de saúde e apoio social através de verbas inscritas anualmente no Orçamento do Estado; (ii) a gestão das respostas é efetuada diretamente pelos operadores do setor social, privado ou público (no final de 2019, as camas contratadas na RNCCI eram geridas: 73,5% por entidades do setor social; 24,3% por entidades privadas com fins lucrativos e 2,2% por entidades públicas integradas no SNS).

Destacar ainda que este investimento prevê também o financiamento, no valor de 15M€, por via do Orçamento de Estado. Este financiamento justifica-se pelo facto de, tendo presente o valor disponível de financiamento e a necessidade de incluir também outras medidas no PRR, garantir a coerência do programa modelar e não sacrificar as respostas previstas com a implementação do mesmo.

Natureza do investimento:

Este investimento destina-se a apoiar, no essencial, as entidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS), do setor social e do setor privado na criação de condições para integrarem a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP). O SNS consagra o direito fundamental à proteção da saúde, concebido como direito universal, geral e tendencialmente gratuito.

O SNS integra as funções essenciais do Estado, sendo que nos termos do artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa: "Artigo 64.º Saúde: 1 - Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. 2 - O direito à proteção da saúde é realizado: a) Através de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;", no mesmo sentido, Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro).

O investimento destina-se aos cidadãos com necessidades ao nível da dependência, da funcionalidade e do apoio social, na vertente mais específica da RNCCI, e àqueles que vivem com doenças crónicas incapacitantes e irreversíveis, para os quais é necessário encontrar respostas biopsicossociais e espirituais que promovam a qualidade de vida de doentes e famílias, no caso da RNCP.

Os equipamentos e serviços em causa têm uma procura eminentemente local, com distribuição nacional, são prestados em língua portuguesa e não serão promovidos noutros Estados-membros, sendo insuscetíveis de atrair cidadãos de outros Estados-membros - cfr. Auxílio estatal SA.38920 (2014/NN) – Alegado auxílio estatal à Santa Casa da Misericórdia de Tomar (SCMT).

Sempre que aplicável, as regras de contratação pública serão integralmente cumpridas na contratação de bens e aquisição de serviços junto de entidades terceiras, impedindo qualquer auxílio de Estado a jusante.

Implementação:

O programa de financiamento que concretiza este investimento será coordenado a nível nacional pela ACSS, competindo às ARS executar todos os procedimentos de seleção, acompanhamento e financiamento definidos

no regulamento da atribuição de apoios financeiros pelas ARS (requisitos das entidades candidatas, projetos elegíveis, limite de financiamento de projetos, elegibilidade de despesas, limite de elegibilidade de despesas, critérios e prazo para apresentação, apreciação e seleção das candidaturas, entre outros), de forma a colmatar as necessidades identificadas na região no âmbito da RNCCI e da RNCP.

Público-Alvo:

Este investimento destina-se aos cidadãos com necessidades ao nível da dependência, da funcionalidade e do apoio social, na vertente mais específica da RNCCI, e àqueles que vivem com doenças crónicas incapacitantes e irreversíveis, para os quais é necessário encontrar respostas biopsicossociais e espirituais que promovam a qualidade de vida de doentes e famílias, no caso da RNCP.

Calendário e riscos:

Os riscos associados à concretização destes investimentos prendem-se, essencialmente, com os seguintes aspetos: (i) a existência de recursos humanos em número e perfil adequados, em todas as zonas do país; (ii) existência de entidades do setor social e privado disponíveis (em número suficiente e nos locais necessários) para se candidatarem aos apoios financeiros previsto no programa de financiamento a criar.

A execução dos vários projetos que compõem este investimento será concretizada ao longo dos próximos anos, conforme cronograma individual de cumprimento das milestones e metas, estimando-se a conclusão do investimento global até ao final de 2024.

Investimento RE-C01-i03: Conclusão da Reforma de Saúde Mental e da Implementação da Estratégia para as Demências

Desafios e Objetivos

O presente investimento visa apoiar a concretização da Reforma RE-r02: Reforma da saúde mental, contribuindo assim para o reforço do SNS e para a melhoria da resposta às necessidades em saúde da população portuguesa.

A par elevada prevalência das perturbações psiquiátricas, os dados do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (2013) sugerem que 64,9% das pessoas com perturbações moderadas e 33,6% das pessoas com perturbação grave não recebe cuidados de saúde mental adequados (*treatment gap*). Por outro lado, persistem manifestas dificuldades no acesso aos serviços de saúde mental em função da distância geográfica aos mesmos, em particular na área da Infância e Adolescência e nas áreas geográficas do Alentejo e Algarve, o que pode parcialmente explicar o excessivo recurso aos psicofármacos no tratamento das doenças mentais comuns (depressão e ansiedade), para as quais existem alternativas terapêuticas não farmacológicas.

Também no que se refere à disponibilização de intervenções e programas nos Serviço Locais de Saúde Mental, constata-se que existe uma enorme heterogeneidade de recursos e práticas a nível nacional, pelo que os SLSM de todo o território nacional devem disponibilizar um conjunto mínimo de prestações, definidas de acordo com as boas práticas e baseados na evidência. É, assim, essencial o reforço das equipas comunitárias, de forma a aproximar os serviços de saúde mental da população que acompanham e assegurar respostas focadas na prevenção, em articulação com outros profissionais de saúde e outros níveis de cuidados, contribuindo para a redução do estigma e da discriminação, frequentemente associados à doença mental.

A pandemia por COVID 19 veio evidenciar de forma robusta as necessidades de reconfiguração urgente do modelo de prestação de cuidados de saúde em Portugal, nomeadamente na área da saúde mental, tornando-o mais integrado, articulado e próximo das pessoas.

É hoje evidente a premência de implementar os princípios e os objetivos definidos para o Plano Nacional de Saúde Mental, investindo na desinstitucionalização dos doentes e na conclusão da cobertura nacional da malha dos Serviços Locais de Saúde Mental, nas vertentes de internamento, ambulatório e de intervenção comunitária.

Para isso, é necessário instalar respostas para doentes agudos nas áreas onde ela depende ainda dos hospitais psiquiátricos e requalificar as respostas existentes nas demais regiões, reforçando a intervenção das Equipas Comunitárias de Saúde Mental (ECSM). Refira-se que relativamente às equipas comunitárias de saúde mental que as mesmas representam uma importante alteração no paradigma do tratamento das doenças mentais, com a transição de cuidados institucionalizados para cuidados na comunidade junto do meio social dos doentes e das suas famílias. Esta transição é fundamental para aumentar o acesso a melhores cuidados, melhorar a integração social e desincentivar a institucionalização.

Adicionalmente, a reforma de saúde mental só será efetiva quando as respostas disponíveis na RNCCI-SM forem robustas (atualmente cerca de 354 respostas em experiências piloto).

A criação das equipas comunitárias, aspeto nuclear desta reforma de saúde mental, constitui o elemento mais decisivo na melhoria da prestação de cuidados de saúde mental de proximidade, com um efeito marcado de diminuição do estigma habitualmente associado aos *settings* mais institucionais, algo que é de grande importância na facilitação do acesso aos cuidados por parte de populações com vulnerabilidades várias, nomeadamente relacionadas com a violência doméstica, a identidade de género, exclusão social, pobreza e precariedade.

Por outro lado, os hospitais psiquiátricos mantêm ainda um número muito significativo de residentes (seis centenas), sem estrutura social ou familiar de apoio, reclamando medidas que prossigam o processo de desinstitucionalização, de forma a criar ambientes que se aproximem o mais possível da referência social e comunitária, à semelhança do que já foi feito em todos os países da Europa Ocidental.

Deve ainda ser referido que, no âmbito do “Contrato de Prestação de Serviços” celebrado com as ordens religiosas para doentes crónicos na área da saúde mental que vigora desde 1983, são abrangidos cerca de 4.000 doentes, envolvendo uma despesa total que ronda os 38M€ anuais.

Por último, a responsabilidade do Estado Português à luz das regras previstas no recentemente publicado Decreto-Lei n.º 70/2019, de 24 de maio, impõe a conclusão do processo de requalificação das Unidades de Psiquiatria Forense para doentes inimputáveis, de forma a melhorar as condições necessárias à sua efetiva reabilitação e a disponibilizar mais lugares para inimputáveis fora dos estabelecimentos prisionais, dando assim resposta aos doentes internados em estabelecimentos de saúde externos e aos doentes que se mantêm nos estabelecimentos prisionais que, de acordo com o Relatório do Conselho Nacional de Saúde, 2019, correspondiam, respetivamente, a 158 e 267 doentes, num total de 425.

O investimento aqui proposto tem os seguintes objetivos:

1. Criar respostas residenciais na comunidade que permitam a desinstitucionalização dos doentes residentes em hospitais psiquiátricos ou no setor social, que não beneficiam da oferta de cuidados da RNCCI.
2. Construir 4 unidades de internamento em hospitais gerais, eliminando os internamentos de agudos em Hospitais Psiquiátricos.
3. Criar 15 Centros de Responsabilidade Integrados (CRI), ultrapassando os obstáculos ao desenvolvimento de estruturas e de prestação de cuidados em meio extra-hospitalar, com maior grau de autonomia e *accountability*.
4. Requalificar as instalações dos SLSM já existentes, intervindo em 20 entidades;

5. Criar 40 equipas comunitárias com os rácios definidos no PNSM (1/200 mil habitantes na pessoa adulta, 1/100 na infância e adolescência). Pretende-se implementar projetos-piloto de criação de 20 equipas comunitárias de saúde mental que intervenham junto dos doentes e suas famílias, alterando assim o atual paradigma de intervenção ainda muito focada nos hospitais e fomentando as respostas de proximidade e focadas no ambiente comunitário onde os doentes vivem, conforme recomendam as boas práticas internacionais referentes a esta área. Em concreto, este investimento permitirá contratar a prestação de serviços de recursos humanos para constituir 20 destas equipas, procedendo-se à avaliação da custo-efetividade desta mudança fundamental de paradigma. Acreditando numa avaliação positiva desta experiência piloto, em linha com o que se verifica noutros países da Europa, os custos futuros com o funcionamento destas equipas serão assegurados pelo orçamento de funcionamento do SNS, considerando os ganhos de eficiência que daí advêm na prestação destes cuidados aos utentes.
6. Alargar a RNCCI-SM, com aumento progressivo do número de lugares, até atingir 1.500.
7. Qualificar os internamentos de psiquiatria forense e construir 3 unidades forenses de transição para a comunidade (inimputáveis em liberdade para prova).
8. Construir uma nova unidade forense (Sobral Cid) e remodelar outras duas (CHPL e HML)
9. Implementar os Planos Regionais de Saúde para as Demências, a nível das cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS) do território continental

Nos casos em que estes investimentos envolvam a requalificação de edifícios, as mesmas constituirão renovações de nível médio, de acordo com previsto na Recomendação (UE) 2019/786 da Comissão sobre a renovação dos edifícios, assegurando elevados padrões de eficiência energética. Os requisitos relativos a estas exigências na melhoria do desempenho energético dos edifícios deverão estar plasmado nos processos de contratação pública associados à execução dos novos investimentos, devendo ser assegurado no caderno de encargos.

Natureza do investimento:

O presente investimento destina-se a reforçar o Sistema Nacional de Saúde (SNS) envolvendo unidades hospitalares do SNS e as Administrações Regionais de Saúde (ARS). O SNS consagra o direito fundamental à proteção da saúde, concebido como direito universal, geral e tendencialmente gratuito.

O SNS integra as funções essenciais do Estado, sendo que nos termos do artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa: "Artigo 64.º Saúde: 1 - Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. 2 - O direito à proteção da saúde é realizado: a) Através de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;", veja-se, no mesmo sentido, a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro).

As unidades hospitalares e as ARS são financiadas pelo Orçamento de Estado, prestam os seus serviços gratuitamente na base de uma cobertura universal, não desenvolvem atividades de natureza económica nem prestam serviços no mercado, pelo que não são concomitantemente consideradas "empresa", nos termos e para os efeitos das regras relativas a auxílios de Estado.

Entendimento conforme, entre o mais, os Acórdãos do Tribunal Geral da União Europeia, de 4 de março de 2003, Processo FENIN, T-318/99 e do Tribunal de Justiça da União Europeia, de 11 de julho 2006, Processo FENIN, C-205/03.

Sempre que aplicável, as regras de contratação pública serão integralmente cumpridas na contratação de bens e aquisição de serviços junto de entidades terceiras, impedindo qualquer auxílio de Estado a jusante.

Implementação:

A concretização deste investimento envolve todas as unidades hospitalares do SNS e as cinco Administrações Regionais de Saúde de Portugal Continental e será coordenada a nível nacional pela ACSS, acompanhado pela equipa de projeto para apoiar a reforma RE-r02: Reforma da saúde mental, e competirá aos hospitais e às ARS operacionalizar todos os procedimentos que permitam concretizar as medidas que integram este RE-C01-i03: Conclusão da Reforma de Saúde Mental e implementação da Estratégia para as Demências.

Público-Alvo:

Este investimento destina-se aos cidadãos com necessidades ao nível da saúde mental, assim como àqueles que sofrem de demência.

Calendário e riscos:

Os riscos associados à concretização destes investimentos prendem-se, essencialmente, com os seguintes aspetos: (i) a existência de recursos humanos em número e perfil adequados, em todas as zonas do país; (ii) existência de entidades do setor social e privado disponíveis (em número suficiente e nos locais necessários) para se candidatarem aos apoios financeiros previsto no programa de financiamento a criar; (iii) cumprimento dos procedimentos e prazos previstos no código da contratação pública.

A execução dos vários projetos que compõem este investimento será concretizada ao longo dos próximos anos, conforme cronograma individual de cumprimento das milestones e metas, estimando-se a conclusão do investimento global até ao final de 2024.

Investimento RE-C01-i04: Equipamento dos Hospitais Seixal, Sintra, Lisboa

Enquadramento

Investir na modernização e na qualificação do SNS, através da modernização das suas instalações, da introdução de inovação tecnológica, ao nível dos seus equipamentos, da melhoria da sua eficiência energética, entre outros, é não só investir na promoção de melhores cuidados de saúde aos cidadãos, como também um investimento fundamental na economia do nosso País e na coesão territorial.

Durante o período de crise económica, o SNS esteve sujeito a uma forte pressão de contenção de despesa, com repercussões negativas ao nível do investimento em infraestruturas e equipamentos, principalmente infraestruturas e equipamentos hospitalares.

Apesar dos esforços para inverter esta tendência e reforçar de forma substancial os recursos financeiros afetos ao SNS, continua a existir um conjunto de infraestruturas e equipamentos hospitalares desadequado que é indispensável substituir, modernizar e/ou requalificar para, a par com a reforma dos Cuidados de Saúde Primários e dos Cuidados Continuados Integrados, permitir a resiliência do SNS e adaptá-lo à alteração progressiva dos padrões demográficos e epidemiológicos do país.

A pandemia COVID-19, apesar de um enorme esforço de reorganização e reafecção de espaços no âmbito dos Cuidados de Saúde Hospitalares, veio também demonstrar a necessidade de se proceder a intervenções mais profundas em alguns hospitais e centros hospitalares, e evidenciar necessidade de construção e substituição de outras, de modo a permitir uma maior flexibilidade na utilização dos espaços e a sua adequação

a situações excecionais como a da pandemia, bem como potenciar ainda mais o seu funcionamento em rede, aumentando a resiliência do SNS como um todo.

Por se considerar que a oferta hospitalar portuguesa é um ativo significativo e um dos mais importantes investimentos realizados nas últimas décadas na construção de um SNS de acesso universal para responder a uma procura de cuidados de saúde cada vez mais sofisticada e exigente, apesar dos constrangimentos já referidos, tem sido dada prioridade à modernização e qualificação das suas instalações e equipamentos, à promoção da construção de novos hospitais centrais ou de proximidade e à implementação de medidas de reorganização interna que permitem obter melhores resultados em saúde para os utentes e reforçam a coesão territorial.

Ao nível da modernização e qualificação das instalações, refira-se a aprovação, através de Resolução de Conselho de Ministros, do Programa de Investimentos na Área da Saúde (RCM n.º 77/2019, de 2 de maio), e do Plano de Melhoria da Resposta do Serviço Nacional de Saúde (RCM n.º 198/2019, de 27 de dezembro), que embora não esgotando os investimentos a realizar nas entidades hospitalares do SNS, se configuram um instrumento, não só afirmação da prioridade política, mas também de estímulo real ao investimento. Com estes programas pretendeu-se alavancar a realização de investimentos no valor de cerca 500M€ a realizar entre 2019 e 2021.

Tendo presente o “estudo de avaliação de prioridades de investimento com o objetivo de apoiar o processo de decisão, ao nível político, quanto à sequência estratégica de implementação dos hospitais inseridos na 2ª vaga do programa de parcerias para o sector hospitalar”, realizado em 2006, pela Escola de Gestão do Porto, e cujas conclusões se mantêm atuais, pretende-se dar continuidade ao processo de construção de hospitais de proximidade que completem a oferta dos cuidados de saúde primários com cuidados hospitalares menos diferenciados, com o objetivo de aproximar a prestação de cuidados diferenciados à população, desenvolvendo atividade em ambulatório de consultas externas, cirurgias de ambulatório e meios complementares de diagnóstico e terapêutica diferenciados, em valências existentes nos Hospitais Centrais da Região e garantir um Serviço de Urgência Básica (SUB), em zonas de grande pressão populacional e particularmente desprotegidas social e economicamente.

Estão assim em curso os processos tendentes à construção de três hospitais de proximidade, dois na área metropolitana de Lisboa, que já estão em fase avançada e cujo o início da construção se prevê para 2021, o Hospital de Proximidade do Seixal e o Hospital de Proximidade de Sintra, este último com construção pela Câmara Municipal de Sintra, e um na área metropolitana do Porto, que ainda se encontra em estudo.

No que diz respeito à construção de Hospitais Centrais, o referido estudo, aponta ainda como prioridades a construção do Hospital Oriental de Lisboa, do Hospital Central do Alentejo e do Hospital Central do Algarve.

A substituição de instalações hospitalares obsoletas, através da abertura de novas unidades hospitalares, vai permitir a oferta de cuidados com um perfil assistencial adequado, alargado e abrangente, que tenham circuitos coerentes, proximidades óbvias, renovação de recursos e de tecnologia, em suma, um acesso melhorado.

Neste sentido, o Governo Português tem em curso os processos tendentes à construção dos referidos hospitais, estando em fase mais avançada os processos de construção do Hospital Oriental de Lisboa, em regime de parceria público-privada para a construção, e cujo processo se encontra na fase de negociação e avaliação final, e do Hospital Central do Alentejo, cujo início da construção ocorrerá no início de 2021 e é objeto de apoio no âmbito do atual ciclo de programação da Política de Coesão 2014-2020 (Programa Operacional Regional do Alentejo 2020). No que se refere ao Hospital Central do Algarve o processo relativo à sua construção ainda se encontra em análise, uma vez que foi interrompido no período de ajustamento económico e financeiro a que Portugal esteve sujeito.

As novas construções de hospitais de proximidade na periferia de Lisboa permitirão reorganizar a oferta hospitalar na área de influência da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP (ARSLVT), que é constituída por 4 NUTS III: Oeste, Área Metropolitana de Lisboa (AML), Médio Tejo e Lezíria do Tejo, totalizando 52 concelhos com características e dinâmicas diferenciadas, abrangendo cerca de 3,6 milhões de habitantes, distribuídos por cerca de 13 mil km², correspondente a perto de 15% do território de Portugal Continental, sendo a sua densidade populacional de 275 habitantes/km², com maior concentração na Grande Lisboa, com 1.478 habitantes/km².

Desafios e Objetivos

Neste sentido, e tendo presente o trabalho já efetuado, as parcerias estabelecidas e o enquadramento de alguns dos investimentos elencados no Portugal 2020, esta medida permitirá alavancar um conjunto de investimentos numa região altamente pressionada, principalmente nas áreas suburbanas, altamente povoadas e na sua maioria mais constringidas social e economicamente.

Tendo em conta a oferta de cuidados existente e a população abrangida, pretende-se consolidar a oferta de cuidados de saúde hospitalares da Área Metropolitana de Lisboa e da cidade de Lisboa através da criação de respostas hospitalares de proximidade, com a construção dos Hospitais de Sintra e Seixal, e através da integração e modernização de serviços e da concentração da atividade assistencial de recursos que atualmente se encontram dispersos por seis instalações hospitalares muito antigas e obsoletas, com a construção do Hospital de Lisboa Oriental.

Os hospitais de proximidade, de Seixal e Sintra, irão completar a oferta dos cuidados de saúde primários com cuidados hospitalares menos diferenciados, com o objetivo de aproximar a prestação de cuidados diferenciados à população, desenvolvendo atividade em ambulatório de consultas externas, cirurgias de ambulatório e meios complementares de diagnóstico e terapêutica diferenciados, em valências existentes nos Hospitais Centrais da Região e garantir um Serviço de Urgência Básica (SUB).

A reorganização e redimensionamento da oferta hospitalar na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo proporcionará um melhor acesso de cuidados de saúde de qualidade a uma parte significativa da população da sua área de abrangência, onde as regiões do Alentejo e o Algarve se incluem, contribuindo para a diminuição das desigualdades no acesso a cuidados de saúde diferenciados, de qualidade e em proximidade.

Tendo em conta o estágio de desenvolvimento dos processos de construção dos referidos Hospitais, considera-se mais adequado completar o *mix* de financiamento dos mesmos com o apoio do PRR à aquisição dos equipamentos. Deste modo, as soluções de financiamento existentes para a construção destes hospitais (financiamento via PPP para construção; investimento inscrito no Orçamento Geral do Estado; e investimento autárquico) são acrescidas pelos apoios do PRR para a aquisição dos equipamentos, essenciais para a operacionalização dos referidos hospitais.

Referir que no âmbito das Redes de Referência Hospitalar os hospitais do Alentejo e do Algarve referenciam os seus doentes para os Hospitais Centrais de Lisboa, nomeadamente para o Centro Hospitalar de Lisboa Central, futuro Hospital Oriental de Lisboa. As Redes de Referência são 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. Constituem-se como um quadro de organização das instituições de saúde hospitalares (no que se refere à disponibilização e coordenação da carteira de serviços, aos modelos organizativos e de integração de cuidados), a forma como se devem integrar na rede do SNS, num esforço de articulação e efetiva complementaridade, com os diferentes níveis de cuidados, na garantia de uma melhor referência.

A constituição das Redes de Referenciação é elaborada tendo em atenção as necessidades específicas dos utentes, 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 construção e apetrechamento destes hospitais não esgota a política de modernização de instalações e equipamentos hospitalares que tem vindo a ser implementada pelo Governo e a que se pretende dar continuidade nos próximos anos.

Não sendo ainda possível listar todos os equipamentos necessários para completar a resposta dos hospitais aqui mencionados, importa referir que o investimento aqui proposto tem os seguintes objetivos e valores globais estimados, considerando as diferentes tipologias de equipamento:

1. **Adquirir os equipamentos para o Hospital de Lisboa Oriental:** O investimento estimado (em 2015) para o equipamento do HLO é de € 211,2 milhões, incluindo equipamento geral (45,2 M€), equipamento clínico (34,1M€), equipamento médico (96,6M€) e de alta tecnologia (35,3M€). Há equipamento do atual CHULC que terá condições e requisitos para ser transferido e instalado no HLO, o que terá um efeito de diminuição do valor estimado para as várias tipologias de equipamento. Na fase de levantamento exaustivo dos equipamentos necessários e definição das características prevê-se a avaliação dos equipamentos em utilização, do seu estado de conservação de modo a serem transferidos/instalados no novo edifício. A melhor estimativa que atualmente existe para a conclusão da obra do HLO aponta para o final de 2025, pelo que se estima que seja necessário assegurar o financiamento mínimo de cerca de 144 M€, correspondente a cerca de 68% do valor total do equipamento acima referido (211,2 M€) cuja aquisição e disponibilização é necessário que ocorra até 6 meses antes de concluída a obra, para instalação na última fase de construção do edifício do Hospital.
2. **Adquirir os equipamentos para o hospital de proximidade de Seixal:** o investimento estimado para o equipamento do hospital de proximidade de Seixal é de 17,1M€, incluindo:
 - a. Equipamento geral que engloba mobiliário homogéneo mais adaptado à função a desenvolver nos diferentes espaços e mobiliário de fácil limpeza e de desenho ergonómico.
 - b. Equipamento geral hospitalar, da totalidade dos equipamentos que constituem equipamento clínico (carros de tratamentos, carros auxiliares, etc.) prestou-se especial atenção a todos os que estão em contacto direto com o utente, fundamentalmente a cama na zona de internamento na unidade de cuidados de convalescença e as macas para a área de ambulatório e de urgências, procurando equipamentos cómodos para o utente e para o pessoal de saúde e de fácil transporte e manutenção por parte do pessoal auxiliar: tanto as camas como as macas pressupõem elementos de acionamento elétrico com várias posições e dotadas de todos os acessórios de segurança que garantam o conforto do utente e do pessoal.
 - c. Equipamento médico, sem alta tecnologia e equipamento de alta tecnologia, integrando todos os equipamentos necessários para o diagnóstico e para o tratamento dos utentes, sendo que estes constituem o núcleo base de qualquer Plano de Equipamento, pela sua quantidade, pela sua complexidade e/ou pelo seu custo. Nos casos aplicáveis, foram considerados critérios de homogeneização que têm os seguintes objetivos: (i) facilitar a aprendizagem por parte do pessoal do Hospital (desde o pessoal de saúde até ao pessoal de manutenção), (ii) conseguir preços mais económicos ao aumentar o número de unidades a adquirir, (iii) possibilitar a existência de contratos de manutenção (preventivos ou para todos os riscos) que garantam a continuidade assistencial.

3. **Adquirir os equipamentos para o hospital de proximidade de Sintra:** o investimento estimado para o equipamento do hospital de proximidade de Sintra é de 17,6M€ e segue o mesmo racional exposto para o hospital de Seixal, considerando a similitude entre ambos.

Natureza do investimento:

O presente investimento destina-se a reforçar o SNS, na sua vertente hospitalar. O SNS consagra o direito fundamental à proteção da saúde, concebido como direito universal, geral e tendencialmente gratuito.

O SNS integra as funções essenciais do Estado, sendo que nos termos do artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa: "Artigo 64.º Saúde: 1 - Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. 2 - O direito à proteção da saúde é realizado: a) Através de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;" , veja-se, no mesmo sentido, a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro).

Os hospitais em causa não desenvolvem atividades de natureza económica nem prestam serviços no mercado, termos em que não configuram "empresa", nos termos e para os efeitos das regras relativas a auxílios de Estado. Entendimento conforme, entre o mais, os Acórdãos do Tribunal Geral da União Europeia, de 4 de março de 2003, Processo FENIN, T-318/99 e do Tribunal de Justiça da União Europeia, de 11 de julho 2006, Processo FENIN, C-205/03.

Sempre que aplicável, as regras de contratação pública serão integralmente cumpridas na contratação de bens e aquisição de serviços junto de entidades terceiras, impedindo qualquer auxílio de Estado a jusante.

Implementação:

A concretização deste investimento será coordenada pela ARS LVT, entidade que já é responsável pelos processos de construção dos referidos hospitais.

Público-Alvo: A população residente nas Regiões de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.

Calendário e riscos:

O principal risco com este investimento prende-se com a concretização das intervenções infraestruturais, que condicionam o calendário de execução deste investimento.

Investimento RE-C01-i05-RAM: Fortalecimento do Serviço Regional de Saúde da RAM

Enquadramento

As intervenções sinalizadas neste investimento visam concretizar o Plano Estratégico do Sistema Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira e a Estratégia Regional para a Promoção da Saúde Mental (ERPSaM), os quais no seu conjunto consubstanciam uma estratégia global de ação nesta área.

Foi identificado um conjunto de constrangimentos a vários níveis, nomeadamente demográficos, económicos e ambientais, que requerem uma reestruturação do Sistema Regional de Saúde, em particular ao nível i) do investimento e ampliação das respostas em cuidados de convalescença, recuperação e reintegração para os doentes crónicos e em situação de dependência; ii) de assegurar intervenções integradas de saúde e apoio social que promovam a autonomia e a melhoria da funcionalidade da pessoa dependente, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social; iii) da promoção, intervenção e articulação de todas as estruturas de intervenção local nos processos de readaptação e reintegração familiar das pessoas em situação de dependência ou de doença crónica.

O investimento inclui as seguintes intervenções:

1. Expansão, desenvolvimento e melhoria da Rede de Cuidados Continuados Integrados;
2. Reforço das respostas na área da saúde mental e das demências associadas ao envelhecimento.

O investimento da RAM está alinhado com os objetivos identificados no âmbito do Plano de Recuperação e Resiliência 2021-2026, na medida em que contribui para o aumento da resiliência do setor da saúde e do setor social na Região, por um lado, alargando o acesso equitativo aos serviços de saúde e sociais e, por outro, aumentando a qualidade dos serviços prestados.

Desafios e Objetivos

De entre as várias dimensões identificadas, uma das mais prementes, é o impacto da modificação da estrutura demográfica, dado o envelhecimento da população, que impõe sobre os sistemas de saúde e social uma forte pressão. Neste aspeto, é já identificado no Plano Estratégico, a necessidade de reformular a estratégia de **cuidados continuados**, dado que a maioria dos utilizadores das atuais respostas de Rede são pessoas idosas com necessidades de cuidados de saúde devido ao seu elevado grau de dependência. É igualmente importante estruturar e alargar a resposta de cuidados continuados integrados a outros grupos etários e outras condições como a doença mental grave e a demência, situações estas que apresentam grande diversidade de espectro clínico e exigem um conjunto variado de respostas específicas.

No que toca à dimensão dos cuidados pediátricos, emerge outro tipo de procura, pois de acordo com a evidência científica disponível a nível internacional, a prevalência das doenças limitantes de vida que exigem uma resposta de cuidados continuados integrados, no grupo etário 0-19 anos, é de 32/10 000 crianças/jovens. Esta abrangência na população de referência é por si só determinante da necessidade de criação de estruturas e equipas vocacionadas para os cuidados continuados integrados pediátricos, sendo que, por estimativa, na RAM poderá haver 157 crianças /jovens com necessidades deste tipo de cuidados continuados integrados de modo a atenuar o sofrimento e as limitações causadas pela doença de que são portadores.

Está sinalizado, como opção regional, a reformulação e relançamento da Estratégia Regional de Cuidados Continuados Integrados, considerando a escassez de lugares/camas da Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados da RAM (REDE), pelo que o grande desafio da RAM passa pelo seu fortalecimento, dando resposta à atual realidade demográfica, caracterizada pelo envelhecimento, a alteração do padrão de doenças e a fragmentação das respostas de saúde.

Em termos de contexto, destaca-se que além das camas de REDE, inseridas em Unidades do Setor Público a funcionarem ao abrigo da linha de produção do contrato-programa do SESARAM, EPERAM (Unidade Local de Saúde), o setor público acolhe atualmente mais cerca de 250 utentes em contexto hospitalar, em camas confinadas, excecionalmente, à prática de uma lotação que se convencionou como camas de longa duração de saúde, utentes esses que aguardam referenciação, para as Unidades de longa Duração e Manutenção da REDE, que neste momento respondem, a partir do sector social e privado, por 310 camas, 99 delas desde o dia 01 de dezembro de 2020, ficando aquém das necessidades avaliadas, tendo em linha de conta o modelo preditivo que relaciona a procura, a morbilidade precoce e envelhecimento que se observa a nível regional.

Assim, o desenvolvimento e a melhoria da Rede de Cuidados Continuados Integrados (REDE), contempla ainda a requalificação de algumas estruturas vocacionadas para acolhimento de pessoas idosas e cuidados de longa duração, conversão em Unidades REDE de equipamentos sociais descontinuados na sua primeira função como as Escolas e o apetrechamento de outras Unidades, com incremento do número de camas/ lugares REDE em várias Tipologias a disponibilizar e a contratualização de acordo de cooperação que visam responder às orientações estratégicas e aos desafios elencados.

Outro dos grandes desafios são os problemas de **Saúde Mental**, que são responsáveis por uma alta taxa de incapacidade, para a qual contribuem múltiplos fatores individuais, sociais, culturais, económicos, políticos e ambientais. Em Portugal, a prevalência das perturbações psiquiátricas é de 22,9% na população adulta, e, nessa mesma franja de população, 4% pode sofrer de perturbações psiquiátricas graves. Por estimativa, podemos extrapolar um cenário de prevalência para a RAM e assumir que 46 958 (22,9%) pessoas na idade adulta podem ter uma qualquer perturbação psiquiátrica e desse total de pessoas afetadas, 1 878 (4%) podem sofrer de uma perturbação psiquiátrica grave.

Do ponto de vista epidemiológico, assinala-se o crescente impacto das problemáticas da saúde mental na população da Região Autónoma da Madeira (Inquérito Nacional de Saúde 2014; INE, 2016). Reconhecendo-se a limitada disponibilidade de dados epidemiológicos e o subdiagnóstico das perturbações psiquiátricas em todo o Mundo, ressalva-se que a resposta no domínio da saúde mental tende tradicionalmente para o isolamento, associado à limitada integração nos sistemas globais de saúde, e um grande predomínio da institucionalização. Contudo, os modelos de intervenção mais atuais na área da saúde mental propõem a prevenção e o diagnóstico precoce da doença mental, assim como o acompanhamento e a reintegração na comunidade. Neste sentido, vislumbra-se a necessidade de alargamento das respostas no contexto da comunidade, reforçando a proximidade na prevenção, no diagnóstico, no acompanhamento e na reintegração das pessoas que vivem com doença mental.

O impacto da COVID-19 na saúde mental também tem sido significativo o que, a par dos constrangimentos anteriores já identificados, contribui para a necessidade de aumentar o investimento em serviços de saúde mental.

Nesta linha, e no âmbito das intervenções assinaladas, os desafios que se colocam são os seguintes:

- Contribuir para a promoção da saúde mental da população da RAM e para a redução do impacto das perturbações mentais;
- Priorizar o acesso a serviços vocacionados para a promoção da saúde mental;
- Promover a reintegração e recuperação de pessoas com problemas de saúde mental
- Promover respostas na área do apoio a doenças degenerativas e quadros demenciais decorrentes do envelhecimento.

Da experiência adquirida, observa-se na RAM, que a maioria dos utentes assistidos nas atuais respostas de Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados da RAM (REDE) são pessoas idosas com necessidades de cuidados de saúde, pela sua elevada dependência no autocuidado, pelo que não se pode restringir a assistência a estas pessoas apenas a respostas isoladas de apoio social, mas naturalmente evoluir para respostas integradas de cuidados de qualidade e sustentáveis, traduzindo uma procura de cuidados continuados integrados superior à atual capacidade de resposta. Mesmo as respostas já existentes carecem de uma nova fórmula de funcionamento, equipamentos e instalações, além de formação e preparação dos recursos humanos, do modelo de governação e mecanismos de coordenação, acompanhamento, monitorização e controlo e, também, do sistema de informação de gestão.

Em paralelo, revela-se igualmente importante escalar as respostas de saúde, através da expansão da REDE aos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental à doença mental grave e à demência, e aos Cuidados Continuados Integrados Pediátricos, uma vez que constituem a melhor resposta para as crianças e adolescentes portadores de doenças crónicas complexas limitantes da qualidade e/ou esperança de vida, e têm um impacto significativo na qualidade de vida da família e na saúde familiar.

Com a intervenção na “Expansão, desenvolvimento e melhoria da Rede de cuidados continuados integrados” prevê-se o reforço da capacidade de resposta da REDE nos cuidados continuados integrados de âmbito geral,

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 nas áreas territorialmente mais marcadas pelo envelhecimento e com menor capacidade instalada. As principais linhas de intervenção são:

- Alargar e qualificar as respostas de Cuidados Continuados integrados de âmbito Geral nas suas três tipologias: convalescença; média duração e reabilitação; e longa duração e manutenção.
- Expandir as respostas na área dos cuidados continuados integrados às pessoas em situação de doença mental grave e às crianças com doenças limitantes da vida que exigem uma resposta de cuidados continuados integrados, com respostas-tipo de apoio, acompanhamento e internamento, tecnicamente adequados à respetiva situação;
- Apoiar a requalificação e a melhoria das competências dos profissionais da saúde e dos cuidados de longa duração, contribuindo para a sua permanência e retenção no Sistema de Cuidados Integrados e assegurando assim uma prestação adequada de serviços;
- Apoiar as estruturas/unidades da REDE para o funcionamento seguro, em cenário de preparação, proteção e resposta face aos riscos relacionados com as crises de Saúde Pública, incluindo aquisição de equipamentos de proteção individual, material e equipamentos de descontaminação e desinfeção e esterilização.
- Reforçar a componente de Coordenação Técnica da REDE, primando pela especialização e perícia nas várias componentes de gestão e prestação de cuidados continuados integrados.
- Apoiar a Criação de Equipas de Cuidados Continuados Integradas dedicadas à REDE.

A necessidade de fazer coexistir apoio à edificação, reabilitação, reorganização e funcionamento das Unidades da REDE e no modelo de Intervenção da Saúde Mental, no âmbito do PRR 21-26, tem um carácter insubstituível na robustez do Sistema Regional de Saúde durante todo o período peri-pandémico e de recobro no pós pandemia, porquanto há um desígnio de recuperação de um sistema de saúde insular e ultraperiférico, altamente exigente nas respostas de fim de linha e de autossuficiência face à sua situação geográfica.

Alcançado o objetivo de desenvolvimento e implementação, após a vigência do PRR 21-26, a este prosseguirá de forma organizada e estrutural e será financiada pelo Orçamento da Região Autónoma da Madeira, pelas verbas dos Jogos Sociais (verbas provenientes da repartição de resultados líquidos de exploração), em muitos casos mediante a celebração de acordos de cooperação ou contratos-programa com as entidades prestadoras destes cuidados. Esta intervenção concretiza-se através da:

- Qualificação e consolidação das infraestruturas REDE;
- Construção e ampliação das Unidades REDE;
- Adaptação de equipamentos com vista à conversão à REDE;
- Organização funcional e reforço da matriz multidisciplinar das Unidades REDE;
- Apetrechamento das unidades REDE;
- Promoção das soluções TIC na gestão e na aplicação da telesaúde em CCI;
- Afetação e formação de Equipas Multidisciplinares de REDE;
- Aumento a resolutividade das Unidades REDE com meios complementares de diagnóstico, terapêutica e reabilitação.

Com a intervenção de Reforço das respostas na área da saúde mental e das demências associadas ao envelhecimento foram definidas 2 prioridades, designadamente: (1) a criação de Equipas de Saúde Mental Comunitária e (2) a criação de Projetos de Acompanhamento de Doentes e Famílias que lidam com problemas de saúde mental, doenças crónicas e dependências associadas ao envelhecimento e os grandes objetivos identificados são:

- Requalificar infraestruturas de saúde e os equipamentos/tecnologia associados aos cuidados de saúde diferenciados;
- Requalificar os cuidados de saúde primários, com recursos de apoio ao diagnóstico;
- Implementar o projeto de hospitalização domiciliária;
- Incrementar a resposta dos serviços de Hospital de dia;
- Reforçar as respostas na área da saúde mental e envelhecimento, designadamente com a criação de Equipas de Saúde Mental Comunitária;
- Reforçar as respostas na área da saúde mental e envelhecimento, designadamente com a criação de Projetos de Acompanhamento de Doentes e Famílias que lidam com problemas de saúde mental, doenças crónicas e dependências associadas ao envelhecimento;
- Consolidar/ implementar os programas de saúde em curso (Estratégias Regionais).

Nos casos em que estes investimentos envolvam a construção de infraestruturas de saúde serão assegurados elevados padrões de eficiência energética, que resultarão em necessidades de energia primária pelo menos inferiores em 20% ao padrão definido no Decreto-Lei n.º 101-D/2020, de 7 de dezembro, que estabelece os requisitos aplicáveis à conceção e renovação de edifícios, com o objetivo de assegurar e promover a melhoria do respetivo desempenho energético através do estabelecimento de requisitos aplicáveis à sua modernização e renovação, mediante a transposição da Diretiva (UE) 2018/844 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 30 de maio de 2018, (Diretiva EPBD) relativa ao desempenho energético dos edifícios. Este requisito relativo ao desempenho energético dos edifícios estará plasmado nos processos de contratação pública associados à execução destes investimentos, sendo nomeadamente inscrito no caderno de encargos.

As Intervenções aqui elencadas encontram-se em linha com toda a Estratégia Regional de Saúde, e alinhadas com os respetivos instrumentos estratégicos regionais:

- Plano Regional de Saúde, atualmente em desenvolvimento, prevendo-se a sua adoção até ao final do 1.º semestre de 2021;
- Estratégia Regional de Cuidados Continuados Integrados, em aprovação pelos setores da saúde e social;
- Estratégia Regional para a Promoção da Saúde Mental, já aprovada pelo setor e apresentada em julho de 2020.

Os investimentos da RAM trazem ao Sistema Regional de Saúde maior eficiência, que se traduz na relação custo-benefício, com redução de custos e tradução orçamental e também, por exemplo ao nível dos cuidados continuados, com otimização da capacidade instalada de camas hospitalares, oferecendo às pessoas em situação de dependência, cuidados personalizados e ajustados ao seu perfil funcional.

Por outro lado, o modelo de gestão da REDE, horizontaliza um conjunto de funções, designadamente previsão, acompanhamento e controlo da execução financeira; articulação entre entidades e parceiros; monitorização e

controle a atividade prestada de forma a garantir a qualidade dos cuidados; e divulgação da informação à população; garantia da equidade e adequação no acesso às Unidades da REDE.

Introduz ainda indicadores de desempenho e qualidade assistencial cuja operacionalização previne complicações e promove a readaptação funcional e bem-estar dos utentes, com a medição de resultados a assentar nos ganhos efetivos de funcionalidade dos utentes e prevenção de complicações onerosas para o Sistema Regional de Saúde.

Os investimentos desta componente são diretamente complementares com os investimentos apresentados pela RAM na componente C03 (investimento RE-C03-i03-RAM: **Fortalecimento das Respostas Sociais na RAM**), e outros investimentos na área da saúde que fortalecem o SRS noutras dimensões, apoiados através do Programa operacional Regional, Madeira 14-20, como por exemplo, o Centro de Apoio à Deficiência Motora, Aquisição e instalação de equipamento para o Centro do Rastreo do Cancro da Mama, o Centro de Saúde da Calheta - Remodelação/Ampliação, a Unidade de Alzheimer da Ribeira Brava.

Efetivamente existe uma forte complementaridade entre esta componente e a componente 3 - investimento RE-C03-i03-RAM: Fortalecimento das Respostas Sociais na RAM -, uma vez que a sua execução permite colmatar um conjunto de necessidades no âmbito de saúde e das respostas sociais, na doença e no envelhecimento. No entanto, as intervenções têm públicos alvo distintos e funções distintas, não existindo sobreposição de apoios ou financiamento.

Os investimentos da C01 – Serviço Nacional de Saúde são direcionados para reformular a estratégia de cuidados continuados de âmbito geral e pediátricos nas suas 3 tipologias: média duração, longa duração e manutenção, através de respostas em cuidados de convalescença, recuperação e reintegração para os doentes crónicos e em situação de dependência, intervenções integradas de saúde e apoio social que promovam a autonomia e a melhoria da funcionalidade da pessoa dependente, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social e promoção, intervenção e articulação de todas as estruturas de intervenção local nos processos de readaptação e reintegração familiar das pessoas em situação de dependência ou de doença crónica.

Inclui ainda a intervenção de reforço das respostas na área da saúde mental e das demências associadas ao envelhecimento, situação agravada pela pandemia atual.

Já no que se refere à componente C03 – Respostas Sociais, as intervenções são de natureza distinta, respondem a desafios diferentes e público alvos distintos, e visa reformular a estratégia de cuidados de apoio social e as respostas sociais de apoio à população mais idosa, com o objetivo de proporcionar melhor qualidade de vida e mais conforto para as pessoas em dependência social e sem resposta da rede familiar. No fundo, estas respostas consubstanciam, o investimento Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas com os seguintes objetivos: - proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; - contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; - criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar; - Potenciar a integração social.

Em conclusão as estruturas residenciais previstas na componente 3, destinam-se à habitação de pessoas com 65 ou mais anos que, por razões familiares, dependência, isolamento, solidão ou insegurança, não podem permanecer na sua residência, não correspondendo ao que se pretende implementar na componente 1, que se dirige aos cuidados continuados, para pessoas que precisam de cuidados de convalescença, de recuperação ou de cuidados especiais em situação de doença crónica.

A componente 3 prevê ainda o investimento de estruturas de apoio à Pessoa em Situação de Sem-abrigo, que não estão relacionadas com as intervenções da componente 1.

Natureza do Investimento:

O investimento em causa será desenvolvido na Região Autónoma da Madeira (RAM), região ultraperiférica da União Europeia ao abrigo do artigo 349.º do TFUE, e destinam-se à expansão, desenvolvimento e melhoria da Rede de Cuidados Continuados Integrados, dirigidos à população local no quadro do Serviço Regional de Saúde da RAM, financiado pelo Orçamento de Estado da RAM (artigos 3.º e 6.º do Decreto Legislativo Regional n.º 13/2019/M), sendo que o Serviço Regional de saúde tem uma finalidade exclusivamente social, não tem fins lucrativos e as vantagens obtidas pelos utentes na prestação de cuidados de saúde são independentes de qualquer contribuição paga, baseando-se no princípio da universalidade do acesso, tendencialmente gratuito.

Cumulativamente estando em causa Região Ultraperiférica e dirigindo-se os serviços à população local, prestados em língua portuguesa, os investimentos em causa são inaptos a afetar a concorrência e as trocas comerciais entre Estados-membros na aceção do artigo 107.º do TFUE.

Quanto ao impacto puramente local das atividades a desenvolver, veja-se, entre o mais, a Decisão da Comissão Europeia no processo de Auxílio Estatal SA.34576 (2012/N) – Portugal Unidade de cuidados continuados de média e longa duração Jean Piaget/Nordeste, em que a Comissão também considerou que não estava em causa um auxílio de Estado (a medida de financiamento público não preenchia o critério da afetação das trocas comerciais entre Estados-Membros, previsto no artigo 107.º, n.º 1, do TFUE), dado que a infraestrutura em causa, estava limitada a uma ocupação máxima de 50 pessoas e materialmente afeta aos residentes de região específica do território de Portugal.

Para efeitos de aplicação do artigo 107.º, n.º 1, do TFUE, não se pode, assim, considerar, que estamos perante uma "empresa", dado que de facto o escopo do Serviço Regional de Saúde da RAM não é o exercício de uma atividade económica, mas, outrossim, a prestação de cuidados de saúde a todos os utentes na RAM de forma tendencialmente gratuita com base no princípio da universalidade no acesso.

Sempre que aplicável, as regras de contratação pública serão integralmente cumpridas na contratação de fornecimento de bens e prestação de serviços junto de entidades terceiras, impedindo qualquer auxílio de Estado a jusante.

Implementação:

A concretização da **Expansão, desenvolvimento e melhoria da Rede de Cuidados Continuados Integrados**, ficará a cargo da coordenação Técnica da Rede, criada pela Resolução n.º 1097/2020, publicada no JORAM, I Série, Número 229 de 04/12/2020, que funciona na dependência da Vice-presidência do Governo Regional da Madeira, em articulação com a Secretaria Regional da Saúde e Proteção Civil da Madeira e com a Secretaria Regional da Inclusão Social e Cidadania.

As entidades que vão beneficiar das intervenções serão de natureza pública, privada e social, designadamente:

- Entidades Públicas Prestadoras de Cuidados de Saúde;
- Entidades Privadas Prestadoras de Cuidados de Saúde, com licenciamento para funcionar como EPS, emitida pelas entidades competentes regionais;
- Instituições Particulares de Solidariedade Social;
- Estabelecimentos de apoio social geridos por entidades privadas, com autorização de funcionamento ao abrigo do Decreto-Lei n.º 64/2007 de 14 de março;
- Unidades da Rede de Cuidados Integrados da Região Autónoma da Madeira, com autorização de funcionamento emitida ao abrigo de acordos de cooperação/contratos-programa já celebrados.

Público-alvo:

Este investimento dirige-se aos seguintes grupos-alvo:

- Pessoas em situação de doença com perda de autonomia transitória ou potencialmente recuperável;
- Pessoas em situação de doença com processos crónicos que apresentam diferentes níveis de dependência e graus de complexidade que não podem ser prestados no domicílio;
- Pessoas em situação de doença e de dependência que reúnam condições no domicílio para lhe serem prestados cuidados continuados nesse espaço domiciliário;
- Pessoas em situação de doença limitante da vida, no grupo etário 0-19 anos, que exigem uma resposta de cuidados continuados integrados, de suporte, de promoção de autonomia e de apoio social;
- Pessoas com perturbação mental grave que necessitem de programas de cuidados continuados integrados, nas diferentes tipologias de intervenção designadamente, em residências de apoio máximo, residências de treino de autonomia e reabilitação psicossocial e equipas de cuidados integrados no domicílio;
- e em última linha, os utentes do Sistema Regional de Saúde.

Estamos perante um investimento público, sendo que as intervenções sinalizadas são função do Estado, de acordo com Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro), no seu n.º 2 da Base 1, fica claro que o Direito à Proteção da Saúde consagra-se como uma responsabilidade conjunta das pessoas, da sociedade e do Estado e compreende o acesso, ao longo da vida, à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, a cuidados continuados e a cuidados paliativos. Ainda e no que respeita à saúde mental, o direito e responsabilidade do Estado encontra-se consagrado na base 13.

Deste modo tendo por referência o conceito de auxílio de Estado, definido pelo artigo 107.º do TFUE, e o princípio de livre adesão, em igualdade de circunstâncias, dos beneficiários aderentes ou candidatos à REDE, incluindo de outras regiões, não nos parece incorrer numa situação de auxílio do estado e, portanto, estão minimizados os riscos sobre as relações económicas no mercado europeu.

Calendário e riscos:

A implantação deste conjunto alargado de intervenções decorrerá entre 2021 e 2025 e os principais riscos identificados associados à implementação dos mesmos, mesmo que de baixo risco, são:

- Complexidade e densidade do quadro legal e organizacional;
- Constrangimentos relacionados com a escassez de entidades aderentes;
- Constrangimentos relacionados com a escassez de profissionais da área da saúde e social.

Investimento RE-C01-i06: Transição Digital da Saúde

Desafios e Objetivos

Este investimento pretende responder aos atuais desafios que têm vindo a dificultar a transição digital do sistema de saúde decorrente da: (a) obsolescência e ao fosso digital dos atuais SI; (b) necessidade de atualização dos princípios de segurança dos sistemas e dos seus utilizadores, sejam os profissionais do SNS ou os seus utentes; (c) obsolescência das infraestruturas, equipamentos e sistemas disponibilizados às Instituições

e aos profissionais são melhorados e modernizados; (d) nível ainda reduzido de digitalização dos registos de saúde, limitando quer a interoperabilidade no espaço nacional e europeu, quer a mobilidade de Profissionais e cidadãos; e (f) ineficiência relacionada com a repetição desnecessária de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, decorrentes da atual falta de integração e reconciliação semântica que se faz sentir no Sistema de Saúde.

Este investimento pretende dar resposta às atuais e futuras fragilidades do Sistema de Saúde português, através do reforço dos atuais níveis de evolução e uniformização dos sistemas de informação do Serviço Nacional de Saúde. Para tal, urge a evolução dos atuais sistemas de informação em uso, por novas soluções que apresentem melhorias na experiência de utilização, que se pretende mais simples, uniforme e intuitiva.

A transição digital no Sistema de Saúde preconizada para Portugal prossegue sobre 4 pilares principais:

1. a **rede de dados**, numa ótica de melhoria da qualidade de serviço e resiliência dos sistemas informáticos disponíveis no SNS, garantindo maior segurança e rastreabilidade sobre os dados da Saúde e a evolução ao nível tecnológico e de manutenção dos mesmos;

Até 2022, pretende-se garantir que os serviços e aplicações disponibilizados aos Profissionais de Saúde e Cidadãos assumam a sua funcionalidade enquanto suporte crítico de todo o SNS, através de:

- i. **Substituição do parque informático** ao serviço dos profissionais do SNS, por equipamentos e dispositivos atuais e que garantam a flexibilidade e mobilidade na prestação da sua atividade;
- ii. **Desenvolvimento de dois polos de infraestrutura central**, cada um deles com redundância em tempo real, bem como um reforço complementar e articulado das condições locais de redes e dados, assim assegurando uma garantia de serviço ao nível de desempenho, uniformidade e resiliência;
- iii. **Reforço ao nível da segurança de informação e cibersegurança**, resultante da possibilidade de concentração de infraestruturas de redes e dados;
- iv. **Desenvolvimento de um Data Lake** (repositório massivo de dados nativos) universal e transversal ao SNS, como forma de assegurar o futuro das necessidades de inteligência de dados e sistemas inteligentes de suporte à decisão para qualquer âmbito de informação e conhecimento;

Implementação e dinamização da Cloud Privada do SNS, permitindo a disponibilização mais ágil e sobre as mais recentes tecnologias de serviços escaláveis, redundantes e flexíveis às entidades do SNS, através dos polos de infraestrutura central, agregando a estas infraestruturas serviços diferenciadores de cloud pública, obtendo as sinergias de uma abordagem híbrida.

Neste contexto de Investimento, será priorizado o reforço da utilização e reutilização de dados sobre saúde para a prestação de cuidados de saúde e para a investigação e inovação, promoção da adoção de ferramentas e serviços digitais, bem como a transformação digital do Sistema de Saúde Português, contribuindo, numa lógica europeia (Programa UE para a Saúde 2021-2027), nomeadamente através do apoio à criação de um espaço europeu de dados sobre saúde.

Destaca-se ainda a relevância do investimento em sistemas de informação numa lógica de promoção e disponibilização de dados válidos, fiáveis e comparáveis de elevada qualidade para a tomada de decisões e acompanhamento com base em dados concretos, assim como na promoção da utilização de avaliações do impacto na saúde.

Será igualmente reforçado o princípio de sistemas de informação de saúde interoperáveis, de forma a acelerar a implementação, gestão e manutenção de infraestruturas de serviços digitais seguras e

interoperáveis com estádios de maturidade e a processos de garantia da qualidade dos dados para o intercâmbio, a utilização e a reutilização de dados, e o acesso a estes.

2. o **cidadão**, numa ótica de simplificação, uniformização e digitalização dos canais de comunicação entre o Cidadão e as Unidades de saúde;

Até 2022, será reforçada a equidade de acesso à informação através dos serviços digitais, através do desenvolvimento de uma porta de entrada única, através de:

- i. **Plataforma omnicanal centrada no Cidadão**, para assegurar a simplicidade e a equidade no acesso ao SNS. Esta plataforma garantirá a melhor experiência do cidadão, independentemente da entrada se processar pelo canal telefónico (SNS24), digital (pelo Portal Único e App Única), ou pelos canais presenciais de proximidade;
 - ii. **Comportamento preditivo e inteligente nos sistemas de informação para o Cidadão**, que, proativamente, antecipem as suas necessidades, reduzindo o número de contactos desnecessários;
 - iii. **Reforço da portabilidade e do controlo de acessos** aos dados de saúde por parte do Cidadão;
 - iv. **Disponibilização de sistemas e os equipamentos necessários à recolha**, tendencialmente automatizada, da informação necessária à atuação dos profissionais de saúde, designadamente recorrendo a serviços de proximidade e parcerias na comunidade, como as farmácias, espaços do cidadão e juntas de freguesia.
 - v. **Ampliação da oferta de ferramentas de telessaúde**, permitindo reduzir os contactos presenciais ao estritamente necessário, elevando a prestação de cuidados de saúde, facilitando o trabalho dos profissionais de saúde e potenciando a eficiência das organizações. Estas ações irão ter impactos na redução filas de espera (10%), na redução de deslocações do cidadão (10%), na redução do número dias de internamento (5%), na diminuição absentismo (15%), entre outros benefícios para o Cidadão e para a eficiência do SNS.
3. os **Profissionais de Saúde**, numa ótica de garantia da mobilidade e usabilidade dos Sistemas de Informação da Saúde catalisando a modernização dos atuais processos de trabalho; e

Até 2024 pretende-se disponibilizar um sistema único e integrado aos profissionais do SNS de forma a assegurar **a disponibilidade, a simplicidade, a mobilidade e a usabilidade dos SI, contribuindo para melhorar e inovar os processos de trabalho dos profissionais e, conseqüentemente, a qualidade na prestação dos serviços**. Esta ação será conduzida através de:

- i. **Sistema transversal, único e integrado dos Cuidados de Saúde Primários, Cuidados de Saúde Hospitalares e Cuidados Continuados Integrados**, permitindo aos mesmos a mobilidade entre instituições e locais;
- ii. **Substituição dos sistemas de informação, atualmente disponíveis nos Cuidados de Saúde, de forma a garantir a transversalidade**, a usabilidade, implementando algoritmos de apoio e suporte à decisão clínica, tendencialmente assentes num paradigma de Software as a Service;
- iii. **Reforço da portabilidade da informação e da integração** entre sistemas de informação garantindo a disponibilidade multicanal e o acesso *mobile*, disponibilizando, de forma integrada, uma plataforma de telemonitorização e telerreabilitação;
- iv. **Reforço da partilha e agregação de informação sobre o processo clínico do utente**, em todos e de todos os planos de cuidados de saúde, permitindo uma visão verdadeiramente centralizada no utente, agilizando o processo de registo da informação que foi criado nos sistemas atuais como uma replicação do registo materializado em papel.

- v. **Desburocratização de processos e atos administrativos** que, atualmente, são assegurados pelos profissionais clínicos mediante o registo estruturado da informação, que permitirá que o sistema se adapte ao profissional e aos seus atos;
 - vi. **Metodologias de agregação da informação**, distribuída e organizada por perfis de acesso, mas centralizada nos sistemas de informação core para fazer face às dezenas de sistemas de informação atualmente focados na doença específica.
 - vii. **Módulos** que potenciem a partilha de informação e o conhecimento entre os diferentes atores do sistema, suportando os vários processos de trabalho administrativo e clínico dos profissionais de saúde, tendo em vista a melhoria da eficácia, qualidade e segurança na prestação dos cuidados de saúde aos utentes.
 - viii. **Sistemas de Informação Clínica que garantam a adoção de mecanismos de interoperabilidade**, técnica e semântica, possibilitando a mobilidade do acesso e registo de informação, potenciando o uso das plataformas mobile de registo clínico disponibilizadas aos profissionais de saúde.
4. os **Registos Nacionais**, numa ótica de uniformização e generalização de dados críticos para a rápida e correta identificação das entidades estruturais do sistema de informação, bem como numa ótica de realização de atividades de monitorização do correto comportamento do Sistema de Saúde português.

Até 2023, será reforçado o acesso aos registos nacionais, tornando-o mais seguro, fiável e uniformizado, através de:

- i. **Cadastros basilares para o adequado funcionamento do Sistema de Informação de Saúde**, contribuindo para a uniformização e generalização de dados críticos para a rápida e correta identificação das entidades estruturais do sistema de informação;
- ii. **Reforço da partilha de informação entre sistemas**, através do desenvolvimento e implementação de registos nacionais que reúnam a informação dos profissionais de saúde e entidades prestadoras de serviços (públicas e privadas);
- iii. **Sistemas de reconciliação terapêutica**;
- iv. **Reforço da desmaterialização de todas as áreas do medicamento**, dispositivos médicos (DM) e dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT);
- v. **Plataforma de interoperabilidade consolidada**;
- vi. **Serviços de gestão de identidade digital no SNS**.

Natureza do investimento:

O presente investimento encontra-se todo ele associado à digitalização do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O SNS consagra o direito fundamental à proteção da saúde, concebido como direito universal, geral e tendencialmente gratuito. O SNS integra as funções essenciais do Estado, sendo que nos termos do artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa: "Artigo 64.º Saúde: 1 - Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. 2 - O direito à proteção da saúde é realizado: a) Através de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;" , veja-se, no mesmo sentido, a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro).

O SNS não desenvolve atividades de natureza económica nem presta serviços no mercado e não configura uma "empresa" para efeitos das regras dos auxílios de Estado. Entendimento conforme, entre o mais, os Acórdãos do Tribunal Geral da União Europeia, de 4 de março de 2003, Processo FENIN, T-318/99 e do Tribunal de Justiça da União Europeia, de 11 de julho 2006, Processo FENIN, C-205/03.

Sempre que aplicável, as regras de contratação pública serão integralmente cumpridas na contratação de fornecimento de bens e prestação de serviços junto de entidades terceiras, impedindo qualquer auxílio de Estado a jusante.

Implementação

O investimento será levado a cabo pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E., que é a entidade com incumbências, entre outros, para a prestação de serviços partilhados nos sistemas e tecnologias de informação e comunicação.

População alvo

Cidadãos e profissionais de saúde

Calendário e riscos:

O presente investimento decorrerá no horizonte temporal de 4 anos, iniciando-se em 2021 e perspetivando-se a sua conclusão em 2024.

Os principais riscos são:

- 1) incapacidade/indisponibilidade das Instituições para obras de instalação devido a constrangimentos de saúde pública (Covid-19, outros...);
- 2) continuidade das medidas de proteção de saúde e distanciamento social que limitem a normal execução física nas instalações das Instituições de Saúde;
- 3) elevada dependência face às equipas locais das Instituições de Saúde para efeitos de renovação das redes;
- 4) elevada dependência face a recursos adequados para desenvolver e implementar as ferramentas tecnológicas;
- 5) elevada dependência face a processos aquisitivos para aquisição de equipamentos, infraestruturas, serviços e outros, os quais tendem a ser processos morosos;
- 6) dependência face aos níveis de literacia digital dos cidadãos;
- 7) dependência em relação aos prestadores de cuidados na implementação dos serviços desenvolvidos;
- 8) morosidade e resistência à mudança;
- 9) constrangimentos legais e de proteção de dados, que tardem a execução das ações propostas.

Investimento RE-C01-i07-RAM: Digitalização na área da Saúde da RAM

Desafios e Objetivos

Os desafios que se colocam atualmente na saúde, devido aos efeitos catastróficos que a situação pandémica está a promover, traduzem-se em novas necessidades e exigências que exigem uma resposta célere e eficaz na área da digitalização da saúde da RAM.

Adicionalmente, o processo de transformação contínua da Administração Pública, impõe que haja um desenvolvimento proativo de soluções e modelos de gestão facilitadores para o cidadão, devendo a eficácia e eficiência dos mesmos estar associada à sua utilização responsável, sendo ainda mais relevante no setor da saúde, especialmente em contexto regional, onde existe uma relação de grande proximidade entre o Serviço Público de Saúde e as entidades no âmbito da medicina privada.

Neste seguimento, urge a necessidade de investimento na adaptação e reengenharia da atual arquitetura de sistemas no setor da saúde da região, que permitam a digitalização e a desmaterialização de processos, para um melhor acesso dos cidadãos à informação e aos serviços de saúde, maior qualidade no serviço prestado e por sua vez, uma maior segurança e controlo dos custos em saúde.

Neste contexto, torna-se também evidente a necessidade de investimento no reforço de infraestruturas, no desenvolvimento de ferramentas e soluções digitais (novas ou *upgrades*) e na aposta nos recursos humanos da organização através da sua formação com vista à aquisição de novas competências.

Pretende-se dotar o Serviço Regional de Saúde, de maior segurança e melhores resultados, capaz de otimizar a assistência à saúde da população através de soluções eficazes e de proximidade que facilitem o acesso à informação e aos serviços, promovam a literacia digital e permitam aferir o grau de satisfação, bem como, capacitar e estimular a participação ativa do cidadão e das organizações que o representam, através de canais e parcerias estratégicas. A promoção de uma cultura de cidadania em saúde, ativa e responsável, irá impulsionar o desenvolvimento de parcerias/relações de proximidade entre o cidadão e os profissionais de saúde.

O SESARAM, EPERAM, é integrante numa estrutura que assegura a oferta pública de saúde na RAM, que presta de cuidados de saúde à população da RAM e visitantes, funcionando como dispositivo integrado e articulador, na base de complementaridade, dos 3 hospitais públicos existentes e de 47 centros de saúde.

Na complexidade e abrangência da sua gestão diária, o contexto de uma crise pandémica sem precedentes e a nova revolução tecnológica (indústria 4.0 e introdução da tecnologia 5G) – que se vem traduzindo na alteração radical de hábitos, comportamentos, relacionamentos e formas de trabalhar, da humanidade em geral – vieram promover a aceleração da transformação digital, com vista à promoção de condições mais favoráveis ao desenvolvimento das suas atividades, a uma maior eficiência, desempenho e sustentabilidade e a um serviço público mais ágil e próximo ao utente. Exemplos disso têm sido a tele saúde, o teletrabalho, a digitalização, o portal do utente, entre outros.

O IASAUDE – Instituto de Administração da Saúde IP-RAM, tem por missão assegurar a gestão dos recursos financeiros, humanos, formação profissional, das instalações e equipamentos e dos sistemas e tecnologias de informação do SRS.

Neste contexto, o IASAUDE, IP-RAM, pretende também promover, através do seu Plano Estratégico de Eficiência e Controlo Orçamental (PEECOS), o desenvolvimento de modelos colaborativos de cuidados de saúde “em rede” que assegurem a correta referência e acompanhamento do doente desde a primeira infância até à 3.ª idade e o acesso necessário e em tempo útil às prestações de saúde, garantindo uma verdadeira complementaridade entre os serviços público e privado, com primazia pelos princípios da transparência, inclusão e inovação.

Este Plano Estratégico, irá permitir:

- Internamente, investir na modernização e simplificação dos serviços, criando uma simbiose entre a gestão, racionalização, a tecnologia e os recursos humanos, por forma a potenciar a eficácia e eficiência, aliada à simplificação de processos;
- Otimizar a gestão dos recursos afetos à saúde, criando respostas integradas de acesso aos cuidados numa visão holística de colaboração e interconetividade entre o Serviço Público de Saúde, a medicina privada e o utente do SRS-Madeira, garantindo um melhor acesso à saúde, com qualidade e evitando desperdícios.

A Direção Regional de Saúde, criada na sequência da reorganização interna do IASAUDE, IP-RAM no sentido da separação das funções reguladora e financiadora da saúde, tendo um papel fundamental na resposta à Emergência de Saúde Pública em contexto de pandemia e na transição para o novo Plano Regional de Saúde, terá de reorganizar e otimizar serviços para o funcionamento em contexto de pandemia; de reforçar e capacitar os recursos humanos; e de investir em serviços especializados complementares de formação, gestão estratégica

e consultadoria. Neste campo, salienta-se ainda a necessidade de aquisição de outros bens e serviços necessários à implementação de medidas de prevenção e contenção da pandemia nas infraestruturas da DRS e outros locais da sua atividade, e a aquisição de equipamentos de informáticos e de comunicação, inerentes ao trabalho especializado no contexto das ações de resposta à pandemia.

Pela exigência e dimensão do trabalho a desenvolver no domínio da vigilância epidemiológica e investigação, será igualmente pertinente a aquisição de serviços especializados de engenharia, computação e comunicações, para inovação, aperfeiçoamento e manutenção dos sistemas de informação e de gestão de dados e o desenvolvimento de campanhas de comunicação e educação em saúde, assim como, a aquisição de serviços especiais de transporte e acondicionamento de pessoas/amostras/materiais inerentes a estas atividades.

O investimento proposto pretende incrementar a qualidade, abrangência, controlo e resiliência na prestação de serviços públicos pelo SESARAM, com foco na redução da carga administrativa através da uniformização e desmaterialização de processos, e capacitação de recursos, promovendo serviços públicos digitais, simples, inclusivos, facilmente acessíveis e seguros para profissionais e utentes.

Pelo IASAUDE-IP-RAM, pretende-se com o investimento: repensar o financiamento em Saúde; revisão dos instrumentos de financiamento em saúde; garantir uma monitorização da despesa pública; melhorar a rapidez no acesso à realização dos exames e à obtenção de resultados; aumentar a segurança na proteção de informação clínica; controlar e monitorizar a prescrição e a prestação dos MCDT's; combater a fraude; melhorar a qualidade da despesa pública em saúde, identificando e disseminando as boas práticas de gestão de recursos, com o objetivo de gerar poupança e melhorias dos serviços públicos de saúde; facilitar o acesso e a partilha de informações que darão suporte à gestão e tomada de decisão.

O investimento concretiza-se através das seguintes componentes:

Projeto 1 - Digitalização na área da Saúde

Pl.1 - Criar/implementar tecnologias digitais de apoio à monitorização de doentes

I	Desmaterialização de diversos processos em algumas áreas do SESARAM tais como Obstetrícia, Circuito de Prescrição interna para dispensa na Farmácia Hospitalar (administração em Hospital de Dia), Medicina Física e de Reabilitação, Serviço Social, Gestão de Visitas, Nutrição, Cirurgia Cardio-Torácica, Gestão documental, Aprovisionamento, Gestão de Ativos, entre outros	Garantir uma maior segurança e controlo nos processos, registos eletrónicos, redução de custos com papel e tempo, menos erros, entre outros.
II	Desenvolvimento de solução com vista ao registo da Consulta Multidisciplinar de Decisão Terapêutica	Uniformização de procedimentos das consultas multidisciplinares e de decisão terapêutica (CMDT) no Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM), seguindo um formato idêntico com base informática, mas com identidade própria segundo cada área de patologia: digestivos, mama, urologia, ginecologia, pulmão, ORL, SNC e pele.
III	Desenvolvimento de plataforma de apoio ao registo dos resultados da I&D na área da Cardiologia	Promover a segurança, minimizar os erros na introdução e manipulação dos dados, segregar o acesso aos dados
IV	Desenvolvimento do sistema de referência existente nos Cuidados de Saúde Primários	Generalizar a possibilidade de referência dos Cuidados Primários para os restantes serviços: - possibilidade para referenciar para diversas especialidades e grupos profissionais; - possibilidade de referenciar para uma consulta específica - configuração dos níveis de acesso a referenciar (definir quem pode referenciar e para quem) - exemplos de pedidos: -> Referência do HD de Pediatria Oncológica para Saúde Oral Bom Jesus; -> Referência pelos Enfermeiros da equipa de Atendimento ao Jovem do

		Bom Jesus para os Psicólogos da Equipa de Atendimento ao Jovem; -> Referenciação Médico Família; -> Referenciação Nutricionista; -> Referenciação Serviço Social
V	Prescrição e controlo eletrónico de medicação em hemato-oncologia	Adaptar o atual (manual) sistema de prescrição interna de medicação para doentes oncológicos de forma a garantir um sistema eficaz e seguro com maior qualidade assistencial em todo o circuito. Reduzir o risco de erro na prescrição para o profissional de saúde e aumento do controlo, uniformização nos procedimentos e cumprimento das diretrizes da OMS e da DGS. Implementação dos respetivos módulos de enfermagem (planeamento, produção e administração).
VI	Desenvolvimento do Portal da Nutrição	Disponibilizar de forma mais eficiente o registo, consulta, obtenção de dados, integração com o Serviço de Alimentação relativamente ao estado nutricional dos utentes.
VII	Aquisição de um sistema de pulseira eletrónica para doentes.	Verificar e localizar pessoas e bens em tempo real, determinando a sua posição e histórico de movimento, e evitando a saída de doentes sem autorização e a maior segurança destes. Este sistema pode ser utilizado em diferentes serviços hospitalares, nomeadamente: neonatologia, psiquiatria, necrologia, pacientes em risco, urgência, internamento (prevenção de quedas), entre outros.
VIII	Renovação do <i>Data Center</i> e reforço da rede de suporte às plataformas digitais do SESARAM	Expansão do Data Center e segurança dos dados e sistemas do SESARAM
IX	Aquisição de equipamentos para acesso às aplicações informáticas (tablets, pc's, portáteis, smartphones, routers 4G), principalmente para telesaúde, visitas domiciliárias, vacinação e atividades em ambientes externos ao SESARAM	Monitorizar e garantir uma maior proximidade ao utente, promover uma redução do risco de erros, maior eficiência e rápido acesso aos dados dos utentes.

P1.2 - Intensificar a telesaúde, com definição da rede de suporte

X	Reforço de antenas e controladoras wifi	Expansão da rede wifi nos hospitais e centros de saúde
XI	Reforço de infraestrutura (2 Switches de SAN - 2 Brocade G620 FC; 1 Core Switches CISVO - MCC; 50 Switches 9200L 48ports 4x10GB)	Garantir uma maior velocidade no acesso aos dados

P1.3 - Reforçar as tecnologias de comunicação e informação e inteligência artificial para a vigilância epidemiológica.

XII	Adequação dos Sistemas de Informação e de comunicação às necessidades impostas pela pandemia.	- Aquisição de serviços especializados de comunicação, engenharia, e computação, para desenvolvimento, manutenção e otimização dos sistemas de informação de vigilância epidemiológica e das plataformas de gestão de dados no âmbito da saúde pública.
-----	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> - Aquisição de equipamentos informáticos e de comunicação para modernizar e dotar a estrutura de condições para trabalho, de capacidade de comunicação à distância e de recursos de divulgação - Aquisição de materiais e serviços de comunicação especializados no contexto de campanhas de comunicação e educação associadas à prevenção e contenção COVID-19.
XIII	Capacitação dos Recursos Humanos e reforço de serviços especializados no domínio da Qualidade, Saúde e Investigação.	<ul style="list-style-type: none"> -Aquisição de serviços especializados complementares de desenvolvimento tecnológico e gestão na área da qualidade, auditoria, gestão estratégica e consultadoria, em áreas específicas da Saúde e Investigação, como suporte às atividades de vigilância epidemiológica e à adequação do novo Plano Regional da Saúde à situação atual; -Aquisição de serviços especializados complementares na área da qualidade, auditoria e consultadoria, no domínio da certificação dos serviços envolvidos na vigilância epidemiológica; - Aquisição de serviços especializados para o desenvolvimento de projetos de investigação e criação/otimização de sistemas de vigilância epidemiológica e monitorização de doenças e determinantes da saúde, afetadas pela pandemia de COVID-19.

P1.4 - Incrementar a digitalização da saúde e a interoperabilidade de sistema de informação

XIV	Implementação de um sistema de integração dos rastreios realizados no SESARAM com o sistema hospitalar.	Garantir uma maior velocidade no acesso aos dados e centralização da informação de cada utente.
XV	Integração de pedidos de medicamentos com avaliação obrigatória pela CFT no sistema hospitalar.	Melhoria da monitorização da aquisição, autorização, administração e resultados com a utilização de medicamentos.
XVI	Upgrade do sistema Pyxis - dispensador de medicamentos.	Garantir uma maior segurança, um maior controlo de stocks, e a imputação da medicação ao doente.
XVII	Aquisição/ subscrição do MVS - Medicines Verification System.	Garantir um mecanismo de segurança para dar resposta à legislação europeia.
XVIII	Implementar um sistema de prescrição e prestação eletrónica de MCDT (Exames Sem Papel)	<ul style="list-style-type: none"> - Implementar e desmaterializar a prescrição/prestação eletrónica de MCDT, com maior segurança, de modo a melhorar a partilha de informação entre os profissionais de saúde - Contribuir, para a sustentabilidade do Serviço Regional de Saúde, evitando, a realização de MCDT, em duplicado ou não totalmente eficazes face ao historial clínico - Promover a articulação com entidades do setor privado e retirando o utente como principal responsável pela transmissão de informação entre unidades do Serviço Regional de Saúde e os prestadores privados - Melhorar a rapidez no acesso à realização dos exames e à obtenção dos seus resultados - Aumentar a segurança na proteção de informação

		<p>clínica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controlar os tempos de espera na execução da prestação dos MCDT, no setor público e privado - Controlar e monitorizar a prescrição e a prestação dos MCDT - Melhorar a qualidade na prestação dos cuidados de saúde - Eliminar o papel e reduzir custos operacionais - Combater a fraude
XIX	Criar um sistema de Conferência eletrónica dos cuidados de saúde da Região	<ul style="list-style-type: none"> - Centralizar a nível regional, a conferência de faturas para pagamento pelo Serviço Regional de Saúde - Agilizar todo o processo de controlo sobre as prescrições de MCDT, assim como da gestão da liquidação das participações junto dos respetivos intervenientes, melhorando e otimizando a gestão de recursos - Promover a desmaterialização do processo de prescrição e de conferência de faturas e a adoção da fatura/prestação eletrónica - Produzir uma conferência atempada, com uma redução significativa dos erros de prescrição - Reduzir gastos com MCDT e restantes áreas de prescrição - Reduzir custos de operação inerentes ao processo de conferência das faturas do Serviço Regional de Saúde - <u>Agilizar e uniformizar os procedimentos de conferência</u>
XX	Expandir/reforçar a capacidade do <i>Data Center</i> do IASAÚDE e reforçar a rede de comunicações de suporte às plataformas digitais.	<ul style="list-style-type: none"> - Expandir/Reforçar a capacidade do Data Center e da rede de comunicação de suporte às plataformas do IASAÚDE, de modo a dar resposta a todo o armazenamento previsto na implementação dos projetos; do IASAÚDE, e fluxos de comunicação de dados. - Melhoramento do espaço físico, climatização e energia de emergência nas instalações do Data Center do IASAÚDE.
XXI	Reforçar a rede sem fios (wi-fi) no IASAÚDE e de equipamentos móveis (portáteis, tablet's).	<ul style="list-style-type: none"> - Expandir a rede wi-fi e possibilitar uma célere utilização de equipamentos móveis no IASAÚDE.

P2 - Melhorar o acesso do cidadão à informação e aos serviços de Saúde, através de meios digitais

XVII	Subscrição da plataforma Microsoft Power BI Premium	Garantir a transparência e possibilidade de comparação com a publicação de indicadores dos serviços clínicos, de forma dinâmica e em tempo real.
XXIII	Desenvolvimento de indicadores de apoio à decisão para os diversos níveis da organização	Produção dos indicadores adequados aos dirigentes dos Serviços do SESARAM para monitorizar a atividade e apoiar a tomada de decisão em tempo útil

XXIV	Disponibilização de serviços de forma interativa em quiosques	Facilitar o acesso e a comunicação, a informação disponibilizada
XXV	Integração tecnológica entidades externas - públicas e privadas - (ex: lares, clínicas, IPSS, e outros prestadores) para disponibilização de funcionalidades diversas	Promover a partilha de boas práticas entre entidades, garantir uma maior celeridade nos processos, assegurar o registo adequado da informação na partilha.
XXVI	Reforço da MediCall do SESARAM: Divulgação de conteúdos / TV / Sistema de chamada de Utentes (generalização para outros serviços/áreas)	Expandir o sistema a mais localizações no SESARAM. Implementar a configuração que dê suporte a um sistema de divulgação de conteúdos (integração com sinal de TV + baner com divulgação de conteúdos+sistema de chamada de utentes). Promover os conteúdos e divulgação de informação diferenciada ao utente por áreas.
XXVII	Criar um novo site para o IASAÚDE, que contemple uma área de acesso para o utente	<ul style="list-style-type: none"> - Centralizar toda a informação relevante das áreas estratégicas do IASAÚDE, de forma a facilitar a pesquisa por parte do utente - Criar uma área de acesso para o utente, que permita a consulta e edição de informação relevante, como por exemplo, histórico e ponto de situação dos pedidos de reembolso, emissão de declarações, atualização de dados pessoais, informações sobre os prestadores de saúde, entre outros
XXIII	Desenvolver uma plataforma <i>Business Intelligence</i> e de <i>Advanced Analytics</i> , que irá integrar e centralizar toda a informação da Saúde da Região	<ul style="list-style-type: none"> - Partilhar no site do IASAÚDE, informação atualizada e em tempo real (em fomato de dashboards flexíveis e dinâmicos, com indicadores de performance pertinentes) a todos os cidadãos e stakeholders, sobre o desempenho da saúde da Região, assumindo assim os princípios da transparência e da responsabilidade social - Facilitar a tomada de decisão por parte dos gestores, servindo de base para estudos de possíveis revisões do financiamento em saúde - Capacitar os gestores da área da saúde, para terem uma visão global da capacidade instalada nas unidades de saúde da RAM, nomeadamente: <ul style="list-style-type: none"> > Controlar os tempos de espera na execução da prestação dos MCDT > Verificar a capacidade de resposta pública e privada na RAM e a gestão de rede de convenionados > Avaliar a qualidade de serviço prestados aos utentes > Detetar situações de fraude / viciação do sistema

XXXIX	Possibilitar a entrega das Despesas de Saúde (Reembolsos) em todos os concelhos da RAM, através da aquisição de equipamentos.	- Capacitar o IASAÚDE de equipamentos (portáteis, pc's, impressoras, digitalizadoras) para serem colocados nos Centros de Saúde da RAM, de modo a que os utentes possam entregar as suas despesas de saúde (reembolsos) sem ter que se deslocar à sede do IASAÚDE (Funchal).
-------	---	--

P3 - Incrementar as funcionalidades e o uso das plataformas dedicadas ao utente

XXX	Licenciamento de software para o desenvolvimento de aplicações móveis e respetivo desenvolvimento	Desenvolver ferramentas que permitam a tele saúde para os profissionais do SESARAM
XXXI	Desenvolvimento de aplicação para inquéritos de satisfação para o internamento	Obter informação e indicadores que permitam avaliar a qualidade dos serviços prestados ao utente durante o internamento
XXXII	Incremento das funcionalidades disponíveis no portal do utente (disponibilização do resultado de análises clínicas e exames, novas marcações, chat de apoio ao utente, Cartão Pessoa Doença Rara, RENTEV, Nota Alta Internamento, Faturas Virtuais, Inquéritos de Satisfação do Atendimento (Qualidade), reposta a reclamações, SAUDE@ID, gamificação, etc...)	Dotar os utentes com o acesso aos dados do seu perfil clínico em qualquer momento, por acesso remoto e sem necessidade de se deslocar ao hospital
XXXIII	Criar um espaço digital dedicado o utente, com toda a sua informação clínica	- Consultar e monitorizar toda a sua informação de saúde (como por exemplo, prescrição de medicação, resultados de exames, patologias associadas, informações registadas sobre hábitos, alergias e doenças, entre outros), prestada no setor público e privado - Facilitar o acesso aos serviços disponibilizados pelo Sistema Regional de Saúde - Melhorar a prestação de cuidados de saúde
XXXIV	Desenvolver uma aplicação que permita a entrega das despesas de saúde para reembolso	- Criar mecanismos automatizados para entrega de documentação das despesas de saúde de forma digital, permitindo ao utente uma melhor acessibilidade, evitando deslocações desnecessárias ao IASAÚDE - Integrar a informação dos pedidos de reembolsos das despesas de saúde dos utentes do Serviço Regional de Saúde, com o sistema de Business Intelligence e de Advanced Analytics a implementar

P4 - Formar os cidadãos e os stakeholders para o uso dos recursos digitais em saúde

XXXV	Projetos de literacia em saúde digital e ações de formação e de divulgação das tecnologias disponibilizadas pelo SESARAM, direcionadas para os utentes, funcionários, fornecedores e demais parceiros	Assegurar a adesão às soluções e plataformas digitais do SESARAM. Garantir o desenvolvimento das mesmas mantendo a proximidade com os stakeholders.
XXXVI	<i>Criar canais de comunicação e divulgação para os todos os stakeholders do IASAUDE.</i>	<i>-Promover campanhas de comunicação para os utentes para o uso das plataformas digitais do Sistema regional de Saúde.</i>

		<i>-Organizar conferências e seminários para formar stakeholders, na utilização das ferramentas a desenvolver.</i>
--	--	--

Natureza do investimento:

O presente investimento encontra-se todo ele associado à digitalização do Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SRSRAM), e será desenvolvido na Região Autónoma da Madeira (RAM), região ultraperiférica da União Europeia ao abrigo do artigo 349.º do TFUE.

Destina-se a melhorar as valências digitais dirigidas à população local no quadro do Serviço Regional de Saúde da RAM, financiado pelo Orçamento de Estado da RAM (artigos 3.º e 6.º do Decreto Legislativo Regional n.º 13/2019/M), sendo que o Serviço Regional de Saúde tem uma finalidade exclusivamente social, não tem fins lucrativos e as vantagens obtidas pelos utentes na prestação de cuidados de saúde são independentes de qualquer contribuição paga, baseando-se no princípio da universalidade do acesso, tendencialmente gratuito.

Cumulativamente estando em causa Região Ultraperiférica e dirigindo-se os serviços à população local, prestados em língua portuguesa, os investimentos em causa são inaptos a afetar a concorrência e as trocas comerciais entre Estados-membros na aceção do artigo 107.º do TFUE.

Para efeitos de aplicação do artigo 107.º, n.º 1, do TFUE, não se pode, assim, considerar, que estamos perante uma "empresa", dado que de facto o escopo do Serviço Regional de Saúde da RAM não é o exercício de uma atividade económica, mas, outrossim, a prestação de cuidados de saúde a todos os utentes na RAM de forma tendencialmente gratuita com base no princípio da universalidade no acesso.

Entendimento conforme, entre o mais, os Acórdãos do Tribunal Geral da União Europeia, de 4 de Março de 2003, Processo FENIN, T-318/99 e do Tribunal de Justiça da União Europeia, de 11 de Julho 2006, Processo FENIN, C-205/03.

Sempre que aplicável, as regras de contratação pública serão integralmente cumpridas na contratação de fornecimento de bens e prestação de serviços junto de entidades terceiras, impedindo qualquer auxílio de Estado a jusante.

Implementação

Este investimento será coordenado pela Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil, entidade do Governo Regional da Madeira que tutela este setor e a sua implementação será concretizada pelo SESARAM - Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPERAM e pelo IASAÚDE – Instituto de Administração da Saúde IP-RAM.

População-alvo

População da RAM, profissionais de saúde e visitantes.

Calendário e riscos:

Este investimento decorrerá no horizonte temporal que se inicia em 2021 e perspetivando-se a sua conclusão em julho de 2026.

Investimento RE-C01-i08-RAA: Hospital Digital da Região Autónoma dos Açores

Desafios e Objetivos

A Saúde é um dos principais desígnios da sociedade, tornando-se imperativa a transição digital do sistema de saúde tornando-o mais eficiente, eficaz e acessível a todos os Portugueses, e neste caso a todos os açorianos potenciando a sua sustentabilidade e garantindo objetivos de qualidade na prestação de cuidados de saúde públicos.

No Serviço Regional de Saúde, tal desiderato torna-se ainda mais acentuado por a sua organização refletir o contexto arquipelágico e de dispersão geográfica da Região Autónoma dos Açores, sendo composto por 9 Unidades de Saúde de Ilha, correspondentes às 9 ilhas açorianas, 17 centros de saúde, um centro de oncologia dos Açores e 3 hospitais, que são empresas públicas regionais.

Na Região Autónoma dos Açores, não obstante a implementação e o desenvolvimento de diversos sistemas ao longo dos anos, bem como de projetos de desmaterialização de processos, nomeadamente o da desmaterialização da prescrição das receitas médicas, do controlo da faturação das farmácias, LIS, ou do agendamento das consultas via sms, tais investimentos não garantem ainda a acessibilidade e a equidade social pretendidas no acesso aos cuidados de saúde prestados pelo Serviço Regional de Saúde, cujos principais utentes são representativos de uma população envelhecida e/ou de baixa literacia digital e em Saúde.

Este investimento assume-se como o motor de transformação do sector da Saúde no arquipélago dos Açores, tendo como propósito garantir o acesso igual a todos os açorianos aos cuidados de saúde através de um sistema mais transparente e em alinhamento com as estratégias nacionais para o sector da saúde nomeadamente, a modernização dos sistemas de informação, destacando-se a implantação e concretização da telessaúde (*eHealth*) no SNS e o desenvolvimento do Registo de Saúde Eletrónico (SRE), ambas alinhadas com o investimento relativo à transição digital da Saúde numa ótica Nacional, e europeias através do reforço da resiliência dos sistemas de saúde.

É assim objetivo a reorganização e redimensionamento da oferta de cuidados de saúde através da digitalização do sector da saúde e de uma rede territorialmente equilibrada e reforçada de equipamentos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), capacidade de rastreio e de intervenção comunitária/domiciliária que proporcionará um melhor acesso de cuidados de saúde de qualidade à população considerando o envelhecimento da população, a cronicidade e as alterações epidemiológicas.

Pretende-se, assim, garantir, até 2025, um melhor acesso ao Serviço Regional de Saúde, de todos os utentes do Serviço Regional de Saúde, por via da digitalização da Saúde, reforçando as competências digitais dos profissionais de saúde, e dotando o Serviço Regional de Saúde de infraestruturas tecnológicas, equipamentos e meios informáticos necessários à prossecução deste investimento, através dos seguintes eixos estratégicos:

- **1. Melhoria da performance do serviço regional de saúde:** Acesso ao sistema de saúde de modo a disponibilizar um registo eletrónico de saúde de cada cidadão, permitindo a partilha da informação clínica entre todos os níveis de cuidados aos profissionais de saúde, como o objetivo de criar condições iguais de acessibilidade aos cuidados de saúde das ilhas mais isoladas e sem hospital, e potenciando informação não só para a cura como para a prevenção. Disponibilizar informação fiável, pública e transparente, sobre as transações ocorridas no SRS, compreendendo os indicadores de produção, financeiros, qualidade e satisfação
- **2. Digitalização do Setor da Saúde:** através da inovação, substituição, intercomunicação e da interoperabilidade dos dados dos sistemas do Saúde do Serviço Regional de Saúde, e Serviço Nacional de Saúde, e dentro das Unidades de Saúde do Serviço Regional de Saúde, e com unidades privadas.

No eixo estratégico da **1. Melhoria da performance do serviço regional de saúde**, estão definidos os seguintes objetivos:

1.1 - Assegurar aos utentes do Serviço Regional de Saúde, um maior acesso digital aos serviços de saúde e respetiva informação clínica

- Promover o acesso ao portal do utente, de pelo menos, 25.000 dos utentes do SRS, até 2025.

1.2 - Capacitar os profissionais de Saúde para a transição digital do Serviço Regional de Saúde

- Promover o acesso ao portal do Profissional de Saúde, de pelo menos 2.500 dos profissionais do SRS, até 2025.

1.3 - Reformar o Modelo de Governação das Unidades de Saúde

- Implementar, até 2025, um portal com a informação do SRS, com indicadores de produção, financeiros, qualidade e satisfação.

1.4 - Planear e desenvolver um Sistema de Informação Integrado de Gestão de Recursos Humanos dos Hospitais EPER

- Implementar, até 2024, o sistema de Informação Integrado de Gestão de Recursos Humanos dos Hospitais EPER

1.5 - Planear e desenvolver um Sistema de Informação Integrado de Gestão de Stocks dos Hospitais EPER

- Implementar, até 2025, o sistema de Informação Integrado de Gestão de stocks dos Hospitais EPER.

1.6 - Melhorar o sistema de informação para a emergência Médica/Evacuações do Serviço Regional de saúde

- Implementar alterações, até 2023, no sistema de evacuações e emergências do SRS.

No eixo estratégico da **2. Digitalização do Setor da Saúde**, estão definidos os seguintes objetivos:

2.1 - Incrementar a Telesaúde no Serviço Regional de Saúde

- Realizar, pelo menos, 1.000 consultas de telemedicina, no acesso aos cuidados primários de saúde e no recurso a especialidades médicas, no Serviço Regional de Saúde

2.2 - Incrementar a interoperabilidade dos sistemas de informação, nas áreas de análises, exames e imagiologia

- Garantir a integração informatização de 3 sistemas (anatomia patológica/laboratório/áreas produtoras de imagem).

2.3 - Melhorar e incrementar a desmaterialização dos processos clínicos no Serviço Regional de Saúde

- Garantir a desmaterialização de 10 de MCDT's.

2.4 – Promover a modernização e integração dos Cuidados de Saúde Primários

- Implementar, até 2025, um upgrade do sistema de cuidados de saúde primários.

2.5 – Promover a melhoria e otimização dos sistemas de informação do Serviço Regional de Saúde

- Garantir, até 2024, a interoperabilidade e otimização de, pelo menos, 5 sistemas de informação.

2.6 - Sustentar a transição digital através da aquisição/modernização de equipamentos médico-hospitalares

- Assegurar, até 2023, a aquisição dos equipamentos hospitalares de acordo com o levantamento das necessidades.

2.7 - Modernizar o parque informático

- Assegurar, até 2023, a aquisição dos equipamentos informáticos de acordo com o levantamento das necessidades.

Natureza do investimento:

O presente investimento encontra-se todo ele associado à digitalização do Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma dos Açores (SRSRAA), será desenvolvido na Região Autónoma dos Açores (RAA), região ultraperiférica da União Europeia ao abrigo do artigo 349.º do TFUE.

Destina-se a melhorar as valências digitais dirigidas à população local no quadro do Serviço Regional de Saúde da RAA (Decreto Legislativo Regional n.º 28/99/A), financiado pelo Orçamento de Estado da RAA, sendo que o Serviço Regional de Saúde tem uma finalidade exclusivamente social, não tem fins lucrativos e as vantagens obtidas pelos utentes na prestação de cuidados de saúde são independentes de qualquer contribuição paga, baseando-se no princípio da universalidade do acesso, tendencialmente gratuito (vide também Base 1, n.º 4, da Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro).

Para efeitos de aplicação do artigo 107.º, n.º 1, do TFUE, não se pode, assim, considerar, que estamos perante uma "empresa", dado que de facto o escopo do Serviço Regional de Saúde da RAA não é o exercício de uma atividade económica, mas, outrossim, a prestação de cuidados de saúde a todos os utentes na RAA de forma tendencialmente gratuita com base no princípio da universalidade no acesso.

Entendimento conforme, entre o mais, os Acórdãos do Tribunal Geral da União Europeia, de 4 de Março de 2003, Processo FENIN, T-318/99 e do Tribunal de Justiça da União Europeia, de 11 de Julho 2006, Processo FENIN, C-205/03.

Sempre que aplicável, as regras de contratação pública serão integralmente cumpridas na contratação de fornecimento de bens e prestação de serviços junto de entidades terceiras, impedindo qualquer auxílio de Estado a jusante.

Implementação

A operacionalização destes investimentos será coordenada pela Secretaria Regional da Saúde e Desporto, com o apoio técnico da Direção Regional de Saúde, em estreita colaboração com as Unidades de Saúde e Hospitais EPER da Região Autónoma dos Açores, e ordens profissionais, designadamente. Dadas as potenciais sinergias, partilha de experiência e alinhamento para um SNS totalmente integrado será feita uma coordenação alinhada com o investimento Transição digital da Saúde.

Para a execução deste investimento serão contratados serviços especializados de consultadoria, de integração de sistemas de informação e da respetiva implementação, designadamente, para além da aquisição do necessário equipamento e software informático.

Público-alvo

Os presentes objetivos estão orientados para os utentes do Serviço Regional de Saúde, para os profissionais e unidades de saúde do Serviço Regional de Saúde, que beneficiarão do suporte e capacitação digital para uma melhor prestação dos serviços de saúde, maior acessibilidade e transparência, maior justiça e capacitação digital, e uma melhor gestão e reporte dos serviços de saúde públicos prestados.

Calendário e riscos:

A implementação dos investimentos decorrerá entre 2021 e 2025.

Os riscos associados à concretização do investimento previsto predem-se com constrangimentos de mercado e de contratação pública no que respeita à aquisição de equipamentos e serviços, dimensão dos processos clínicos a desmaterializar, constrangimentos na adesão dos utentes.

Investimento RE-C01-i09: Sistema Universal de Apoio à Vida Ativa (SUAVA)

Desafios e objetivos

Estima-se que, em Portugal, as doenças crónicas não-transmissíveis sejam responsáveis por 86% da mortalidade², assim como é reconhecido que a inatividade física é um dos principais fatores de risco associados à prevalência e incidência destas doenças³. A nível mundial, a inatividade física é responsável por 6 a 10% das principais doenças não-transmissíveis e 9% de toda a mortalidade⁴. Em Portugal, os custos anuais diretos e indiretos associados à inatividade física ascendem a cerca de 645 M€⁵.

De acordo com o Eurobarómetro Especial 472⁶ sobre Desporto e Atividade Física, os níveis de prática de atividade física em Portugal são dos mais baixos a nível europeu, sendo a falta de tempo e a falta de motivação e interesse identificadas como as barreiras apontadas com mais frequência pela população portuguesa para a adesão a estilos de vida mais ativos. Associada a estes dados importa também referir a falta de literacia física por parte dos cidadãos; várias evidências indicam que 42% da população portuguesa não sabe o que é atividade física⁷ e 98% desconhece as recomendações da Organização Mundial de Saúde⁸ (OMS), identificando falta de ações de consciencialização e inexistência de políticas diretas centradas no cidadão.

Em junho de 2018, a OMS apresentou em Lisboa o Plano de Ação Global para Atividade Física 2018-2030⁹ (*Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world*) que define 4 objetivos estratégicos para criar sociedades, sistemas, ambientes e pessoas ativas, contribuindo desta forma para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

O Sistema Universal de Apoio à Vida Ativa – SUAVA visa contribuir para este desígnio através de uma abordagem integrada e sistémica que reconhece a interligação e a interação adaptativa de múltiplas influências nas oportunidades para a atividade física. A sua implementação adota uma resposta coletiva e coordenada nos diversos contextos vivenciais, laborais e lúdicos da vida dos cidadãos. O SUAVA tem por referência os vetores estratégicos do PRR (Resiliência, Transição Digital e Transição Climática), bem como o Plano de Ação Global para a Atividade Física da OMS.

Assim, o SUAVA dá resposta a esta perspetiva mediante:

- ✓ uma forte promoção da prática da atividade física e desportiva através de uma **campanha de comunicação à escala nacional** e da **criação de uma plataforma tecnológica**, que combina a tecnologia e a inovação numa relação direta com o cidadão por intermédio de iniciativas, programas e mecanismos sociais atrativos. Esta plataforma permitirá informar os cidadãos acerca do seu nível de atividade física, prescrever exercícios e medir a sua evolução, criando uma política de incentivos, *gamificação*, benefícios e mecanismos personalizados para a promoção de um estilo de vida mais saudável;
- ✓ a **prática desportiva em contexto familiar e comunitário** enquanto incentivo ao aumento da mobilidade ativa da comunidade através dos mecanismos existentes no Desporto Escolar;

² Naci H, Ioannidis JPA. Comparative effectiveness of exercise and drug interventions on mortality outcomes: metaepidemiological study. *BMJ* 2013; 347.

³ WHO, *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020* (ISBN 978 92 4 150623 6). 2013, World Health Organization: Geneva.

⁴ Lee, I.M., et al., *Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy*. *Lancet*, 2012. **380**(9838): p. 219-29.

⁵ Ding, D., Lawson, K. D., Kolbe Alexander, T. L., Finkelstein, E. A., Katzmarzyk, P. T., van Mechelen, W., & Pratt, M. (2016). The economic burden of physical inactivity: A global analysis of major non-communicable diseases. *Lancet*, 388 (10051), 1311-1324.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30383-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30383-X)

⁶ *Special Eurobarometer 472 - Sport and physical activity*. European Union: European Commission, Directorate-General for Education, Youth, Sport and Culture, December 2017. Disponível em: <http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/survey/getsurveydetail/instruments/special/surveyky/2164>

⁷ Barómetro Nacional da Atividade Física 2017.

⁸ Relatório Anual Programa PNPAF 2019.

⁹ World Health Organization (WHO). *Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world*. Geneva: WHO; 2018.

- ✓ **o incentivo à prática de atividade física através do contexto laboral**, fomentando a implementação de medidas que facilitem e estimulem a atividade física.

Este investimento contribuirá para a resiliência dos cidadãos promovendo o bem-estar físico e emocional através da atividade física. Um cidadão resiliente assume, atualmente, especial relevância considerando o contexto pandémico que o nosso País atravessa. A pandemia por COVID-19 teve um impacto intenso e nefasto na prática de atividade física e desportiva, logo, na qualidade de vida e na saúde da população portuguesa, na qual a saúde mental também se inclui. O SUAVA será um instrumento fundamental para oferecer condições para as populações se tornarem mais ativas, mais saudáveis e mais sustentáveis.

A implementação do SUAVA será coordenada pelo Instituto Português do Desporto e Juventude, I.P. (IPDJ, I. P.).

Campanha Nacional e Plataforma Tecnológica para promover a atividade física

Objetivo 1: Aumentar o conhecimento dos cidadãos sobre os benefícios da prática regular de atividade física, em todas as idades e de acordo com a sua capacidade, visando o incentivo à adoção de um estilo de vida mais saudável.

- i. Implementar uma campanha nacional dirigida a todos os segmentos da população, independentemente das suas condições socioeconómicas e demográficas com:
 - a. Mote e imagem centralizados num sítio de internet;
 - b. *Roadshow* nacional em parceria com órgãos de comunicação social;
 - c. Conteúdos digitais dirigidos a todas as idades e diferentes públicos.
- ii. Conceber, elaborar e disponibilizar uma Plataforma Tecnológica integrada na campanha que:
 - a. Disponibilize conteúdos e podcasts focados na literacia física, permitindo uma interação direta com o cidadão;
 - b. Integre estratégias de modificação comportamental individualizadas;
 - c. Monitorize a prática de atividade física e de comportamentos sedentários através de dados recolhidos na própria plataforma em conexão com, por exemplo, telemóveis e *wearables* (em situações em que o cidadão já seja detentor deste tipo de equipamentos);
 - d. Integre a oferta de programas de atividade física estruturada (ocasional ou regular), com recurso a uma aplicação de fácil utilização;
 - e. Promova a oferta desportiva à comunidade com recurso a Inteligência Artificial;
 - f. Integre conteúdos e ofertas de desporto sustentável local como, por exemplo, indicação de ciclovias, circuitos de manutenção em parques desportivos;
 - g. Garanta a migração da plataforma SNID – Sistema Nacional de Informação Desportiva para assegurar a centralização da informação sobre as modalidades desportivas, as instalações e equipamentos desportivos e o calendário das várias ofertas de atividades das entidades promotoras associadas ao sistema;
 - h. Cria estímulos à alteração das práticas dos cidadãos através do recurso à *gamificação* e a uma abordagem interativa, social e recompensadora que possibilite o acesso a incentivos, tais como:
 - i. área pessoal personalizada, na plataforma, que disponibiliza informação útil e relevante ao cidadão;

- ii. atribuição de *vouchers* (ex.: museus, cinemas, espetáculos, hotéis, restaurantes; supermercados, equipamento desportivo, ginásios, parques aquáticos).

Alargar o Desporto Escolar à comunidade

Objetivo 2: Fomentar a mobilidade ativa, desde as idades mais jovens e ao longo da vida, e a prática desportiva em contexto familiar, como meio de promoção do sucesso dos alunos e de estilos de vida mais saudáveis

- i. Criar o programa “Desporto Escolar Comunidade” (DE Comunidade), com os mecanismos do Desporto Escolar, tendo em vista o potenciar da prática de atividade física e da formação desportiva, envolvendo a comunidade educativa alargada e a promoção do exercício de uma cidadania ativa:
 - a. Mobilizar as escolas para a dinamização de atividades desportivas com a comunidade educativa alargada através, por exemplo, do recurso aos Centros de Formação Desportiva (CFD);
 - b. Dinamizar clubes de caminhada, de cicloturismo, entre outros, incentivando a utilização da bicicleta como meio de transporte sustentável, no âmbito da promoção da saúde e bem-estar, assim como para a sustentabilidade ambiental. Para operacionalizar esta estratégia, 200 estabelecimentos de ensino serão equipados com recursos materiais;
 - c. Potenciar a ação do Desporto Escolar, criando um conjunto de atividades para famílias ativas.
- ii. Alargar o programa do “Desporto Escolar Sobre Rodas” (DE Sobre Rodas) a estabelecimentos de ensino com 2º ciclo do ensino básico, permitindo:
 - a. Incrementar o projeto-piloto “DE Sobre Rodas”, já implementado no sistema educativo português em parceria com o sistema desportivo federado, que visa ensinar e incentivar os alunos a andar de bicicleta;
 - b. Equipar estabelecimentos de ensino com 2º ciclo do ensino básico com *kits* de bicicletas e capacetes para uso individual dos alunos;
 - c. Promover a utilização da bicicleta como meio de transporte, em segurança.

Incentivo à prática de atividade física através do contexto de laboral, fomentando a implementação de medidas que facilitem e estimulem a atividade física

Objetivo 3: Apoiar o desenvolvimento de programas e oportunidades para a prática da atividade física em contexto laboral, tendo por base as recomendações para a prática de atividade física da OMS¹⁰.

- i. Implementar um programa de capacitação/sensibilização de empregadores com vista a reconhecer:
 - a. Os benefícios de um estilo de vida ativo na saúde, bem-estar e produtividade dos trabalhadores para a redução de doenças crónicas, lesões, posturas incorretas, entre outros problemas associados à inatividade física;
 - b. O impacto das medidas de gestão empresarial na redução de comportamentos sedentários e no aumento da produtividade;

¹⁰ WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

- ii) Criar o Selo “Empresa Amiga da Atividade Física”, para reconhecer publicamente medidas e políticas implementadas no contexto laboral, como por exemplo:
- a. Organizar torneios desportivos, caminhadas, entre outras atividades, ao ar livre ou num espaço polivalente da empresa;
 - b. Dinamizar momentos formais ou espontâneos de prática de atividade física;
 - c. Criar sinaléticas que estimulem comportamentos ativos;
 - d. Criar condições preferenciais que promovam a adesão dos colaboradores à prática de atividade física;
 - e. Disponibilizar espaços, com equipamentos, que possibilitem a prática de atividade física;
 - f. Criar condições que estimulem a utilização de meios de transporte que promovam a atividade física (ex.: espaços de estacionamento para bicicletas);
 - g. Disponibilizar espaços com duche e cacifos;
 - h. Criar espaços que promovam a adoção de uma alimentação saudável.

Natureza do investimento:

O financiamento público associado às medidas previstas não configura um auxílio de Estado na aceção do artigo 107.º, n.º 1, do TFUE, pelos fundamentos factuais e jurídicos que se passam a apresentar.

A campanha nacional e a respetiva plataforma tecnológica a implementar (cfr. Objetivo 1) têm ambas por objeto a promoção da atividade física pelos cidadãos, promovendo a saúde da Comunidade como um todo, estando em causa serviços não económicos.

As ações serão coordenadas pelo Instituto Português do Desporto e Juventude, I.P. (IPDJ), que tem por missão a execução de uma política integrada e descentralizada para as áreas do desporto e da juventude em Portugal. O IPDJ intervém na definição, execução e avaliação da política pública do desporto, promovendo a generalização do desporto, bem como o apoio à prática desportiva regular e de alto rendimento, através da disponibilização de meios técnicos, humanos e financeiros.

Assim, na aceção do artigo 107.º, n.º 1, do TFUE, o IPDJ não exerce uma atividade económica e as atividades a desenvolver ex novo no quadro do SUAVA também não configuram o exercício de uma atividade económica por aquele.

De igual modo, no âmbito do Objetivo 2 (“Alargar o Desporto Escolar à comunidade”), também coordenado pelo IPDJ, verifica-se que está em causa a disponibilização, não onerosa, a estabelecimentos de ensino do 2.º ciclo de kits de bicicletas e capacetes para uso individual dos alunos. Esta medida também não configura um auxílio de Estado dado que os beneficiários da medida são os próprios alunos do ensino público (que não exercem uma atividade económica) e, a montante, os estabelecimentos do ensino público, organizado no âmbito do sistema nacional de ensino português, financiado e controlado pelo Estado português, que também não exercem uma atividade não económica. Ademais, o Tribunal de Justiça declarou que o Estado: “*ao estabelecer e ao manter tal sistema de ensino público financiado, em regra, pelo orçamento público e não pelos alunos ou pelos seus pais, [...] não pretendia envolver-se em atividades remuneradas, mas cumpria a sua missão nos domínios social, cultural e educativo perante a sua população*” – in Acórdão do Tribunal de Justiça de 11 de setembro de 2007, Comissão/Alemanha, C-318/05, § 68.

No que tange o Objetivo 3 (“Incentivo à prática de atividade física através do contexto de laboral, fomentando a implementação de medidas que facilitem e estimulem a atividade física”), constata-se novamente que o financiamento prospetivado está todo ele, associado a atividades não económicas de formação e promoção

boas práticas de atividade física e de alteração de comportamentos, beneficiando a Comunidade como um todo – pelo que também não estão em causa auxílios de Estado nos investimentos previstos para este objetivo.

Cumulativamente, e sempre que aplicável, as regras de contratação pública serão integralmente acauteladas e cumpridas na contratação de fornecimento de bens e prestação de serviços junto de entidades terceiras, impedindo qualquer auxílio de Estado a jusante.

Implementação:

No âmbito da Campanha Nacional, as mensagens serão definidas tendo em conta as seis fases de mudança de comportamentos: *pré-contemplação* (reconhecer os benefícios e recomendações da atividade física e desporto), *contemplação* (através de reativações da campanha, reforço da mensagem), *preparação* (divulgação da Plataforma Tecnológica), *ação* (através de mensagens que mostrem que um estilo de vida ativo é um processo progressivo), *manutenção* (mensagens da campanha focadas para ultrapassar desafios) e *retrocesso* (garantindo a manutenção).

A Campanha Nacional de promoção da atividade física e desportiva será ativada através de diversos meios: internet, televisão, rádio, jornais, redes sociais, *outdoors* e ações de divulgação.

No âmbito do desenvolvimento **da Plataforma Tecnológica**, serão criados conteúdos e funcionalidades por uma equipa multidisciplinar (especialista na área de modificação comportamental), com vista ao aconselhamento individualizado ao cidadão, em função dos seus interesses, local de residência, nível de atividade e aptidão física, idade, condição de saúde e eventuais doenças crónicas. A programação da plataforma irá ainda possibilitar a ligação com outras aplicações de *fitness* e *wearables*.

No âmbito da abertura do Desporto Escolar à Comunidade, o IDPJ irá apoiar as escolas a mobilizarem os mecanismos existentes no desporto escolar, nomeadamente os Centros de Formação Desportiva, para estimularem a prática desportiva da comunidade alargada. Irá também valorizar as iniciativas de escolas que promovam clubes de cicloturismo, atribuindo *kits* de 15 bicicletas e capacetes para adultos a cerca de 200 estabelecimentos de ensino que, até 2025, se candidatem com os melhores projetos de promoção de atividade física na comunidade, articulados com os clubes desportivos e associações locais. Este investimento pretende, ainda, alargar o “**DE Sobre Rodas**” (projeto do Desporto Escolar para ensinar a pedalar e, posteriormente, a andar de bicicleta em contexto aberto, ou seja, na rua, em segurança), a estabelecimentos de ensino com 2º ciclo do ensino básico.

No âmbito do incentivo à prática de atividade física em contexto laboral, será implementado um modelo de formação para capacitação de empresas, com o objetivo de dotar os quadros de direção e os trabalhadores, de ferramentas para desenvolverem a sua atividade física. Este investimento apoia os cidadãos na adoção de estilos de vida mais ativos e saudáveis, quer em contexto laboral, quer no dia-a-dia.

Público-alvo da reforma:

Este investimento destina-se a todos os cidadãos:

A Campanha Nacional e Plataforma Tecnológica para promover a atividade física tem como destinatários toda a população.

Alargar o Desporto Escolar à Comunidade tem como destinatários toda a comunidade educativa.

Incentivo à prática de atividade física em contexto laboral tem como destinatários quadros de empresa/administração pública com capacidade de decisão para alterar contextos e aumentar oportunidades que potenciem a atividade física da população nos seus locais de trabalho.

Calendário e riscos:

A implementação do investimento decorrerá entre 2021 e 2025, com afetação de verbas previstas de acordo com as diversas ações a implementar ao abrigo deste investimento.

Objetivo	Tarefa	2021	2022	2023	2024	2025
1	Processos aquisitivos para desenvolvimento da campanha de massas	4ºT				
1	Processos aquisitivos para criação e atualização de conteúdos da campanha de massas	4ºT	4ºT	4ºT	4ºT	
1	Processos aquisitivos para criação de vídeos (incluindo conteúdo, conceito, filmagem e edição)		2ºT	2ºT	2ºT	
1	Lançamento da Campanha (site e primeira ativação nos canais de comunicação)		3º T			
1	Roadshow nacional da Campanha, em parceria com órgãos de comunicação social		3ºT + 4ºT	1ºT + 2ºT + 3ºT		
1	Avaliação do impacto da Campanha (níveis de atividade física da população, barreiras e motivação, conhecimentos sobre AF, conhecimento do mote da campanha...).	4ºT (baseline)	4ºT	4ºT	4ºT	4ºT
1	Reativações da Campanha nos canais de comunicação		3ºT	1ºT+3ºT	1ºT+3ºT	1ºT+3ºT
1	Processos aquisitivos para criação e manutenção de site e Plataforma Tecnológica	4ºT				
1	Processos aquisitivos para criação e atualização de conteúdos da Plataforma Tecnológica	4ºT	1ºT	1ºT	1ºT	1ºT
1	Lançamento da Plataforma Tecnológica		4ºT			
1	Integração da oferta de programas de atividade física estruturada e de instalações desportivas na Plataforma Tecnológica.		3ºT	4ºT	1º T + 2ºT + 3ºT + 4ºT	1º T + 2ºT + 3ºT + 4ºT
2	Lançamento de candidaturas da DGE para atribuição de kits de 15 bicicletas de adulto para projeto com famílias e comunidade educativa (DE Comunidade)		2ºT	2ºT	2ºT	2ºT
2	Lançamento de candidaturas para a aquisição de kits bicicletas para as escolas públicas com 2º ciclo		3ºT	3ºT	3ºT	3º T
3	Processos aquisitivos para desenvolvimento e implementação do modelo para o programa de capacitação		1ºT			
3	Divulgação e implementação do programa de capacitação		1º T + 2ºT + 3ºT + 4ºT	1º T + 2ºT + 3ºT + 4ºT	1º T + 2ºT + 3ºT + 4ºT	1º T + 2ºT + 3ºT + 4ºT

Objetivo	Tarefa	2021	2022	2023	2024	2025
3	Dinamização do selo “Empresa Amiga da Atividade Física” (bronze, prata e ouro)				1º T	

Os riscos associados à concretização destes investimentos decorrem dos seguintes aspetos:

Campanha Nacional e Plataforma Tecnológica apresenta como riscos a sua capacidade para envolver franjas da população menos propensas à utilização de ferramentas digitais de acordo com os objetivos propostos.

Alargar o Desporto Escolar à Comunidade Educativa tem como principais riscos a baixa prática generalizada de participação de outros atores educativos da comunidade escolar em atividades desportivas escolares.

O incentivo à prática de atividade física em contexto laboral apresenta como risco a ausência de práticas empresariais generalizadas para o incentivo à prática desportiva pelos trabalhadores.

4. Autonomia estratégica e questões de segurança

Não aplicável.

5. Cross-border and multi-country projects

Não aplicável.

6. Dimensão Verde

Os investimentos em instalações e equipamentos de saúde contribuem para os objetivos ambientais, cujas condições para o cumprimento das recomendações e especificações técnicas emanadas pela Administração Central do Sistema de Saúde para intervenções (construção, requalificação, remodelação, etc.) em instalações e equipamentos de saúde.

Referir ainda que no que se refere ao incentivo à constituição de novas respostas de equipas domiciliárias, seja na RNCCI, Saúde Mental ou RNCP, a transição para uma sustentabilidade energética e digital tem de ser uma realidade, constituindo uma obrigatoriedade a aquisição de 70 veículos elétricos menos poluentes, de modo a que cada equipa domiciliária possa ter, no mínimo, um veículo destes. O incentivo financeiro à construção de novas Unidades tem de acoplar também a instalação de meios de climatização energética mais sustentáveis.

Por esta razão, considera-se que as categorias de intervenção mais representativas para os investimentos desta componente associados sejam as seguintes:

- *Investimento RE-VS-C1-i1: Cuidados de Saúde Primários com mais respostas:*
 - “025ter - Construção de novos edifícios energeticamente eficientes”, com contributo de 40% para a meta climática;
 - “026bis - Renovação de infraestruturas públicas visando a eficiência energética ou medidas de eficiência energética relativas a tais infraestruturas, projetos de demonstração e medidas de apoio, em conformidade com critérios de eficiência energética”, com contributo de 100% para a meta climática;

- “026 - Renovação de infraestruturas públicas visando a eficiência energética ou medidas de eficiência energética relativas a tais infraestruturas, projetos de demonstração e medidas de apoio”, com contributo de 40% para a meta climática;
- “074 - Material circulante de transportes urbanos limpos”, com contributo de 100% para a meta climática.
- *Investimento RE-VS-C1-i2: Alargamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e da Rede Nacional de Cuidados Paliativos:*
 - “025ter - Construção de novos edifícios energeticamente eficientes”, com contributo de 40% para a meta climática;
 - “074 - Material circulante de transportes urbanos limpos”, com contributo de 100% para a meta climática.
- *Investimento RE-C01-i03: Conclusão da Reforma de Saúde Mental e implementação da Estratégia para as Demências*
 - “026bis - Renovação de infraestruturas públicas visando a eficiência energética ou medidas de eficiência energética relativas a tais infraestruturas, projetos de demonstração e medidas de apoio, em conformidade com critérios de eficiência energética”, com contributo de 100% para a meta climática;
- *Investimento RE-VS-C1-i5-RAM: Fortalecimento do Serviço Regional de Saúde da RAM:*
 - “025ter – Construção de novos edifícios energeticamente eficientes”, que contribui a 40% para a meta climática. “025ter - Construção de novos edifícios energeticamente eficientes”, com contributo de 40% para a meta climática;
 - “026 - Renovação de infraestruturas públicas visando a eficiência energética ou medidas de eficiência energética relativas a tais infraestruturas, projetos de demonstração e medidas de apoio”, com contributo de 40% para a meta climática.

7. Dimensão Digital

O Regulamento que estabelece o Mecanismo de Recuperação e Resiliência (Regulamento (EU) n.º 2021/241, de 12 de fevereiro), define como objetivo que o plano de recuperação e resiliência de cada Estado Membro deve alocar pelo menos 20% da sua dotação à promoção da transição digital.

As reformas e investimentos contemplados nesta componente constituem uma abordagem coerente e coordenada para a transformação digital do setor da saúde, visando a modernização de serviços tornando-os cada vez acessíveis, ágeis, interoperáveis e numa lógica omnicanal e garantindo uma melhor relação com os utentes do SNS.

As medidas propostas beneficiarão uma multiplicidade de agentes económicos, desde a própria administração, habilitando-a a um funcionamento mais eficiente e a um melhor emprego de recursos públicos e a uma melhor tomada de decisão, aos cidadãos, tornando os serviços mais centrados no cidadão, inclusivos, autónomos, inovadores e seguros, fortemente alavancados nas soluções digitais. Diversificando e modernizando a forma de servir cidadãos, mas mantendo o foco na inclusão através de serviços em canais mais tradicionais e com redes mais capilares, este pacote de reformas e investimentos permite ainda um reforço da coesão social e territorial.

Por esta razão, considera-se que as categorias de intervenção “095 - Digitalização no domínio dos cuidados de saúde”, com um contributo de 100% para a meta digital, está associada aos investimentos “Investimento TD-AP-C17-i06 Transição digital da Saúde”, Investimento RE-VS-C1-i7-RAM Digitalização na área da Saúde da RAM, Investimento RE-VS-C1-i8-RAA. Hospital Digital da Região Autónoma dos Açores e ainda o investimento associado ao fornecimento de sistemas de informação para realização de teleconsultas e

telemonitorização de doenças crónicas, incluído no investimento RE-VS-C1-i1: Cuidados de Saúde Primários com mais respostas.

8. Do No Significant Harm

Reforma RE-r01: Reforma dos cuidados de saúde primários

Indicar os objetivos ambientais que exigem uma avaliação substantiva da medida com base no princípio de «não prejudicar significativamente»	Sim	Não	Justificar caso seja selecionada a opção «Não»
Mitigação das alterações climáticas		X	A Reforma RE-1 – Reforma dos cuidados de saúde primários – preconizada nesta componente enquadra o desenvolvimento do investimento RE-VS-C1-i1: Cuidados de Saúde Primários com mais respostas - no PRR. As atividades previstas no investimento têm diferentes vertentes de influência nos objetivos climáticos e ambientais, no entanto a análise realizada ao nível do investimento demonstra que o princípio de «não prejudicar significativamente» é cumprido, pelo que nesta situação o mesmo se pode concluir ao nível de atuação mais abrangente da reforma, dado que esta não se materializa em riscos adicionais.
Adaptação às alterações climáticas		X	
Utilização sustentável e proteção dos recursos hídricos e marinhos		X	
Economia circular, incluindo a prevenção e a reciclagem de resíduos		X	
Prevenção e controlo da poluição do ar, da água ou do solo		X	
Proteção e restauro da biodiversidade e dos ecossistemas		X	

Reforma RE-r02: Reforma da saúde mental

Indicar os objetivos ambientais que exigem uma avaliação substantiva da medida com base no princípio de «não prejudicar significativamente»	Sim	Não	Justificar caso seja selecionada a opção «Não»
Mitigação das alterações climáticas		X	A Reforma RE-2 – Reforma da saúde mental – preconizada nesta componente enquadra o desenvolvimento do investimento RE-VS-C1-i3: Conclusão da Reforma de Saúde Mental e implementação da Estratégia para as Demências - no PRR. As atividades previstas no investimento têm diferentes vertentes de influência nos objetivos climáticos e ambientais, no entanto a análise realizada ao nível do investimento demonstra que o princípio de «não prejudicar significativamente» é cumprido, pelo que nesta situação o mesmo se pode concluir ao nível de atuação mais abrangente da reforma, dado que esta não se materializa em riscos adicionais.
Adaptação às alterações climáticas		X	
Utilização sustentável e proteção dos recursos hídricos e marinhos		X	
Economia circular, incluindo a prevenção e a reciclagem de resíduos		X	
Prevenção e controlo da poluição do ar, da água ou do solo		X	
Proteção e restauro da biodiversidade e dos ecossistemas		X	

Reforma RE-r03: Conclusão da reforma do modelo de governação dos hospitais públicos

Indicar os objetivos ambientais que exigem uma avaliação substantiva da medida com base no princípio de «não prejudicar significativamente»	Sim	Não	Justificar caso seja selecionada a opção «Não»
Mitigação das alterações climáticas		X	A Reforma RE-3 – Conclusão da reforma do modelo de governação dos hospitais públicos – preconizada nesta componente tem como objetivo aumentar a eficiência da resposta hospitalar no SNS, nomeadamente através de: i) reforma da organização e gestão interna dos hospitais; ii) reconfiguração da rede hospitalar, de acordo com o planeamento da capacidade em termos de volume de serviços, recursos humanos e infraestrutura; iii) melhoria da articulação com as restantes respostas do SNS, nomeadamente com os cuidados de saúde primários e com as redes
Adaptação às alterações climáticas		X	
Utilização sustentável e proteção dos recursos hídricos e marinhos		X	
Economia circular, incluindo a prevenção e a reciclagem de resíduos		X	

Indicar os objetivos ambientais que exigem uma avaliação substantiva da medida com base no princípio de «não prejudicar significativamente»	Sim	Não	Justificar caso seja selecionada a opção «Não»
Prevenção e controlo da poluição do ar, da água ou do solo		X	de cuidados continuados integrados, paliativos e de saúde mental; iv) envolvimento dos profissionais e das estruturas intermédias na gestão dos hospitais; e v) centralização das respostas nas reais necessidades em saúde e bem-estar das pessoas.
Proteção e restauro da biodiversidade e dos ecossistemas		X	<p>A Reforma em apreço encontra-se articulada com (i) Reforma RE-1 – Reforma dos cuidados e saúde primários; (ii) Reforma RE-2 – Reforma para a saúde mental; (iii) Investimento RE-VS-C1-i2: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e Rede nacional de Cuidados Paliativos; E-VS-C1-i4: Equipamento dos Hospitais Seixal, Sintra, Lisboa; RE-VS-C1-i6 - Transição Digital da Saúde.</p> <p>As atividades previstas nos investimentos mencionados têm diferentes vertentes de influência nos objetivos climáticos e ambientais, no entanto a análise realizada ao nível do investimento demonstra que o princípio de «não prejudicar significativamente» é cumprido, pelo que nesta situação o mesmo se pode concluir ao nível de atuação mais abrangente da reforma, dado que esta não se materializa em riscos adicionais.</p>

Investimento RE-C01-i01: Cuidados de Saúde Primários com mais respostas

Parte 1 da lista de controlo do princípio de «não prejudicar significativamente»

Indicar os objetivos ambientais que exigem uma avaliação substantiva da medida com base no princípio de «não prejudicar significativamente»	Sim	Não	Justificar caso seja selecionada a opção «Não»
Mitigação das alterações climáticas	<i>Construção de novos edifícios</i>	X	
	<i>Requalificação de edifícios</i>	X	<p>A medida é elegível para o campo de intervenção 026, com um coeficiente climático de 40% e ambiental de 40%, e 026bis com um coeficiente climático de 100% e ambiental de 40% porque visa a eficiência energética de edifícios existentes, tendo como objetivo alcançar, em média, pelo menos 30% de redução do consumo de energia primária.</p> <p>A medida contribui substancialmente para o objetivo “mitigação das alterações climáticas” previsto no artigo 9.º do Regulamento “Taxonomia”, enquadrando-se nas alíneas b) e i) do n.º 1, do artigo 10.</p> <p>Desta forma, a medida contribui para que os edifícios intervencionados melhorem o seu comportamento térmico e a eficiência energética, contribuindo para a redução do consumo de energia e, consequentemente, para a redução das emissões de gases com efeito de estufa em linha com o previsto no PNEC 2030. Contribui ainda para o cumprimento da meta anual de aumento da eficiência energética nos termos previstos no Plano Nacional de Energia e Clima.</p> <p>A medida não contempla apoio a sistemas que recorram a energias de fonte fóssil.</p>
	<i>Veículos elétricos</i>		X

Indicar os objetivos ambientais que exigem uma avaliação substantiva da medida com base no princípio de «não prejudicar significativamente»	Sim	Não	Justificar caso seja selecionada a opção «Não»
Adaptação às alterações climáticas	X		
Utilização sustentável e proteção dos recursos hídricos e marinhos		X	<p>Considera-se que os investimentos em apreço não conduzem a impactes negativos, diretos ou indiretos, significativos ao longo do ciclo de vida da medida neste objetivo ambiental.</p> <p>A construção de novas infraestruturas de saúde respeitará os instrumentos de ordenamento em território em vigor, designadamente os Planos Diretores Municipais, não sendo expectável que conduzam ao aumento da pressão ou à degradação das massas de água.</p> <p>Quer se trate de novas infraestruturas de saúde ou reabilitação de infraestruturas já existentes, é de referir que investir em edifícios de elevado desempenho energético e de necessidades quase nulas de energia, contribui para promover melhorias noutras dimensões do desempenho dos edifícios como a eficiência de recursos, em particular os recursos hídricos, dado que também incide sobre a componente de melhoria de eficiência hídrica a que acresce o forte nexus com o respetivo consumo energético. A redução do consumo de água nos edifícios, contribui significativamente para a conservação dos recursos hídricos e para a redução de consumos energéticos associados ao ciclo urbano da água.</p> <p>Relativamente aquisição de veículos elétricos considera-se que o impacte nessa componente é insignificante.</p>
Economia circular, incluindo a prevenção e a reciclagem de resíduos	X		
Prevenção e controlo da poluição do ar, da água ou do solo	X		
Proteção e restauro da biodiversidade e dos ecossistemas		X	<p>Atendendo tanto aos efeitos diretos como aos efeitos indiretos primários ao longo do ciclo de vida, o impacte previsível da atividade apoiada pela medida sobre este objetivo ambiental é não significativo.</p> <p>No que respeita à reabilitação de infraestruturas de saúde a construir ou já existentes, não são expectáveis quaisquer impactes em zonas sensíveis em termos de biodiversidade ou nas suas proximidades (incluindo a rede Natura 2000 de áreas protegidas, os sítios classificados como património mundial da UNESCO e as áreas-chave de biodiversidade, bem como outras áreas protegidas).</p> <p>Com efeito, as intervenções previstas serão desenvolvidas em contexto urbano, e estão alinhadas com os princípios de ordenamento do território dos municípios, nomeadamente através dos Planos Diretores Municipais. A política de ordenamento do território vigentes englobam a Estratégia Nacional de Conservação da Natureza e Biodiversidade 2030, aprovada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 55/2018.</p> <p>A medida destinada à aquisição de veículos 100% elétricos dará um contributo positivo para a redução da emissão de gases poluentes e gases com efeito de estufa, com efeitos positivos ao nível da qualidade do ambiente, contribuindo para mitigar as alterações climáticas e, por inerência, para a proteção da biodiversidade e dos ecossistemas</p>

Parte 2 da lista de controlo do princípio de «não prejudicar significativamente»

Perguntas	Não	Justificação substantiva
Mitigação das alterações climáticas. Prevê-se que a medida dê origem a	X	O investimento é elegível para os seguintes domínios de intervenção do anexo do Regulamento MRR:

Perguntas	Não	Justificação substantiva
emissões significativas de gases com efeito de estufa?		<ul style="list-style-type: none"> • 025ter - Construção de novos edifícios energeticamente eficientes - com um coeficiente para o cálculo do apoio aos objetivos ligados às alterações climáticas de 40%, dado que visa a construção de novos centros de formação profissional, com uma procura de energia primária inferior em, pelo menos, 20% ao requisito NZEB (edifícios com necessidades quase nulas de energia). • 026 - Renovação de infraestruturas públicas visando a eficiência energética ou medidas de eficiência energética relativas a tais infraestruturas, projetos de demonstração e medidas de apoio – com um coeficiente para o cálculo do apoio aos objetivos ligados às alterações climáticas de 40%, dado que visa a reabilitação, incluindo a reabilitação energética, de centros de formação profissional. <p>A construção e renovação de infraestruturas de saúde cumprirá os requisitos aplicáveis a edifícios para a melhoria do seu desempenho energético estabelecidos no Decreto-Lei n.º 101-D/2020, de 7 de dezembro, transpõe para a legislação nacional a Diretiva (UE) 2018/844 (relativa a desempenho energético dos edifícios). Este quadro legal implica que a partir de 1 de julho de 2021, os edifícios novos sejam “edifícios com necessidades quase nulas de energia” e que os edifícios intervencionados melhorem o seu comportamento térmico e a eficiência energética.</p> <p>Adicionalmente, as intervenções elegíveis para o domínio 025ter vão para além deste requisito legal, no mínimo para um patamar 20% mais exigente que o NZEB. O Decreto-Lei n.º 101-D/2020, de 7 de dezembro estabelece que até 1 de julho de 2021 será publicado a metodologia de cálculo da avaliação de desempenho energético dos edifícios, ao abrigo da qual será realizada a emissão de certificados energéticos, e a qual será utilizada para garantir o cumprimento deste requisito.</p> <p>A construção de novos edifícios com esta garantia encontra-se enquadrada como uma intervenção que contribui substancialmente para o objetivo “mitigação das alterações climáticas” previsto no artigo 9.º do Regulamento “Taxonomia”, enquadrando-se na alínea b) do n.º1, do artigo 10.º, estando também alinhada com os critérios técnicos de avaliação do Ato Delegado relativo à mitigação das alterações climáticas, - atividade 7.1 Construction of new buildings.</p> <p>Desta forma, o investimento contribui para a redução do consumo de energia, o aumento da eficiência energética e o aumento da incorporação de energias de fonte renovável, apoiando o aumento do desempenho energético das infraestruturas de saúde e, consequentemente, para a redução das emissões de gases com efeito de estufa em linha com o previsto no PNEC 2030. Contribui ainda para o cumprimento da meta anual de aumento da eficiência energética nos termos previstos no Plano Nacional de Energia e Clima.</p>
Adaptação às alterações climáticas. Prevê-se que a medida dê origem a um aumento dos efeitos negativos do clima atual e do clima futuro previsto, sobre a própria medida, as pessoas, a natureza ou os ativos?	X	<p>O Programa de Ação para a Adaptação às Alterações Climáticas (RCM n.º 130/2019, de 2 de agosto) identifica os principais impactes e vulnerabilidades do território nacional em resultado dos efeitos das alterações climáticas, bem como as principais linhas de ação para a adaptação no território nacional. Neste quadro identifica como linha de ação “Redução da vulnerabilidade das áreas urbanas às ondas de calor e ao aumento da temperatura máxima”</p> <p>Portugal é um dos países europeus mais afetados pelas alterações climáticas, destacando-se entre os principais impactes e vulnerabilidades o aumento da temperatura máxima e o aumento da frequência e da intensidade de ondas de calor, bem como de eventos meteorológicos extremos. Desta forma, investir na construção de novas infraestruturas de saúde e apoiar a reabilitação energética de infraestruturas de saúde existentes, fomentando os edifícios de elevado desempenho energético e de necessidades quase nulas de energia, contribui para a melhoria do conforto térmico, tornando os edifícios mais preparados e adaptados para fazer face aos referidos impactes, reduzindo a vulnerabilidade da população. Acresce que a intervenção em infraestruturas de saúde se reveste de especial importância uma vez que promove a melhoria do conforto de pessoas especialmente vulneráveis.</p> <p>Os riscos físicos associados ao clima que poderão ser significativos para o investimento em apreço serão avaliados no âmbito de uma análise de exposição, que abrangerá o clima atual e futuro, conforme a localização dos edifícios a</p>

Perguntas	Não	Justificação substantiva
		<p>construir ou a reabilitar e respetivas zonas climáticas. Os sistemas técnicos nos edifícios construídos ou reabilitados serão otimizados conforme eventos extremos previstos para as respetivas zonas climáticas, de modo a salvaguardar o conforto térmico e a segurança das pessoas.</p> <p>Relativamente aquisição de veículos elétricos considera-se que o impacte nessa componente é insignificante.</p> <p>Considera-se assim não existirem impactes negativos, diretos ou indiretos, significativos ao longo do ciclo de vida da medida neste objetivo ambiental.</p>
<p><i>Transição para uma economia circular, incluindo a prevenção e a reciclagem de resíduos.</i> Prevê-se que a medida:</p> <p>i) conduza a um aumento significativo da produção, da incineração ou da eliminação de resíduos, com exceção da incineração de resíduos perigosos não recicláveis, ou</p> <p>ii) dê origem a ineficiências significativas na utilização direta ou indireta de qualquer recurso natural em qualquer fase do seu ciclo de vida que não são minimizadas por medidas adequadas, ou</p> <p>venha a causar danos significativos e de longo prazo no ambiente, no contexto da economia circular?</p>	<p>X</p>	<p>Relativamente às atividades de construção e renovação de edifícios:</p> <p>As obras serão promovidas ao abrigo do novo regime geral da gestão de resíduos e do novo regime jurídico da deposição de resíduos em aterro, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 102-D/2020, de 10 de dezembro, que transpôs para a legislação nacional as Diretivas (UE) 2018/849, 2018/850, 2018/851 e 2018/852.</p> <p>Nestes termos, a medida contempla a elaboração de um plano de prevenção e gestão de resíduos de construção e demolição, cujo cumprimento, é demonstrado através da vistoria, dado ser condição da receção da obra, apliquem uma metodologia de triagem dos RCD prévia ao encaminhamento para aterro, cumprem as normas com vista à aplicação da hierarquia de gestão de resíduos bem como de favorecer os métodos construtivos que facilitem a demolição seletiva orientada para a aplicação dos princípios da prevenção e redução e da hierarquia dos resíduos, e a conceção para a desconstrução, nomeadamente que permita desmontar o edifício em elementos, não só os mais facilmente removíveis, designadamente caixilharias, loiças sanitárias, canalizações, entre outros, mas também os componentes e/ou materiais, de forma a recuperar e permitir a reutilização e reciclagem da máxima quantidade de elementos e/ou materiais construtivos, entre outras obrigações cujo objetivo é garantir a valorização de todos os RCD que tenham potencial de valorização de acordo com o regime das operações de gestão de RCD, compreendendo a sua prevenção e reutilização e as suas operações de recolha, transporte, armazenagem, tratamento, valorização e eliminação em vigor.</p> <p>Será assegurado que pelo menos 70% (em peso) dos resíduos de construção e demolição não perigosos (excluindo os materiais naturais referidos na categoria 17 05 04 na Lista Europeia de Resíduos pela Decisão 2000/532 / CE) produzidos serão preparados para reutilização, reciclagem e recuperação de outros materiais, incluindo operações de enchimento usando resíduos para substituir outros materiais, de acordo com a hierarquia de resíduos.</p> <p>Será ainda garantida a utilização de pelo menos 5% (até 30 de junho de 2021) e 10 % (a partir de 1 de julho de 2021) de materiais reciclados ou que incorporem materiais reciclados relativamente à quantidade total de matérias -primas usadas em obra, no âmbito da contratação de empreitadas de construção e de manutenção de infraestruturas ao abrigo do Código dos Contratos Públicos, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro, na sua redação atual (CCP).</p> <p>As obras de construção serão promovidas de acordo com as orientações de boas práticas estabelecidas no Protocolo de Gestão de Resíduos de Construção e Demolição da UE (https://ec.europa.eu/growth/content/eu-construction-and-demolition-waste-protocol-0_pt) e com os critérios ecológicos, em particular para o conjunto de bens e serviços que dispõem já de manuais nacionais (https://encpe.apambiente.pt/content/manuais?language=pt-pt) ou Acordos-Quadro em vigor ou, no caso de bens e serviços que não dispõem de Manuais ou Acordos-Quadro nacionais, à adoção, a título facultativo, dos critérios estabelecidos a nível da UE (https://ec.europa.eu/environment/gpp/eu_gpp_criteria_en.htm).</p> <p>Relativamente à aquisição de veículos movidos a baterias elétricas, a gestão das baterias e dos resíduos de baterias será efetuada de acordo com as regras nacionais aplicáveis, designadamente a sua entrega a um operador de gestão de resíduos autorizados para proceder à sua gestão.</p> <p>Tratando-se de veículos novos de zero emissões, será dado cumprimento a todos os requisitos legais aplicáveis na União Europeia, designadamente os relativos à não utilização de chumbo, mercúrio e crómio hexavalente, excepto no que respeita às</p>

<i>Perguntas</i>	<i>Não</i>	<i>Justificação substantiva</i>
		<p>exceções previstas no anexo II da Diretiva 2000/53/EC do Parlamento Europeu e do Conselho, quando aplicável.</p> <p>Conclui-se que não são expectáveis impactes negativos, diretos ou indiretos, significativos ao longo do ciclo de vida da medida neste objetivo ambiental.</p>
<p><i>Prevenção e controlo da poluição.</i> Prevê-se que a medida dê origem a um aumento significativo das emissões de poluentes para o ar, a água ou o solo?</p>	X	<p>Prevê-se que a medida não dê origem a um aumento significativo das emissões de poluentes para o ar, a água ou o solo, pelas seguintes razões:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A renovação e construção de edifícios de acordo com os requisitos NZEB, implica que as necessidades de energia sejam cobertas, em grande medida, por energia proveniente de fontes renováveis; o que conduzirá a uma redução significativa das emissões para a atmosfera e à consequente melhoria da saúde pública. • Os operadores que efetuam renovações devem garantir que os componentes e materiais de construção utilizados na renovação dos edifícios não contêm amianto nem substâncias que suscitam elevada preocupação, identificadas com base na lista de substâncias sujeitas a autorização constante do anexo XIV do Regulamento (CE) n.º 1907/2006. • Os operadores que efetuam renovações devem garantir que os componentes e materiais de construção utilizados na renovação dos edifícios que possam entrar em contacto com ocupantes emitam menos de 0,06 mg de formaldeído por m³ de material ou componente e menos de 0,001 mg de compostos orgânicos voláteis cancerígenos das categorias 1A e 1B por m³ de material ou componente, após ensaio em conformidade com as normas CEN/TS 16516 e ISO 16000-3 ou com outras condições de ensaio e métodos de determinação normalizados comparáveis. • Durante a fase de construção ou reabilitação das infraestruturas de saúde serão consideradas medidas de mitigação das emissões de poeiras e ruído. O Regulamento Geral de Ruído, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 9/2007 estabelece regras para a realização de obras de construção civil, designadamente exigindo a obtenção de uma licença especial de ruído para a execução de atividades ruidosas e limitando o período em que estas podem ser concretizadas. • A medida dirigida à introdução de veículos 100% limpos e que não emitem gases poluentes têm um efeito positivo ao nível das emissões para a atmosfera e para a redução da poluição sonora porque apresentam níveis de ruído muito abaixo de qualquer outra solução substituta. Considerando que em meio urbano o tráfego automóvel é uma das principais fontes de poluição atmosférica, designadamente no que respeita a partículas e óxidos de azoto, a opção pela mobilidade elétrica terá um impacto positivo.

Investimento RE-C01-i02: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e Rede Nacional de Cuidados Paliativos

Parte 1 da lista de controlo do princípio de «não prejudicar significativamente»

Indicar os objetivos ambientais que exigem uma avaliação substantiva da medida com base no princípio de «não prejudicar significativamente»		Sim	Não	Justificar caso seja selecionada a opção «Não»
Mitigação das alterações climáticas	<i>Construção de novos edifícios</i>	X		
	<i>Veículos elétricos</i>		X	A medida contempla a aquisição de veículos 100% elétricos, inserindo-se no código de intervenção 074, com um coeficiente para o cálculo de apoio ao objetivo climático de 100%, dando um contributo positivo para a redução da emissão de gases com efeito de estufa de um dos setores com maior peso nestas emissões, contribuindo para mitigar as alterações climáticas.

Indicar os objetivos ambientais que exigem uma avaliação substantiva da medida com base no princípio de «não prejudicar significativamente»	Sim	Não	Justificar caso seja selecionada a opção «Não»
			Deste modo considera-se que, relativamente ao objetivo em causa, o princípio de «não prejudicar significativamente» foi cumprido.
Adaptação às alterações climáticas	X		
Utilização sustentável e proteção dos recursos hídricos e marinhos		X	<p>Considera-se que os investimentos em apreço não conduzem a impactes negativos, diretos ou indiretos, significativos ao longo do ciclo de vida da medida neste objetivo ambiental.</p> <p>A construção de novas infraestruturas de saúde respeitará os instrumentos de ordenamento em território em vigor, designadamente os Planos Diretores Municipais, não sendo expectável que conduzam ao aumento da pressão ou à degradação das massas de água.</p> <p>Quer se trate de novas infraestruturas de saúde ou reabilitação de infraestruturas já existentes, é de referir que investir em edifícios de elevado desempenho energético e de necessidades quase nulas de energia, contribui para promover melhorias noutras dimensões do desempenho dos edifícios como a eficiência de recursos, em particular os recursos hídricos, dado que também incide sobre a componente de melhoria de eficiência hídrica a que acresce o forte nexus com o respetivo consumo energético. A redução do consumo de água nos edifícios, contribui significativamente para a conservação dos recursos hídricos e para a redução de consumos energéticos associados ao ciclo urbano da água.</p> <p>Relativamente aquisição de veículos elétricos considera-se que o impacte nessa componente é insignificante.</p>
Economia circular, incluindo a prevenção e a reciclagem de resíduos	X		
Prevenção e controlo da poluição do ar, da água ou do solo	X		
Proteção e restauro da biodiversidade e dos ecossistemas		X	<p>Atendendo tanto aos efeitos diretos como aos efeitos indiretos primários ao longo do ciclo de vida, o impacte previsível da atividade apoiada pela medida sobre este objetivo ambiental é insignificante.</p> <p>No que respeita à reabilitação de infraestruturas de saúde a construir ou já existentes, não são expectáveis quaisquer impactes em zonas sensíveis em termos de biodiversidade ou nas suas proximidades (incluindo a rede Natura 2000 de áreas protegidas, os sítios classificados como património mundial da UNESCO e as áreas-chave de biodiversidade, bem como outras áreas protegidas).</p> <p>Com efeito, as intervenções previstas serão desenvolvidas em contexto urbano, e estão alinhadas com os princípios de ordenamento do território dos municípios, nomeadamente através dos Planos Diretores Municipais. A políticas de ordenamento do território vigentes englobam a Estratégia Nacional de Conservação da Natureza e Biodiversidade 2030, aprovada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 55/2018.</p> <p>A medida destinada à aquisição de veículos 100% elétricos dará um contributo positivo para a redução da emissão de gases poluentes e gases com efeito de estufa, com efeitos positivos ao nível da qualidade do ambiente, contribuindo para mitigar as alterações climáticas e, por inerência, para a proteção da biodiversidade e dos ecossistemas</p>

Parte 2 da lista de controlo do princípio de «não prejudicar significativamente»

Perguntas	Não	Justificação substantiva
<p><i>Mitigação das alterações climáticas.</i> Prevê-se que a medida dê origem a emissões significativas de gases com efeito de estufa?</p>	X	<p>A medida é elegível para o domínio de intervenção 025ter no anexo do Regulamento MRR, com um coeficiente para o cálculo do apoio aos objetivos ligados às alterações climáticas de 40%, dado que parte do investimento visa a construção de novas infraestruturas de saúde, assegurando necessidades energéticas pelo menos 20% inferiores às requeridas para um edifício NZEB.</p> <p>A construção de novas infraestruturas de saúde cumprirá os requisitos aplicáveis a edifícios para a melhoria do seu desempenho energético estabelecidos no Decreto-Lei n.º 101-D/2020, de 7 de dezembro, transpõe para a legislação nacional a Diretiva (UE) 2018/844 (relativa a desempenho energético dos edifícios). Este quadro legal implica que a partir de 1 de julho de 2021, os edifícios novos sejam “edifícios com necessidades quase nulas de energia” e que os edifícios intervencionados melhorem o seu comportamento térmico e a eficiência energética.</p> <p>Adicionalmente, as intervenções elegíveis para o domínio 025ter vão para além deste requisito legal, no mínimo para um patamar 20% mais exigente que o NZEB. O Decreto-Lei n.º 101-D/2020, de 7 de dezembro estabelece que até 1 de julho de 2021 será publicado a metodologia de cálculo da avaliação de desempenho energético dos edifícios, ao abrigo da qual será realizada a emissão de certificados energéticos, e a qual será utilizada para garantir o cumprimento deste requisito.</p> <p>A construção de novos edifícios com esta garantia encontra-se enquadrada como uma intervenção que contribui substancialmente para o objetivo “mitigação das alterações climáticas” previsto no artigo 9.º do Regulamento “Taxonomia”, enquadrando-se na alínea b) do n.º1, do artigo 10.º, estando também alinhada com os critérios técnicos de avaliação do Ato Delegado relativo à mitigação das alterações climáticas, - atividade 7.1 Construction of new buildings.</p> <p>Desta forma, o investimento contribui para a redução do consumo de energia, o aumento da eficiência energética e o aumento da incorporação de energias de fonte renovável, apoiando o aumento do desempenho energético das infraestruturas de saúde e, conseqüentemente, para a redução das emissões de gases com efeito de estufa em linha com o previsto no PNEC 2030. Contribui ainda para o cumprimento da meta anual de aumento da eficiência energética nos termos previstos no Plano Nacional de Energia e Clima.</p>
<p><i>Adaptação às alterações climáticas.</i> Prevê-se que a medida dê origem a um aumento dos efeitos negativos do clima atual e do clima futuro previsto, sobre a própria medida, as pessoas, a natureza ou os ativos?</p>	X	<p>O Programa de Ação para a Adaptação às Alterações Climáticas (RCM n.º 130/2019, de 2 de agosto) identifica os principais impactes e vulnerabilidades do território nacional em resultado dos efeitos das alterações climáticas, bem como as principais linhas de ação para a adaptação no território nacional. Neste quadro identifica como linha de ação “Redução da vulnerabilidade das áreas urbanas às ondas de calor e ao aumento da temperatura máxima”</p> <p>Portugal é um dos países europeus mais afetados pelas alterações climáticas, destacando-se entre os principais impactes e vulnerabilidades o aumento da temperatura máxima e o aumento da frequência e da intensidade de ondas de calor, bem como de eventos meteorológicos extremos. Desta forma, investir na construção de novas infraestruturas de saúde e apoiar a reabilitação energética de infraestruturas de saúde existentes, fomentando os edifícios de elevado desempenho energético e de necessidades quase nulas de energia, contribui para a melhoria do conforto térmico, tornando os edifícios mais preparados e adaptados para fazer face aos referidos impactes, reduzindo a vulnerabilidade da população. Acresce que a intervenção em infraestruturas de saúde se reveste de especial importância uma vez que promove a melhoria do conforto de pessoas especialmente vulneráveis.</p> <p>Os riscos físicos associados ao clima que poderão ser significativos para o investimento em apreço serão avaliados no âmbito de uma análise de exposição, que abrangerá o clima atual e futuro, conforme a localização dos edifícios a construir ou a reabilitar e respetivas zonas climáticas. Os sistemas técnicos nos edifícios construídos ou reabilitados serão otimizados conforme eventos extremos previstos para as respetivas zonas climáticas, de modo a salvaguardar o conforto térmico e a segurança das pessoas.</p> <p>Relativamente aquisição de veículos elétricos considera-se que o impacte nessa componente é insignificante.</p>

Perguntas	Não	Justificação substantiva
		<p>Considera-se assim não existirem impactes negativos, diretos ou indiretos, significativos ao longo do ciclo de vida da medida neste objetivo ambiental.</p>
<p><i>Transição para uma economia circular, incluindo a prevenção e a reciclagem de resíduos.</i> Prevê-se que a medida:</p> <p>iii) conduza a um aumento significativo da produção, da incineração ou da eliminação de resíduos, com exceção da incineração de resíduos perigosos não recicláveis, ou</p> <p>iv) dê origem a ineficiências significativas na utilização direta ou indireta de qualquer recurso natural em qualquer fase do seu ciclo de vida que não são minimizadas por medidas adequadas, ou venha a causar danos significativos e de longo prazo no ambiente, no contexto da economia circular?</p>	<p>X</p>	<p>As obras serão promovidas ao abrigo do novo regime geral da gestão de resíduos e do novo regime jurídico da deposição de resíduos em aterro, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 102-D/2020, de 10 de dezembro, que transpõe para a legislação nacional as Diretivas (UE) 2018/849, 2018/850, 2018/851 e 2018/852.</p> <p>Nestes termos, a medida contempla a elaboração de um plano de prevenção e gestão de resíduos de construção e demolição, cujo cumprimento, é demonstrado através da vistoria, dado ser condição da receção da obra, apliquem uma metodologia de triagem dos RCD prévia ao encaminhamento para aterro, cumpram as normas com vista à aplicação da hierarquia de gestão de resíduos bem como de favorecer os métodos construtivos que facilitem a demolição seletiva orientada para a aplicação dos princípios da prevenção e redução e da hierarquia dos resíduos, e a conceção para a desconstrução, nomeadamente que permita desmontar o edifício em elementos, não só os mais facilmente removíveis, designadamente caixilharias, loiças sanitárias, canalizações, entre outros, mas também os componentes e/ou materiais, de forma a recuperar e permitir a reutilização e reciclagem da máxima quantidade de elementos e/ou materiais construtivos, entre outras obrigações cujo objetivo é garantir a valorização de todos os RCD que tenham potencial de valorização de acordo com o regime das operações de gestão de RCD, compreendendo a sua prevenção e reutilização e as suas operações de recolha, transporte, armazenagem, tratamento, valorização e eliminação em vigor.</p> <p>Será assegurado que pelo menos 70% (em peso) dos resíduos de construção e demolição não perigosos (excluindo os materiais naturais referidos na categoria 17 05 04 na Lista Europeia de Resíduos pela Decisão 2000/532 / CE) produzidos serão preparados para reutilização, reciclagem e recuperação de outros materiais, incluindo operações de enchimento usando resíduos para substituir outros materiais, de acordo com a hierarquia de resíduos.</p> <p>Será ainda garantida a utilização de pelo menos 5% (até 30 de junho de 2021) e 10 % (a partir de 1 de julho de 2021) de materiais reciclados ou que incorporem materiais reciclados relativamente à quantidade total de matérias-primas usadas em obra, no âmbito da contratação de empreitadas de construção e de manutenção de infraestruturas ao abrigo do Código dos Contratos Públicos, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro, na sua redação atual (CCP).</p> <p>As obras de construção serão promovidas de acordo com as orientações de boas práticas estabelecidas no Protocolo de Gestão de Resíduos de Construção e Demolição da UE (https://ec.europa.eu/growth/content/eu-construction-and-demolition-waste-protocol-0_pt) e com os critérios ecológicos, em particular para o conjunto de bens e serviços que dispõem já de manuais nacionais (https://encpe.apambiente.pt/content/manuais?language=pt-pt) ou Acordos-Quadro em vigor ou, no caso de bens e serviços que não dispõem de Manuais ou Acordos-Quadro nacionais, à adoção, a título facultativo, dos critérios estabelecidos a nível da UE (https://ec.europa.eu/environment/gpp/eu_gpp_criteria_en.htm).</p> <p>Relativamente à aquisição de veículos movidos a baterias elétricas, a gestão das baterias e dos resíduos de baterias será efetuada de acordo com as regras nacionais aplicáveis, designadamente a sua entrega a um operador de gestão de resíduos autorizados para proceder à sua gestão.</p> <p>Tratando-se de veículos novos de zero emissões, será dado cumprimento a todos os requisitos legais aplicáveis na União Europeia, designadamente os relativos à não utilização de chumbo, mercúrio e cromo hexavalente, excepto no que respeita às exceções previstas no anexo II da Diretiva 2000/53/EC do Parlamento Europeu e do Conselho, quando aplicável.</p> <p>Conclui-se que não são expectáveis impactes negativos, diretos ou indiretos, significativos ao longo do ciclo de vida da medida neste objetivo ambiental.</p>
<p><i>Prevenção e controlo da poluição.</i> Prevê-se que a medida dê origem a um aumento significativo das emissões de poluentes para o ar, a água ou o solo?</p>	<p>X</p>	<p>Prevê-se que a medida não dê origem a um aumento significativo das emissões de poluentes para o ar, a água ou o solo, pelas seguintes razões:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A renovação e construção de edifícios de acordo com os requisitos NZEB, implica que as necessidades de energia sejam cobertas, em grande

Perguntas	Não	Justificação substantiva
		<p>medida, por energia proveniente de fontes renováveis; o que conduzirá a uma redução significativa das emissões para a atmosfera e à consequente melhoria da saúde pública.</p> <ul style="list-style-type: none"> Os operadores que efetuam renovações devem garantir que os componentes e materiais de construção utilizados na renovação dos edifícios não contêm amianto nem substâncias que suscitam elevada preocupação, identificadas com base na lista de substâncias sujeitas a autorização constante do anexo XIV do Regulamento (CE) n.º 1907/2006. Os operadores que efetuam renovações devem garantir que os componentes e materiais de construção utilizados na renovação dos edifícios que possam entrar em contacto com ocupantes emitam menos de 0,06 mg de formaldeído por m³ de material ou componente e menos de 0,001 mg de compostos orgânicos voláteis cancerígenos das categorias 1A e 1B por m³ de material ou componente, após ensaio em conformidade com as normas CEN/TS 16516 e ISO 16000-3 ou com outras condições de ensaio e métodos de determinação normalizados comparáveis. Durante a fase de construção ou reabilitação das infraestruturas de saúde serão consideradas medidas de mitigação das emissões de poeiras e ruído. O Regulamento Geral de Ruído, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 9/2007 estabelece regras para a realização de obras de construção civil, designadamente exigindo a obtenção de uma licença especial de ruído para a execução de atividades ruidosas e limitando o período em que estas podem ser concretizadas. A medida dirigida à introdução de veículos 100% limpos e que não emitem gases poluentes têm um efeito positivo ao nível das emissões para a atmosfera e para a redução da poluição sonora porque apresentam níveis de ruído muito abaixo de qualquer outra solução substituta. Considerando que em meio urbano o tráfego automóvel é uma das principais fontes de poluição atmosférica, designadamente no que respeita a partículas e óxidos de azoto, a opção pela mobilidade elétrica terá um impacto positivo.

Investimento RE-C01-i03: Conclusão da Reforma de Saúde Mental e da Implementação da Estratégia para as Demências

Parte 1 da lista de controlo do princípio de «não prejudicar significativamente»

Indicar os objetivos ambientais que exigem uma avaliação substantiva da medida com base no princípio de «não prejudicar significativamente»		Sim	Não	Justificar caso seja selecionada a opção «Não»
Mitigação das alterações climáticas	<i>Construção de novos edifícios</i>	X		
	Reabilitação de edifícios		X	<p>A medida é elegível para o campo de intervenção 026bis com um coeficiente climático de 100% e ambiental de 40% porque visa a eficiência energética de edifícios existentes, tendo como objetivo alcançar, em média, pelo menos 30% de redução do consumo de energia primária.</p> <p>A medida contribui substancialmente para o objetivo “mitigação das alterações climáticas” previsto no artigo 9.º do Regulamento “Taxonomia”, enquadrando-se nas alíneas b) e i) do n.º 1, do artigo 10.</p> <p>Desta forma, a medida contribui para que os edifícios intervencionados melhorem o seu comportamento térmico e a eficiência energética, contribuindo para a redução do consumo de energia e, conseqüentemente, para a redução das emissões de gases com efeito de estufa em linha com o previsto no PNEC 2030. Contribui ainda para o cumprimento da meta</p>

Indicar os objetivos ambientais que exigem uma avaliação substantiva da medida com base no princípio de «não prejudicar significativamente»	Sim	Não	Justificar caso seja selecionada a opção «Não»
			<p>anual de aumento da eficiência energética nos termos previstos no Plano Nacional de Energia e Clima.</p> <p>A medida não contempla apoio a sistemas que recorram a energias de fonte fóssil.</p>
<i>Veículos elétricos</i>		X	<p>A medida contempla a aquisição de veículos 100% elétricos, inserindo-se no código de intervenção 074, com um coeficiente para o cálculo de apoio ao objetivo climático de 100%, dando um contributo positivo para a redução da emissão de gases com efeito de estufa de um dos setores com maior peso nestas emissões, contribuindo para mitigar as alterações climáticas.</p> <p>Deste modo considera-se que, relativamente ao objetivo em causa, o princípio de «não prejudicar significativamente» foi cumprido.</p>
Adaptação às alterações climáticas	X		
Utilização sustentável e proteção dos recursos hídricos e marinhos		X	<p>Considera-se que os investimentos em apreço não conduzem a impactos negativos, diretos ou indiretos, significativos ao longo do ciclo de vida da medida neste objetivo ambiental.</p> <p>A construção de novas infraestruturas de saúde respeitará os instrumentos de ordenamento em território em vigor, designadamente os Planos Diretores Municipais, não sendo expectável que conduzam ao aumento da pressão ou à degradação das massas de água.</p> <p>Quer se trate de novas infraestruturas de saúde ou reabilitação de infraestruturas já existentes, é de referir que investir em edifícios de elevado desempenho energético e de necessidades quase nulas de energia, contribui para promover melhorias noutras dimensões do desempenho dos edifícios como a eficiência de recursos, em particular os recursos hídricos, dado que também incide sobre a componente de melhoria de eficiência hídrica a que acresce o forte nexus com o respetivo consumo energético. A redução do consumo de água nos edifícios, contribui significativamente para a conservação dos recursos hídricos e para a redução de consumos energéticos associados ao ciclo urbano da água.</p> <p>Relativamente aquisição de veículos elétricos considera-se que o impacto nessa componente é insignificante.</p>
Economia circular, incluindo a prevenção e a reciclagem de resíduos	X		
Prevenção e controlo da poluição do ar, da água ou do solo	X		
Proteção e restauro da biodiversidade e dos ecossistemas		X	<p>Atendendo tanto aos efeitos diretos como aos efeitos indiretos primários ao longo do ciclo de vida, o impacto previsível da atividade apoiada pela medida sobre este objetivo ambiental é insignificante.</p> <p>No que respeita à reabilitação de infraestruturas de saúde a construir ou já existentes, não são expectáveis quaisquer impactos em zonas sensíveis em termos de biodiversidade ou nas suas proximidades (incluindo a rede Natura 2000 de áreas protegidas, os sítios classificados como património mundial da UNESCO e as áreas-chave de biodiversidade, bem como outras áreas protegidas).</p> <p>Com efeito, as intervenções previstas serão desenvolvidas em contexto urbano, e estão alinhadas com os princípios de ordenamento do território dos municípios, nomeadamente através dos Planos Diretores Municipais. A políticas de ordenamento do território vigentes englobam a Estratégia Nacional de Conservação da Natureza e Biodiversidade 2030, aprovada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 55/2018.</p> <p>A medida destinada à aquisição de veículos 100% elétricos dará um contributo positivo para a redução da emissão de gases poluentes e gases</p>

Indicar os objetivos ambientais que exigem uma avaliação substantiva da medida com base no princípio de «não prejudicar significativamente»	Sim	Não	Justificar caso seja selecionada a opção «Não»
			com efeito de estufa, com efeitos positivos ao nível da qualidade do ambiente, contribuindo para mitigar as alterações climáticas e, por inerência, para a proteção da biodiversidade e dos ecossistemas

Parte 2 da lista de controlo do princípio de «não prejudicar significativamente»

<i>Perguntas</i>	<i>Não</i>	<i>Justificação substantiva</i>
<i>Mitigação das alterações climáticas.</i> Prevê-se que a medida dê origem a emissões significativas de gases com efeito de estufa?	X	<p>A medida é elegível para o campo de intervenção 092 porque visa a construção novas infraestruturas de saúde.</p> <p>A construção e renovação de infraestruturas de saúde cumprirá os requisitos previstos no Decreto-Lei n.º 101-D/2020, de 7 de dezembro, que estabelece os requisitos aplicáveis à conceção e renovação de edifícios, com o objetivo de assegurar e promover a melhoria do respetivo desempenho energético através do estabelecimento de requisitos aplicáveis à sua modernização e renovação, mediante a transposição da Diretiva (UE) 2018/844 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 30 de maio de 2018, (Diretiva EPBD). O enquadramento legal referido implica que os edifícios novos sejam “edifícios com necessidades quase nulas de energia” e que os edifícios intervencionados melhorem o seu comportamento térmico e a eficiência energética.</p> <p>Desta forma, o investimento contribui para a redução do consumo de energia, o aumento da eficiência energética e o aumento da incorporação de energias de fonte renovável, apoiando o aumento do desempenho energético das infraestruturas de saúde e, conseqüentemente, para a redução das emissões de gases com efeito de estufa em linha com o previsto no PNEC 2030. Contribui ainda para o cumprimento da meta anual de aumento da eficiência energética nos termos previstos no Plano Nacional de Energia e Clima.</p>
<i>Adaptação às alterações climáticas.</i> Prevê-se que a medida dê origem a um aumento dos efeitos negativos do clima atual e do clima futuro previsto, sobre a própria medida, as pessoas, a natureza ou os ativos?	X	<p>O Programa de Ação para a Adaptação às Alterações Climáticas (RCM n.º 130/2019, de 2 de agosto) identifica os principais impactes e vulnerabilidades do território nacional em resultado dos efeitos das alterações climáticas, bem como as principais linhas de ação para a adaptação no território nacional. Neste quadro identifica como linha de ação “Redução da vulnerabilidade das áreas urbanas às ondas de calor e ao aumento da temperatura máxima”</p> <p>Portugal é um dos países europeus mais afetados pelas alterações climáticas, destacando-se entre os principais impactes e vulnerabilidades o aumento da temperatura máxima e o aumento da frequência e da intensidade de ondas de calor, bem como de eventos meteorológicos extremos. Desta forma, investir na construção de novas infraestruturas de saúde e apoiar a reabilitação energética de infraestruturas de saúde existentes, fomentando os edifícios de elevado desempenho energético e de necessidades quase nulas de energia, contribui para a melhoria do conforto térmico, tornando os edifícios mais preparados e adaptados para fazer face aos referidos impactes, reduzindo a vulnerabilidade da população. Acresce que a intervenção em infraestruturas de saúde se reveste de especial importância uma vez que promove a melhoria do conforto de pessoas especialmente vulneráveis.</p> <p>Os riscos físicos associados ao clima que poderão ser significativos para o investimento em apreço serão avaliados no âmbito de uma análise de exposição, que abrangerá o clima atual e futuro, conforme a localização dos edifícios a construir ou a reabilitar e respetivas zonas climáticas. Os sistemas técnicos nos edifícios construídos ou reabilitados serão otimizados conforme eventos extremos previstos para as respetivas zonas climáticas, de modo a salvaguardar o conforto térmico e a segurança das pessoas.</p> <p>Relativamente aquisição de veículos elétricos considera-se que o impacte nessa componente é insignificante.</p>

Perguntas	Não	Justificação substantiva
		Considera-se assim não existirem impactes negativos, diretos ou indiretos, significativos ao longo do ciclo de vida da medida neste objetivo ambiental.
<p><i>Transição para uma economia circular, incluindo a prevenção e a reciclagem de resíduos.</i> Prevê-se que a medida:</p> <p>v) conduza a um aumento significativo da produção, da incineração ou da eliminação de resíduos, com exceção da incineração de resíduos perigosos não recicláveis, ou</p> <p>vi) dê origem a ineficiências significativas na utilização direta ou indireta de qualquer recurso natural em qualquer fase do seu ciclo de vida que não são minimizadas por medidas adequadas, ou venha a causar danos significativos e de longo prazo no ambiente, no contexto da economia circular?</p>	X	<p>As obras serão promovidas ao abrigo do novo regime geral da gestão de resíduos e do novo regime jurídico da deposição de resíduos em aterro, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 102-D/2020, de 10 de dezembro, que transpõe para a legislação nacional as Diretivas (UE) 2018/849, 2018/850, 2018/851 e 2018/852.</p> <p>Nestes termos, a medida contempla a elaboração de um plano de prevenção e gestão de resíduos de construção e demolição, cujo cumprimento, é demonstrado através da vistoria, dado ser condição da receção da obra, apliquem uma metodologia de triagem dos RCD prévia ao encaminhamento para aterro, cumpram as normas com vista à aplicação da hierarquia de gestão de resíduos bem como de favorecer os métodos construtivos que facilitem a demolição seletiva orientada para a aplicação dos princípios da prevenção e redução e da hierarquia dos resíduos, e a conceção para a desconstrução, nomeadamente que permita desmontar o edifício em elementos, não só os mais facilmente removíveis, designadamente caixilharias, loiças sanitárias, canalizações, entre outros, mas também os componentes e/ou materiais, de forma a recuperar e permitir a reutilização e reciclagem da máxima quantidade de elementos e/ou materiais construtivos, entre outras obrigações cujo objetivo é garantir a valorização de todos os RCD que tenham potencial de valorização de acordo com o regime das operações de gestão de RCD, compreendendo a sua prevenção e reutilização e as suas operações de recolha, transporte, armazenagem, tratamento, valorização e eliminação em vigor.</p> <p>Será assegurado que pelo menos 70% (em peso) dos resíduos de construção e demolição não perigosos (excluindo os materiais naturais referidos na categoria 17 05 04 na Lista Europeia de Resíduos pela Decisão 2000/532 / CE) produzidos serão preparados para reutilização, reciclagem e recuperação de outros materiais, incluindo operações de enchimento usando resíduos para substituir outros materiais, de acordo com a hierarquia de resíduos.</p> <p>Será ainda garantida a utilização de pelo menos 5% (até 30 de junho de 2021) e 10 % (a partir de 1 de julho de 2021) de materiais reciclados ou que incorporem materiais reciclados relativamente à quantidade total de matérias-primas usadas em obra, no âmbito da contratação de empreitadas de construção e de manutenção de infraestruturas ao abrigo do Código dos Contratos Públicos, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro, na sua redação atual (CCP).</p> <p>As obras de construção serão promovidas de acordo com as orientações de boas práticas estabelecidas no Protocolo de Gestão de Resíduos de Construção e Demolição da UE (https://ec.europa.eu/growth/content/eu-construction-and-demolition-waste-protocol-0_pt) e com os critérios ecológicos, em particular para o conjunto de bens e serviços que dispõem já de manuais nacionais (https://encpe.apambiente.pt/content/manuais?language=pt-pt) ou Acordos-Quadro em vigor ou, no caso de bens e serviços que não dispõem de Manuais ou Acordos-Quadro nacionais, à adoção, a título facultativo, dos critérios estabelecidos a nível da UE (https://ec.europa.eu/environment/gpp/eu_gpp_criteria_en.htm).</p> <p>Relativamente à aquisição de veículos movidos a baterias elétricas, a gestão das baterias e dos resíduos de baterias será efetuada de acordo com as regras nacionais aplicáveis, designadamente a sua entrega a um operador de gestão de resíduos autorizados para proceder à sua gestão.</p> <p>Tratando-se de veículos novos de zero emissões, será dado cumprimento a todos os requisitos legais aplicáveis na União Europeia, designadamente os relativos à não utilização de chumbo, mercúrio e cromo hexavalente, excepto no que respeita às exceções previstas no anexo II da Diretiva 2000/53/EC do Parlamento Europeu e do Conselho, quando aplicável.</p> <p>Conclui-se que não são expectáveis impactes negativos, diretos ou indiretos, significativos ao longo do ciclo de vida da medida neste objetivo ambiental.</p>
<p><i>Prevenção e controlo da poluição.</i> Prevê-se que a medida dê origem a um aumento significativo das emissões de poluentes para o ar, a água ou o solo?</p>	X	<p>Prevê-se que a medida não dê origem a um aumento significativo das emissões de poluentes para o ar, a água ou o solo, pelas seguintes razões:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A renovação e construção de edifícios de acordo com os requisitos NZEB, implica que as necessidades de energia sejam cobertas, em grande

Perguntas	Não	Justificação substantiva
		<p>medida, por energia proveniente de fontes renováveis; o que conduzirá a uma redução significativa das emissões para a atmosfera e à consequente melhoria da saúde pública.</p> <ul style="list-style-type: none"> Os operadores que efetuam renovações devem garantir que os componentes e materiais de construção utilizados na renovação dos edifícios não contêm amianto nem substâncias que suscitam elevada preocupação, identificadas com base na lista de substâncias sujeitas a autorização constante do anexo XIV do Regulamento (CE) n.º 1907/2006. Os operadores que efetuam renovações devem garantir que os componentes e materiais de construção utilizados na renovação dos edifícios que possam entrar em contacto com ocupantes emitam menos de 0,06 mg de formaldeído por m3 de material ou componente e menos de 0,001 mg de compostos orgânicos voláteis cancerígenos das categorias 1A e 1B por m3 de material ou componente, após ensaio em conformidade com as normas CEN/TS 16516 e ISO 16000-3 ou com outras condições de ensaio e métodos de determinação normalizados comparáveis. Durante a fase de construção ou reabilitação das infraestruturas de saúde serão consideradas medidas de mitigação das emissões de poeiras e ruído. O Regulamento Geral de Ruído, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 9/2007 estabelece regras para a realização de obras de construção civil, designadamente exigindo a obtenção de uma licença especial de ruído para a execução de atividades ruidosas e limitando o período em que estas podem ser concretizadas. A medida dirigida à introdução de veículos 100% limpos e que não emitem gases poluentes têm um efeito positivo ao nível das emissões para a atmosfera e para a redução da poluição sonora porque apresentam níveis de ruído muito abaixo de qualquer outra solução substituta. Considerando que em meio urbano o tráfego automóvel é uma das principais fontes de poluição atmosférica, designadamente no que respeita a partículas e óxidos de azoto, a opção pela mobilidade elétrica terá um impacto positivo.

Investimento RE-C01-i04: Equipamento dos Hospitais Seixal, Sintra, Lisboa

Parte 1 da lista de controlo do princípio de «não prejudicar significativamente»

Indicar os objetivos ambientais que exigem uma avaliação substantiva da medida com base no princípio de «não prejudicar significativamente»	Sim	Não	Justificar caso seja selecionada a opção «Não»
Mitigação das alterações climáticas		X	<p>É expectável que as aquisições de equipamentos previstos para os Hospitais em apreço, sejam promovidas ao abrigo dos critérios em matéria de contratos públicos ecológicos da EU (https://ec.europa.eu/environment/gpp/eu_gpp_criteria_en.htm)</p> <p>Adicionalmente, os equipamentos mencionados devem cumprir com os requisitos definidos no Decreto-Lei n.º 12/2011 quando à sua concepção ecológica, sempre que aplicável, e seja assegurado que não contêm as substâncias perigosas listadas no Anexo II da Diretiva n.º 2011/65/EU do Parlamento Europeu, transposta pelo Decreto-Lei n.º 79/2013, excepto quando as concentrações por peso não ultrapassam os valores estabelecidos no mesmo.</p> <p>Os equipamentos deverão estar abrangidos por um plano de gestão de resíduos que deve incluir ainda especificações técnicas relativas à durabilidade, reparabilidade e reciclabilidade dos equipamentos elétricos e eletrónicos a adquirir e instalar, de acordo com as especificações do Decreto-Lei n.º 178/2006, Decreto-Lei n.º 67/2014 e Decreto-Lei n.º 152-D/2017, pelo que não se prevê que a medida conduza a um aumento</p>
Adaptação às alterações climáticas		X	
Utilização sustentável e proteção dos recursos hídricos e marinhos		X	
Economia circular, incluindo a prevenção e a reciclagem de resíduos		X	
Prevenção e controlo da poluição do ar, da água ou do solo		X	
Proteção e restauro da biodiversidade e dos ecossistemas		X	

Indicar os objetivos ambientais que exigem uma avaliação substantiva da medida com base no princípio de «não prejudicar significativamente»	Sim	Não	Justificar caso seja selecionada a opção «Não»
			<p>significativo da produção, da incineração ou da eliminação de resíduos, dê origem a ineficiências significativas na utilização direta ou indireta de qualquer recurso natural ou venha a causar danos significativos e de longo prazo no ambiente.</p> <p>Conclui-se que não são expectáveis impactes negativos, diretos ou indiretos, significativos ao longo do ciclo de vida da medida nestes objetivos ambientais</p>

Investimento RE-C01-i05-RAM: Fortalecimento do Serviço Regional de Saúde da RAM

Parte 1 da lista de controlo do princípio de «não prejudicar significativamente»

Indicar os objetivos ambientais que exigem uma avaliação substantiva da medida com base no princípio de «não prejudicar significativamente»	Sim	Não	Justificar caso seja selecionada a opção «Não»
Mitigação das alterações climáticas	X		
Adaptação às alterações climáticas	X		
Utilização sustentável e proteção dos recursos hídricos e marinhos		X	<p>Considera-se que os investimentos em apreço não conduzem a impactes negativos, diretos ou indiretos, significativos ao longo do ciclo de vida da medida neste objetivo ambiental.</p> <p>A construção de novas infraestruturas de saúde respeitará os instrumentos de ordenamento em território em vigor, designadamente os Planos Diretores Municipais, não sendo expectável que conduzam ao aumento da pressão ou à degradação das massas de água.</p> <p>Quer se trate de novas infraestruturas de saúde ou reabilitação de infraestruturas já existentes, é de referir que investir em edifícios de elevado desempenho energético e de necessidades quase nulas de energia, contribui para promover melhorias noutras dimensões do desempenho dos edifícios como a eficiência de recursos, em particular os recursos hídricos, dado que também incide sobre a componente de melhoria de eficiência hídrica a que acresce o forte nexus com o respetivo consumo energético. A redução do consumo de água nos edifícios, contribui significativamente para a conservação dos recursos hídricos e para a redução de consumos energéticos associados ao ciclo urbano da água.</p>
Economia circular, incluindo a prevenção e a reciclagem de resíduos	X		
Prevenção e controlo da poluição do ar, da água ou do solo	X		
Proteção e restauro da biodiversidade e dos ecossistemas		X	<p>Atendendo tanto aos efeitos diretos como aos efeitos indiretos primários ao longo do ciclo de vida, o impacto previsível da atividade apoiada pela medida sobre este objetivo ambiental é não significativo.</p> <p>No que respeita à reabilitação de infraestruturas de saúde a construir ou já existentes, não são expectáveis quaisquer impactes em zonas sensíveis em termos de biodiversidade ou nas suas proximidades (incluindo a rede Natura 2000 de áreas protegidas, os sítios classificados como património mundial da UNESCO e as áreas-chave de biodiversidade, bem como outras áreas protegidas).</p> <p>Com efeito, as intervenções previstas serão desenvolvidas em contexto urbano, e estão alinhadas com os princípios de ordenamento do território dos municípios, nomeadamente através dos Planos Diretores Municipais. A políticas de ordenamento do território vigentes englobam a Estratégia</p>

Indicar os objetivos ambientais que exigem uma avaliação substantiva da medida com base no princípio de «não prejudicar significativamente»	Sim	Não	Justificar caso seja selecionada a opção «Não»
			Nacional de Conservação da Natureza e Biodiversidade 2030, aprovada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 55/2018.

Parte 2 da lista de controlo do princípio de «não prejudicar significativamente»

<i>Perguntas</i>	<i>Não</i>	<i>Justificação substantiva</i>
<i>Mitigação das alterações climáticas. Prevê-se que a medida dê origem a emissões significativas de gases com efeito de estufa?</i>	X	<p>O investimento é elegível para os seguintes domínios de intervenção do anexo do Regulamento MRR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 025ter - Construção de novos edifícios energeticamente eficientes - com um coeficiente para o cálculo do apoio aos objetivos ligados às alterações climáticas de 40%, visa a construção de novas infraestruturas de saúde, com uma procura de energia primária inferior em, pelo menos, 20% ao requisito NZEB (edifícios com necessidades quase nulas de energia). • 026 - Renovação de infraestruturas públicas visando a eficiência energética ou medidas de eficiência energética relativas a tais infraestruturas, projetos de demonstração e medidas de apoio – com um coeficiente para o cálculo do apoio aos objetivos ligados às alterações climáticas de 40%, dado que visa a reabilitação, incluindo a reabilitação energética, de infraestruturas de saúde. <p>A construção e renovação de infraestruturas de saúde cumprirá os requisitos previstos no Decreto-Lei n.º 101-D/2020, de 7 de dezembro, que estabelece os requisitos aplicáveis à conceção e renovação de edifícios, com o objetivo de assegurar e promover a melhoria do respetivo desempenho energético através do estabelecimento de requisitos aplicáveis à sua modernização e renovação, mediante a transposição da Diretiva (UE) 2018/844 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 30 de maio de 2018, (Diretiva EPBD). O enquadramento legal referido implica que os edifícios novos sejam “edifícios com necessidades quase nulas de energia” e que os edifícios intervencionados melhorem o seu comportamento térmico e a eficiência energética.</p> <p>Adicionalmente, as intervenções elegíveis para o domínio 025ter vão para além deste requisito legal, no mínimo para um patamar 20% mais exigente que o NZEB. O Decreto-Lei n.º 101-D/2020, de 7 de dezembro estabelece que até 1 de julho de 2021 será publicado a metodologia de cálculo da avaliação de desempenho energético dos edifícios, ao abrigo da qual será realizada a emissão de certificados energéticos, e a qual será utilizada para garantir o cumprimento deste requisito.</p> <p>A construção de novos edifícios com esta garantia encontra-se enquadrada como uma intervenção que contribui substancialmente para o objetivo “mitigação das alterações climáticas” previsto no artigo 9.º do Regulamento “Taxonomia”, enquadrando-se na alínea b) do n.º1, do artigo 10.º, estando também alinhada com os critérios técnicos de avaliação do Ato Delegado relativo à mitigação das alterações climáticas, - atividade 7.1 Construction of new buildings.</p> <p>Desta forma, o investimento contribui para a redução do consumo de energia, melhoria do comportamento térmico, aumento da eficiência energética, aumento da incorporação de energias de fonte renovável, o aumento do desempenho energético das infraestruturas de saúde e, conseqüentemente, para a redução das emissões de gases com efeito de estufa em linha com o previsto no PNEC 2030. Contribui ainda para o cumprimento da meta anual de aumento da eficiência energética nos termos previstos no Plano Nacional de Energia e Clima.</p> <p>A medida não contempla apoio a sistemas que recorram a energias de fonte fóssil.</p>
<i>Adaptação às alterações climáticas. Prevê-se que a medida dê origem a um aumento dos efeitos negativos do clima atual e do clima futuro previsto, sobre a</i>	X	<p>O Programa de Ação para a Adaptação às Alterações Climáticas (RCM n.º 130/2019, de 2 de agosto) identifica os principais impactes e vulnerabilidades do território nacional em resultado dos efeitos das alterações climáticas, bem como as principais linhas de ação para a adaptação no território nacional. Neste quadro</p>

Perguntas	Não	Justificação substantiva
<p>própria medida, as pessoas, a natureza ou os ativos?</p>		<p>identifica como linha de ação “Redução da vulnerabilidade das áreas urbanas às ondas de calor e ao aumento da temperatura máxima”</p> <p>Portugal é um dos países europeus mais afetados pelas alterações climáticas, destacando-se entre os principais impactes e vulnerabilidades o aumento da temperatura máxima e o aumento da frequência e da intensidade de ondas de calor, bem como de eventos meteorológicos extremos. Desta forma, investir na construção de novas infraestruturas de saúde e apoiar a reabilitação energética de infraestruturas de saúde existentes, fomentando os edifícios de elevado desempenho energético e de necessidades quase nulas de energia, contribui para a melhoria do conforto térmico, tornando os edifícios mais preparados e adaptados para fazer face aos referidos impactes, reduzindo a vulnerabilidade da população. Acresce que a intervenção em infraestruturas de saúde se reveste de especial importância uma vez que promove a melhoria do conforto de pessoas especialmente vulneráveis.</p> <p>Os riscos físicos associados ao clima que poderão ser significativos para o investimento em apreço serão avaliados no âmbito de uma análise de exposição, que abrangerá o clima atual e futuro, conforme a localização dos edifícios a construir ou a reabilitar e respetivas zonas climáticas. Os sistemas técnicos nos edifícios construídos ou reabilitados serão otimizados conforme eventos extremos previstos para as respetivas zonas climáticas, de modo a salvaguardar o conforto térmico e a segurança das pessoas.</p> <p>Considera-se assim não existirem impactes negativos, diretos ou indiretos, significativos ao longo do ciclo de vida da medida neste objetivo ambiental.</p>
<p><i>Transição para uma economia circular, incluindo a prevenção e a reciclagem de resíduos.</i> Prevê-se que a medida:</p> <p>vii) conduza a um aumento significativo da produção, da incineração ou da eliminação de resíduos, com exceção da incineração de resíduos perigosos não recicláveis, ou</p> <p>viii) dê origem a ineficiências significativas na utilização direta ou indireta de qualquer recurso natural em qualquer fase do seu ciclo de vida que não são minimizadas por medidas adequadas, ou</p> <p>venha a causar danos significativos e de longo prazo no ambiente, no contexto da economia circular?</p>	<p>X</p>	<p>As obras serão promovidas ao abrigo do novo regime geral da gestão de resíduos e do novo regime jurídico da deposição de resíduos em aterro, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 102-D/2020, de 10 de dezembro, que transpôs para a legislação nacional as Diretivas (UE) 2018/849, 2018/850, 2018/851 e 2018/852.</p> <p>Nestes termos, a medida contempla a elaboração de um plano de prevenção e gestão de resíduos de construção e demolição, cujo cumprimento, é demonstrado através da vistoria, dado ser condição da receção da obra, apliquem uma metodologia de triagem dos RCD prévia ao encaminhamento para aterro, cumprem as normas com vista à aplicação da hierarquia de gestão de resíduos bem como de favorecer os métodos construtivos que facilitem a demolição seletiva orientada para a aplicação dos princípios da prevenção e redução e da hierarquia dos resíduos, e a conceção para a desconstrução, nomeadamente que permita desmontar o edifício em elementos, não só os mais facilmente removíveis, designadamente caixilharias, loiças sanitárias, canalizações, entre outros, mas também os componentes e/ou materiais, de forma a recuperar e permitir a reutilização e reciclagem da máxima quantidade de elementos e/ou materiais construtivos, entre outras obrigações cujo objetivo é garantir a valorização de todos os RCD que tenham potencial de valorização de acordo com o regime das operações de gestão de RCD, compreendendo a sua prevenção e reutilização e as suas operações de recolha, transporte, armazenagem, tratamento, valorização e eliminação em vigor.</p> <p>Será assegurado que pelo menos 70% (em peso) dos resíduos de construção e demolição não perigosos (excluindo os materiais naturais referidos na categoria 17 05 04 na Lista Europeia de Resíduos pela Decisão 2000/532 / CE) produzidos serão preparados para reutilização, reciclagem e recuperação de outros materiais, incluindo operações de enchimento usando resíduos para substituir outros materiais, de acordo com a hierarquia de resíduos.</p> <p>Será ainda garantida a utilização de pelo menos 5% (até 30 de junho de 2021) e 10 % (a partir de 1 de julho de 2021) de materiais reciclados ou que incorporem materiais reciclados relativamente à quantidade total de matérias -primas usadas em obra, no âmbito da contratação de empreitadas de construção e de manutenção de infraestruturas ao abrigo do Código dos Contratos Públicos, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro, na sua redação atual (CCP).</p> <p>As obras de construção serão promovidas de acordo com as orientações de boas práticas estabelecidas no Protocolo de Gestão de Resíduos de Construção e Demolição da UE (https://ec.europa.eu/growth/content/eu-construction-and-demolition-waste-protocol-0_pt) e com os critérios ecológicos, em particular para o conjunto de bens e serviços que dispõem já de manuais nacionais</p>

Perguntas	Não	Justificação substantiva
		<p>(https://encpe.apambiente.pt/content/manuais?language=pt-pt) ou Acordos-Quadro em vigor ou, no caso de bens e serviços que não dispõem de Manuais ou Acordos-Quadro nacionais, à adoção, a título facultativo, dos critérios estabelecidos a nível da UE (https://ec.europa.eu/environment/gpp/eu_gpp_criteria_en.htm).</p> <p>Conclui-se que não são expectáveis impactes negativos, diretos ou indiretos, significativos ao longo do ciclo de vida da medida neste objetivo ambiental.</p>
<p><i>Prevenção e controlo da poluição.</i> Prevê-se que a medida dê origem a um aumento significativo das emissões de poluentes para o ar, a água ou o solo?</p>	X	<p>Prevê-se que a medida não dê origem a um aumento significativo das emissões de poluentes para o ar, a água ou o solo, pelas seguintes razões:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A renovação e construção de edifícios de acordo com os requisitos NZEB, implica que as necessidades de energia sejam cobertas, em grande medida, por energia proveniente de fontes renováveis; o que conduzirá a uma redução significativa das emissões para a atmosfera e à consequente melhoria da saúde pública. • Os operadores que efetuam renovações devem garantir que os componentes e materiais de construção utilizados na renovação dos edifícios não contêm amianto nem substâncias que suscitam elevada preocupação, identificadas com base na lista de substâncias sujeitas a autorização constante do anexo XIV do Regulamento (CE) n.º 1907/2006. • Os operadores que efetuam renovações devem garantir que os componentes e materiais de construção utilizados na renovação dos edifícios que possam entrar em contacto com ocupantes emitam menos de 0,06 mg de formaldeído por m³ de material ou componente e menos de 0,001 mg de compostos orgânicos voláteis cancerígenos das categorias 1A e 1B por m³ de material ou componente, após ensaio em conformidade com as normas CEN/TS 16516 e ISO 16000-3 ou com outras condições de ensaio e métodos de determinação normalizados comparáveis. • Durante a fase de construção ou reabilitação das infraestruturas de saúde serão consideradas medidas de mitigação das emissões de poeiras e ruído. O Regulamento Geral de Ruído, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 9/2007 estabelece regras para a realização de obras de construção civil, designadamente exigindo a obtenção de uma licença especial de ruído para a execução de atividades ruidosas e limitando o período em que estas podem ser concretizadas.

In Investimento RE-C01-i06: Transição Digital da Saúde

Parte 1 da lista de controlo do princípio de «não prejudicar significativamente»

Indicar os objetivos ambientais que exigem uma avaliação substantiva da medida com base no princípio de «não prejudicar significativamente»	Sim	Não	Justificar caso seja selecionada a opção «Não»
Mitigação das alterações climáticas		X	Considerando que a medida se destina a reforçar, capacitar e promover o acesso aos dados e serviços da rede do setor de saúde através de sistemas IT e plataformas integradas, não são identificados ou não se antecipam impactes negativos significativos, diretos ou indiretos, ao longo do ciclo de vida das ações a apoiar, neste objetivo ambiental. Como tal, considera-se que é assegurado o princípio de «não prejudicar significativamente».
Adaptação às alterações climáticas		X	Considerando a natureza da medida e das ações contempladas, não são identificados impactes diretos no ambiente em resultado das atividades prosseguidas no âmbito deste objetivo e como tal é assegurado o princípio de «não prejudicar significativamente».
Utilização sustentável e proteção dos recursos hídricos e marinhos		X	Considerando a natureza da medida e das ações contempladas, e atendendo a que não são instalados dispositivos ou equipamentos que utilizam água, não se antecipam riscos de degradação ambiental relacionados com a preservação da qualidade da água e a pressão sobre os

Indicar os objetivos ambientais que exigem uma avaliação substantiva da medida com base no princípio de «não prejudicar significativamente»	Sim	Não	Justificar caso seja selecionada a opção «Não»
			recursos hídricos ao longo do ciclo de vida das ações a apoiar. Como tal é assegurado o princípio de «não prejudicar significativamente».
Economia circular, incluindo a prevenção e a reciclagem de resíduos	X		
Prevenção e controlo da poluição do ar, da água ou do solo		X	Considerando a natureza da medida e das ações contempladas, não são identificados impactos diretos no ambiente em resultado das atividades prosseguidas no âmbito deste objetivo e como tal é assegurado o princípio de «não prejudicar significativamente».
Proteção e restauro da biodiversidade e dos ecossistemas		X	Considerando a natureza da medida e das ações contempladas, não se antecipam riscos de degradação dos ecossistemas ou impacto na biodiversidade ao longo do ciclo de vida das ações a apoiar. Como tal é assegurado o princípio de «não prejudicar significativamente».

Parte 2 da lista de controlo do princípio de «não prejudicar significativamente»

Perguntas	Não	Justificação substantiva
<p><i>Transição para uma economia circular, incluindo a prevenção e a reciclagem de resíduos. Prevê-se que a medida:</i></p> <p>ix) conduza a um aumento significativo da produção, da incineração ou da eliminação de resíduos, com exceção da incineração de resíduos perigosos não recicláveis, ou</p> <p>x) dê origem a ineficiências significativas na utilização direta ou indireta de qualquer recurso natural em qualquer fase do seu ciclo de vida que não são minimizadas por medidas adequadas, ou venha a causar danos significativos e de longo prazo no ambiente, no contexto da economia circular?</p>	X	<p>É expectável que as aquisições de equipamentos de IT ou outros, para a concretização das ações contempladas nesta medida, sejam promovidas ao abrigo dos critérios em matéria de contratos públicos ecológicos da EU (para centros de dados, salas de servidores, serviços em nuvem, computadores, monitores e outros aplicáveis) uma vez que a natureza do investimento é maioritariamente pública.</p> <p>Adicionalmente, os equipamentos mencionados devem cumprir com os requisitos definidos no Decreto-Lei n.º 12/2011 quando à sua concepção ecológica, sempre que aplicável, e seja assegurado que não contém as substâncias perigosas listadas no Anexo II da Diretiva n.º 2011/65/EU do Parlamento Europeu, transposta pelo Decreto-Lei n.º 79/2013, excepto quando as concentrações por peso não ultrapassam os valores estabelecidos no mesmo.</p> <p>Os equipamentos IT e outros deverão estar abrangidos por um plano de gestão de resíduos que deve incluir ainda especificações técnicas relativas à durabilidade, reparabilidade e reciclabilidade dos equipamentos elétricos e eletrónicos a adquirir e instalar (equipamento informático, equipamentos de cobertura de redes sem fios, etc.), de acordo com as especificações do Decreto-Lei n.º 178/2006, Decreto-Lei n.º 67/2014 e Decreto-Lei n.º 152-D/2017, pelo que não se prevê que a medida conduza a um aumento significativo da produção, da incineração ou da eliminação de resíduos, dê origem a ineficiências significativas na utilização direta ou indireta de qualquer recurso natural ou venha a causar danos significativos e de longo prazo no ambiente.</p> <p>Adicionalmente, a medida visa apoiar a transição digital da saúde, contribuindo para o objetivo ambiental de transição para uma economia circular, nos termos do artigo 13º do Regulamento Taxonomia, através do uso mais eficiente de recursos e prevenção da poluição.</p> <p>A medida é ainda elegível para o domínio de intervenção 095 – digitalização no domínio dos cuidados de saúde - no anexo do Regulamento MRR, com um coeficiente para o cálculo do apoio aos objetivos em matéria de alterações climáticas e objetivos ambientais de 0%, e com um coeficiente para o cálculo do apoio à transição digital de 100%.</p>

Investimento RE-C01-i07-RAM: Digitalização na área da Saúde da RAM

Parte 1 da lista de controlo do princípio de «não prejudicar significativamente»

Indicar os objetivos ambientais que exigem uma avaliação substantiva da medida com base no princípio de «não prejudicar significativamente»	Sim	Não	Justificar caso seja selecionada a opção «Não»
Mitigação das alterações climáticas		X	Considerando que a medida se destina a criar/ implementar tecnologias digitais de apoio à monitorização da atividade no setor da saúde através do reforço em equipamentos médicos e de IT, promoção e acesso a sistemas de informação e de dados, não são identificados ou não se antecipam impactes negativos significativos, diretos ou indiretos, ao longo do ciclo de vida das ações a apoiar, neste objetivo ambiental. Como tal, considera-se que é assegurado o princípio de «não prejudicar significativamente».
Adaptação às alterações climáticas		X	Considerando a natureza da medida e das ações contempladas, não são identificados impactes diretos no ambiente em resultado das atividades prosseguidas no âmbito deste objetivo e como tal é assegurado o princípio de «não prejudicar significativamente».
Utilização sustentável e proteção dos recursos hídricos e marinhos		X	Considerando a natureza da medida e das ações contempladas, e atendendo a que não são instalados dispositivos ou equipamentos que utilizam água, não se antecipam riscos de degradação ambiental relacionados com a preservação da qualidade da água e a pressão sobre os recursos hídricos ao longo do ciclo de vida das ações a apoiar. Como tal é assegurado o princípio de «não prejudicar significativamente».
Economia circular, incluindo a prevenção e a reciclagem de resíduos	X		
Prevenção e controlo da poluição do ar, da água ou do solo		X	A medida tem um impacte previsível não significativo, no objetivo ambiental da prevenção e controlo da poluição do ar, da água ou do solo. Os efeitos diretos e os principais efeitos indiretos da medida ao longo do seu ciclo de vida poderão estar relacionados com a produção dos elementos necessários para a digitalização da área da saúde (equipamento informático como data centers, antenas, controladores wi-fi e outro material informático) e extração de matérias-primas e materiais raros associada. O mesmo princípio de impacte potencial pode ser aplicado ao fim de vida destes mesmos materiais. Dada a natureza da medida, promovendo os procedimentos e boas práticas ambientais nos processos de extração de matérias primas e fim de vida dos materiais, considera-se que relativamente ao objetivo em causa, o princípio de «não prejudicar significativamente» é cumprido.
Proteção e restauro da biodiversidade e dos ecossistemas		X	Considerando a natureza da medida e das ações contempladas, não se antecipam riscos de degradação dos ecossistemas ou impacte na biodiversidade ao longo do ciclo de vida das ações a apoiar. Como tal é assegurado o princípio de «não prejudicar significativamente».

Parte 2 da lista de controlo do princípio de «não prejudicar significativamente»

Perguntas	Não	Justificação substantiva
<p><i>Transição para uma economia circular, incluindo a prevenção e a reciclagem de resíduos.</i> Prevê-se que a medida:</p> <p>xi) conduza a um aumento significativo da produção, da incineração ou da eliminação de resíduos, com exceção da incineração de resíduos perigosos não recicláveis, ou</p> <p>xiii) dê origem a ineficiências significativas na utilização direta ou indireta de qualquer recurso natural em qualquer fase do seu ciclo de vida que não são</p>	X	<p>É expectável que as aquisições de equipamentos de IT ou outros, para a concretização das ações contempladas nesta medida, sejam promovidas ao abrigo dos critérios em matéria de contratos públicos ecológicos da EU (para centros de dados, salas de servidores, serviços em nuvem, computadores, monitores e outros aplicáveis) uma vez que a natureza do investimento é maioritariamente pública.</p> <p>Adicionalmente, os equipamentos mencionados devem cumprir com os requisitos definidos no Decreto-Lei n.º 12/2011 quando à sua concepção ecológica, sempre que aplicável, e seja assegurado que não contém as substâncias perigosas listadas no Anexo II da Diretiva n.º 2011/65/EU do Parlamento Europeu, transposta pelo Decreto-Lei n.º 79/2013, excepto quando as concentrações por peso não ultrapassam os valores estabelecidos no mesmo.</p> <p>Os equipamentos IT e outros deverão estar abrangidos por um plano de gestão de resíduos que deve incluir ainda especificações técnicas relativas à durabilidade,</p>

<i>Perguntas</i>	<i>Não</i>	<i>Justificação substantiva</i>
<p>minimizadas por medidas adequadas, ou venha a causar danos significativos e de longo prazo no ambiente, no contexto da economia circular?</p>		<p>reparabilidade e reciclabilidade dos equipamentos elétricos e eletrónicos a adquirir e instalar (equipamento informático, equipamentos de cobertura de redes sem fios, etc.), de acordo com as especificações do Decreto-Lei n.º 178/2006, Decreto-Lei n.º 67/2014 e Decreto-Lei n.º 152-D/2017, pelo que não se prevê que a medida conduza a um aumento significativo da produção, da incineração ou da eliminação de resíduos, dê origem a ineficiências significativas na utilização direta ou indireta de qualquer recurso natural ou venha a causar danos significativos e de longo prazo no ambiente.</p> <p>Adicionalmente, a medida visa apoiar a digitalização da informação, através de ações como “Receitas sem Papel”, contribuindo para o objetivo ambiental de transição para uma economia circular, nos termos do artigo 13º do Regulamento Taxonomia, através do uso mais eficiente de recursos e prevenção da poluição.</p> <p>A medida é ainda elegível para o domínio de intervenção 095 – digitalização no domínio dos cuidados de saúde - no anexo do Regulamento MRR, com um coeficiente para o cálculo do apoio aos objetivos em matéria de alterações climáticas e objetivos ambientais de 0%, e com um coeficiente para o cálculo do apoio à transição digital de 100%.</p>

Investimento RE-C01-i08-RAA: Hospital Digital da Região Autónoma dos Açores

Indicar os objetivos ambientais que exigem uma avaliação substantiva da medida com base no princípio de «não prejudicar significativamente»	Sim	Não	Justificar caso seja selecionada a opção «Não»
Mitigação das alterações climáticas		X	Considerando que a medida se destina a implementar e promover o acesso a plataformas e sistemas de informação de saúde, através da informatização e desmaterialização de processos e aquisição de equipamentos, não são identificados ou não se antecipam impactos negativos significativos, diretos ou indiretos, ao longo do ciclo de vida das ações a apoiar, neste objetivo ambiental. Como tal, considera-se que é assegurado o princípio de «não prejudicar significativamente».
Adaptação às alterações climáticas		X	Considerando a natureza da medida e das ações contempladas, não são identificados impactos diretos no ambiente em resultado das atividades prosseguidas no âmbito deste objetivo e como tal é assegurado o princípio de «não prejudicar significativamente».
Utilização sustentável e proteção dos recursos hídricos e marinhos		X	Considerando a natureza da medida e das ações contempladas, e atendendo a que não são instalados dispositivos ou equipamentos que utilizam água, não se antecipam riscos de degradação ambiental relacionados com a preservação da qualidade da água e a pressão sobre os recursos hídricos ao longo do ciclo de vida das ações a apoiar. Como tal é assegurado o princípio de «não prejudicar significativamente».
Economia circular, incluindo a prevenção e a reciclagem de resíduos	X		
Prevenção e controlo da poluição do ar, da água ou do solo		X	<p>A medida tem um impacto previsível não significativo, no objetivo ambiental da prevenção e controlo da poluição do ar, da água ou do solo. Os efeitos diretos e os principais efeitos indiretos da medida ao longo do seu ciclo de vida poderão estar relacionados com a produção dos elementos necessários para a implementação do hospital digital (equipamento informático e equipamento médico, etc.) e extração de matérias-primas e materiais raros associada. O mesmo princípio de impacto potencial pode ser aplicado ao fim de vida destes mesmos materiais.</p> <p>Dada a natureza da medida, promovendo os procedimentos e boas práticas ambientais nos processos de extração de matérias primas e fim de</p>

Indicar os objetivos ambientais que exigem uma avaliação substantiva da medida com base no princípio de «não prejudicar significativamente»	Sim	Não	Justificar caso seja selecionada a opção «Não»
			vida dos materiais, considera-se que relativamente ao objetivo em causa, o princípio de «não prejudicar significativamente» é cumprido.
Proteção e restauro da biodiversidade e dos ecossistemas		X	Considerando a natureza da medida e das ações contempladas, não se antecipam riscos de degradação dos ecossistemas ou impacte na biodiversidade ao longo do ciclo de vida das ações a apoiar. Como tal é assegurado o princípio de «não prejudicar significativamente».

Parte 2 da lista de controlo do princípio de «não prejudicar significativamente»

Perguntas	Não	Justificação substantiva
<p><i>Transição para uma economia circular, incluindo a prevenção e a reciclagem de resíduos.</i> Prevê-se que a medida:</p> <p>xiii) conduza a um aumento significativo da produção, da incineração ou da eliminação de resíduos, com exceção da incineração de resíduos perigosos não recicláveis, ou</p> <p>xiv) dê origem a ineficiências significativas na utilização direta ou indireta de qualquer recurso natural em qualquer fase do seu ciclo de vida que não são minimizadas por medidas adequadas, ou venha a causar danos significativos e de longo prazo no ambiente, no contexto da economia circular?</p>	X	<p>É expectável que as aquisições de equipamentos médicos e equipamentos, para a concretização das ações contempladas nesta medida, sejam promovidas ao abrigo dos critérios em matéria de contratos públicos ecológicos da EU (para equipamentos elétricos eletrónicos utilizados no setor dos cuidados de saúde, centros de dados, salas de servidores, serviços em nuvem, computadores, monitores e outros aplicáveis) uma vez que a natureza do investimento é maioritariamente pública.</p> <p>Adicionalmente, os equipamentos mencionados devem cumprir com os requisitos definidos no Decreto-Lei n.º 12/2011 quando à sua concepção ecológica, sempre que aplicável, e seja assegurado que não contém as substâncias perigosas listadas no Anexo II da Diretiva n.º 2011/65/EU do Parlamento Europeu, transposta pelo Decreto-Lei n.º 79/2013, excepto quando as concentrações por peso não ultrapassam os valores estabelecidos no mesmo.</p> <p>Os equipamentos médicos e de IT deverão estar abrangidos por um plano de gestão de resíduos que deve incluir ainda especificações técnicas relativas à durabilidade, reparabilidade e reciclabilidade dos equipamentos a adquirir e instalar, de acordo com as especificações do Decreto-Lei n.º 178/2006, Decreto-Lei n.º 67/2014 e Decreto-Lei n.º 152-D/2017, pelo que não se prevê que a medida conduza a um aumento significativo da produção, da incineração ou da eliminação de resíduos, dê origem a ineficiências significativas na utilização direta ou indireta de qualquer recurso natural ou venha a causar danos significativos e de longo prazo no ambiente.</p> <p>A medida é ainda elegível para o domínio de intervenção 095 – digitalização no domínio dos cuidados de saúde - no anexo do Regulamento MRR, com um coeficiente para o cálculo do apoio aos objetivos em matéria de alterações climáticas e objetivos ambientais de 0%, e com um coeficiente para o cálculo do apoio à transição digital de 100%.</p>

Investimento RE-C01-i09: Sistema Universal de Apoio à Vida Ativa (SUAVA)

Parte 1 da lista de controlo do princípio de «não prejudicar significativamente»

Indicar os objetivos ambientais que exigem uma avaliação substantiva da medida com base no princípio de «não prejudicar significativamente»	Sim	Não	Justificar caso seja selecionada a opção «Não»
Mitigação das alterações climáticas		X	Considerando que a medida se destina a promover uma campanha de comunicação à escala nacional e da criação de uma plataforma

Indicar os objetivos ambientais que exigem uma avaliação substantiva da medida com base no princípio de «não prejudicar significativamente»	Sim	Não	Justificar caso seja selecionada a opção «Não»
			tecnológica de sensibilização e promoção da atividade física, não são identificados ou não se antecipam impactos negativos significativos, diretos ou indiretos, ao longo do ciclo de vida das ações a apoiar, neste objetivo ambiental. Como tal, considera-se que é assegurado o princípio de «não prejudicar significativamente».
Adaptação às alterações climáticas		X	Considerando a natureza da medida e das ações contempladas, não são identificados impactos diretos no ambiente em resultado das atividades prosseguidas no âmbito deste objetivo e como tal é assegurado o princípio de «não prejudicar significativamente».
Utilização sustentável e proteção dos recursos hídricos e marinhos		X	Considerando a natureza da medida e das ações contempladas, não são identificados impactos diretos no ambiente em resultado das atividades prosseguidas no âmbito deste objetivo e como tal é assegurado o princípio de «não prejudicar significativamente».
Economia circular, incluindo a prevenção e a reciclagem de resíduos		X	Considerando a natureza da medida e das ações contempladas, não são identificados impactos diretos no ambiente em resultado das atividades prosseguidas no âmbito deste objetivo e como tal é assegurado o princípio de «não prejudicar significativamente».
Prevenção e controlo da poluição do ar, da água ou do solo		X	Considerando a natureza da medida e das ações contempladas, não são identificados impactos diretos no ambiente em resultado das atividades prosseguidas no âmbito deste objetivo e como tal é assegurado o princípio de «não prejudicar significativamente».
Proteção e restauro da biodiversidade e dos ecossistemas		X	Considerando a natureza da medida e das ações contempladas, não se antecipam riscos de degradação dos ecossistemas ou impacto na biodiversidade ao longo do ciclo de vida das ações a apoiar. Como tal é assegurado o princípio de «não prejudicar significativamente».

Ver Tabela 2: Impacto para a transição climática e digital do Anexo 1.

9. Milestones, metas e calendarização

Ver Tabela 1 do Anexo relativa às milestones e às metas da componente.

10. Financiamento e custos

Os investimentos abrangidos pelo PRR não estão abrangidos noutros programas de financiamento, nomeadamente no atual quadro comunitário em vigor e as estimativas de custo apresentadas abaixo não incluem o IVA.

Reforma RE-r01: Reforma dos cuidados de saúde primários

Milestones

RE-1.1 – Custos com a equipa de projeto (0,76M€):

Composição da Equipa: 1 Coordenador e 4 Técnicos Superiores. A estimativa de custos aplica-se ao horizonte temporal 2021/2026.

RE-1.6. - *Publicar estratégia para estratificação do risco para os utentes do SNS (0,15M€): De acordo com as necessidades de criação/adaptação e desenvolvimento de sistemas de informação previstas e tendo por base o histórico de aquisições efetuadas.*

Reforma RE-r02: Reforma da saúde mental

Milestones

RE-2.1 – Custos com a equipa de projeto (0,76M€):

Composição da Equipa: 1 Coordenador e 4 Técnicos Superiores. A estimativa de custos aplica-se ao horizonte temporal 2021/2026.

Reforma RE-r03: Conclusão da Reforma do modelo de governação dos hospitais públicos

Custos com a equipa de projeto (0,76M€):

Composição da Equipa: 1 Coordenador e 4 Técnicos Superiores. A estimativa de custos aplica-se ao horizonte temporal 2021/2026.

Investimento RE-C01-i01: Cuidados de Saúde Primários com mais respostas

- Custo total previsto: 465,5 milhões de EUR
- Previsão de horizonte temporal: 2020-2026
 - 2021: 23,1 milhões de EUR
 - 2022: 84,1 milhões de EUR
 - 2023: 108,4 milhões de EUR
 - 2024: 111,6 milhões de EUR
 - 2025: 89,3 milhões de EUR
 - 2026: 49,1 milhões de EUR

- **Racional para apuramento dos custos:**

Meta i.1.1. - Alargar o Rastreio do Cólon Retal e do Rastreio do Colo do Útero a todos os centros de saúde do SNS.	Levantamento de necessidades das ARS, tendo por base o histórico dos custos médios que foram suportados nos locais que já têm estes rastreios implementados, considerando as necessidades de equipamentos a adquirir e de sistemas de informação a implementar.
Meta i.1.2. - Alargar o Rastreio da Retinopatia Diabética a todos os centros de saúde do SNS.	Levantamento de necessidades das ARS, tendo por base o histórico dos custos médios que foram suportados nos locais que já têm este rastreio da retinopatia diabética

	implementado, considerando as necessidades de equipamentos e de sistemas de informação.
Meta i.1.3. - Disponibilizar exames Holter e MAPA em todas as unidades de saúde familiar e unidades de cuidados de saúde personalizados dos ACES.	Levantamento de necessidades efetuado junto das ARS, tendo por base os custos previstos para dotar as unidades com Holter e MAPA. O custo médio por equipamento é de 2.786€ e teve por referência o valor apresentado pela ARS LVT, que inclui as componentes, aparelho e braçadeiras.
Meta i.1.4. - Alargar as Consultas do Pé Diabético nos ACES.	Levantamento de necessidades efetuado junto das ARS, tendo por base os custos médios históricos com equipamentos semelhantes colocados noutros gabinetes. O custo médio com equipamentos é de 6.885 € e teve por referência o custeio apresentado pela ARS Norte e pela ARS Centro, incluindo as várias componentes de equipamento, desde a cadeira de podologia, até ao micromotor portátil.
Meta i.1.5. - Disponibilizar capacidade de diagnóstico precoce e tratamento da Asma, DPOC e Tabagismo (espirómetros) nos centros de saúde.	Levantamento de necessidades das ARS, tendo por base os custos previstos para dotar os centros de saúde com espirómetros. Custo médio por equipamento: 4.505€. Este custeio teve por base o cálculo efetuado pela ARS Norte, para o custo médio do espirómetro.
Meta i.1.6. - Disponibilizar de capacidade de dosear a PCR em todos os centros de saúde.	Levantamento de necessidades junto das ARS, tendo por base os custos previstos para dotar os centros de saúde com capacidade para dosear PCR. Custo médio por equipamento: 1.722€. este custeio corresponde ao aparelho e foi apresentado pela ARS Centro.
Meta i.1.7. - Construir novas unidades/polos de saúde, para substituir edifícios desadequados.	Levantamento de necessidades efetuado junto das ARS, tendo por base os custos históricos existentes em intervenções similares noutras Unidades de Saúde. Estas construções destinam-se a diferentes tipos de unidades funcionais dos cuidados de saúde primários (USF, UCSP, UCC), por vezes abarcando diversas tipologias no mesmo espaço. Cada uma destas tipologias possui missões e perfis assistenciais diferenciados, servindo uma população com características específicas, fatores esses que influenciam as regras e diretrizes existentes nas regiões de saúde para a elaboração de programas funcionais para a construção da unidade. Também o preço base de construção é variável em função de fatores como: (i) a localização; (ii) as características do terreno; (iii) os projetos de construção e de especialidade. A título de exemplo, os preços estimados para as novas construções podem variar entre 1.500 €/m ² na zona Centro do país e 3.700 €/m ² em Lisboa e Vale do Tejo. No caso das estruturas de construção modular standard, com potencial de utilização nos polos/extensões de saúde em meio rural, o custo estimado por m ² é de 1.200 €.
Meta i.1.8. - Requalificar ou adaptar edifícios para aumentar eficiência energética, cumprir	Levantamento de necessidades efetuado junto das ARS, tendo por base os custos históricos verificados em

<p>planos de contingência e/ou assegurar a acessibilidade, a segurança e o conforto de utentes e profissionais.</p>	<p>construções similares de outras Unidades de Saúde. O custo é igualmente diferenciado em função da localização, do tipo de intervenção e dos projetos de especialidade definidos. As intervenções abrangidas nesta tipologia destinam-se à melhoria das acessibilidades, condições de segurança e conforto para utentes e profissionais, à beneficiação e adequação às prestações de cuidados e aos planos de contingência, à manutenção e conservação de edifícios e à valorização ambiental e eficiência energética.</p>
<p>Meta i.1.9. - Modernizar equipamentos.</p>	<p>Levantamento de necessidades efetuado das ARS, tendo por base os custos históricos previstos para adquirir e dotar as Unidades de Saúde com equipamentos necessários à prestação dos cuidados de saúde. Estes investimentos são também muito diversos, abrangendo várias sub tipologias, como sejam, aquisição de equipamento médico, equipamento de apoio ao diagnóstico, equipamento administrativo, mobiliário e equipamento informático e de comunicações, existindo nas ARS evidências detalhadas para os custos para cada projeto em concreto.</p>
<p>Meta i.1.10. - Disponibilizar viaturas elétricas para apoio à prestação de cuidados no domicílio nos centros de saúde.</p>	<p>Levantamento de necessidades efetuado junto das ARS. Após análise aos preços de mercado, utilizou-se o referencial de um procedimento de aquisição centralizado realizado pela ESPAP, cujo valor se situou ligeiramente acima dos 30.000 €/viatura.</p>
<p>Meta i.1.11. - Alargar o número de novas unidades móveis para cobertura das regiões de baixa densidade.</p>	<p>Levantamento de necessidades efetuado junto das ARS. Após análise aos preços de mercado, utilizou-se um custo médio por viatura de 70.000€/unidade, tendo por base o valor do último concurso publico efetuado pela ARS Alentejo (entidade que tem mais histórico de recurso a estas respostas). Existe ainda 1 unidade móvel multirastreios (Centro de Diagnóstico Pneumológico), com um custo de 255.000€, prevista para a ARS Centro, para substituir a existente, que está desatualizada, e que é fundamental para a melhoria de diagnóstico da tuberculose e outras doenças pulmonares.</p>
<p>Meta i.1.15. - Criar Gabinetes de Medicina Dentária nos centros de saúde.</p>	<p>Custo médio para equipar o Gabinete Medicina Dentária: 50.000€, baseado no custeio apresentado pela ARS Norte, considerando a definição do que é um Gabinete standard.</p>

<p>Meta i.1.16. - Criar Centros de Diagnóstico Integrado (MCDT de baixa complexidade, pelo menos RX e Análises Clínicas) nos ACES.</p>	<p>Levantamento de necessidades das ARS, tendo por base os custos previstos para criar os Centros de Diagnóstico Integrado (CDI), compostos por equipamentos de análises clínicas; Rx; eletrocardiograma; sistemas de informação; equipamentos administrativos; adaptação de espaços. Custo médio por CDI: 300.000€, considerando os valores apresentados pela ARS Centro e ARS Norte para o equipamento de análises clínicas e exames simples, equipamento de radiologia - aparelho de raio X (digital direct). Na maioria dos casos haverá necessidade de se proceder à realização de obras de adaptação para a instalação dos equipamentos, para a logística de atendimento e prestação dos serviços de MCDT em causa.</p>
<p>Meta i.1.17. - Criar Gabinetes de Movimento e Reabilitação nos ACES.</p>	<p>Levantamento de necessidades das ARS, tendo por base os custos previstos para adaptar e equipar os locais a dotar com Gabinetes. O custeio estimado resulta dos valores apresentados pelas ARS, sendo que existem necessidades diferentes, associadas às especificidades locais e às infraestruturas existentes, não sendo possível definir um valor padrão para o Gabinete standard a nível nacional, havendo, contudo, uma identificação dos equipamentos e materiais necessários (ARS Alentejo).</p>
<p>Meta i.1.18. - Disponibilizar equipamentos (saco de emergência, desfibrilhador e monitor sinais vitais) para resposta qualificada em situações de emergência (suporte básico de vida) nos cuidados de saúde primários.</p>	<p>Levantamento efetuado junto das ARS, tendo por base os custos previstos para dotar os Centros de Saúde com o Kit de Emergência e formação em SBV aos profissionais. Custo médio por equipamento: 4.200€. Este custeio corresponde aos kits compostos pelo saco de emergência, desfibrilhador e monitor, e foi apresentado pela ARS Centro.</p>
<p>Fornecimento de serviços na área dos sistemas de informação, para preparação e implementação de desenvolvimentos nos SI necessários à operacionalização das medidas e para suportar o registo das teleconsultas e realização de telemonitorização de doenças crónicas (conjugado com o investimento RE-C01-i06: Transição digital na Saúde).</p>	<p>De acordo com as necessidades de desenvolvimentos dos sistemas de informação e com o histórico de custos suportados com aquisições anteriormente efetuadas</p>

Investimento RE-C01-i02: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e da Rede Nacional de Cuidados Paliativos

- Custo total previsto: 220,0 milhões de EUR
- Previsão de horizonte temporal: 2021-2025
 - 2022: 27,70 milhões de EUR
 - 2023: 95,0 milhões de EUR
 - 2024: 62,3 milhões de EUR

- 2025: 35,0 milhões de EUR

No alargamento da Rede de Cuidados Continuados Integrados e da Rede Nacional de Cuidados Paliativos está previsto o financiamento **de 15M€ por parte do orçamento de estado.**

- **Racional para apuramento dos custos:**

Meta i2.1 - Alargar o número de camas da RNCCI, na rede geral.	Prevê-se um apoio financeiro de 600.000 € por cada módulo de 20 camas de internamento da RNCCI. O valor do incentivo por cama (30.000€/cama) tem por base os custos históricos do programa modelar que vigorou em 2008 e 2009, atualizado em função do aumento do custo de vida e do preço do m ² de construção.
Meta i2.2 - Alargar a RNCCI em lugares em Unidade Dia e Promoção da Autonomia.	Prevê-se um apoio financeiro de 500.000 € por cada UDPA de 25 lugares. O valor do incentivo lugar de UDPA (20.000€/lugar) é inferior às unidades de internamento por não ser necessário alguns equipamentos e estruturas.
Meta i2.3 - Alargar a RNCCI em lugares em Equipas de Cuidados Continuados Integrados Domiciliários.	Prevê-se um apoio financeiro de 100.000 € por cada ECCI com 20 lugares. O valor pretende apoiar a aquisição de viaturas elétricas, modificá-las e adaptá-las a cuidados domiciliários, equipamento clínico, informático e telecomunicações, e apoio na adaptação de instalações e eventual mobiliário, fardamento para a equipa, entre outros. Não inclui custos com recursos humanos.
Meta i2.4 - Alargar a RNCCI em lugares de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCI SM).	Prevê-se um apoio financeiro de 500.000 € por cada módulo de 20 camas de internamento de CCI - Saúde Mental. Foi perspectivado o valor de 25.000 euros/cama.
Meta i2.5 - Alargar a RNCCI em lugares de Equipa de Apoio Domiciliário (EAD) de Saúde Mental.	Prevê-se um apoio financeiro de 100.000 € por cada EAD com 10 lugares em CCISM. O valor pretende apoiar a aquisição de viaturas elétricas, modificá-las e adaptá-las a cuidados domiciliários, equipamento clínico, informático e telecomunicações, e apoio na adaptação de instalações e eventual mobiliário, fardamento para a equipa, entre outros. Não inclui custos com recursos humanos.
Meta i2.6 - Alargar a RNCP, em camas de internamento de menor complexidade.	Prevê-se um apoio financeiro de 600.000 € por cada módulo de 20 camas de internamento da RNCCI. O valor do incentivo por cama (30.000€/cama) tem por base os custos históricos do programa modelar que vigorou em 2008 e 2009, atualizado em função do aumento do custo de vida e do preço do m ² de construção.
Meta i2.7 - Alargar a RNCP, em Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP).	Prevê-se um apoio financeiro de 100.000 € por cada ECSCP com 10 lugares. O valor pretende apoiar a aquisição de viaturas elétricas, modificá-las e adaptá-las a cuidados domiciliários, equipamento clínico, informático e telecomunicações, e apoio na adaptação de instalações e eventual mobiliário, fardamento para a

	equipa, entre outros. Não inclui custos com recursos humanos.
--	---

Investimento RE-C01-i03: Conclusão da Reforma de Saúde Mental e implementação da Estratégia para as Demências

- Custo total previsto: 87,3 milhões de EUR
- Previsão de horizonte temporal: 2020-2026
 - 2021: 7,4 milhões de EUR
 - 2022: 33,9 milhões de EUR
 - 2023: 26,6 milhões de EUR
 - 2024: 16,6 milhões de EUR
 - 2025: 2,8 milhões de EUR

- **Racional para apuramento dos custos:**

Meta i3.1. Criar novas unidades de internamento em Hospitais Gerais.	Consideram a criação de novas unidades de internamento no Hospital Fernando da Fonseca, EPE pelo montante de 1,37 M€, no CH Entre o Douro e Vouga, EPE pelo montante de 5,28 M€, no CH Oeste, EPE pelo valor de 0,517 M€ e no CH Tondela Viseu, EPE, com custo de 6,23 M€. Os custos foram estimados por cada uma das entidades, tendo por base o custo com obras/apetrechamento das unidades de internamento.
Meta i3.2. - Criar Centros de Responsabilidade Integrados (CRI) em serviços/unidades de saúde mental.	sem custos associados
Meta i3.3. - Requalificar as instalações dos Serviços Locais de Saúde Mental existentes.	Estimativa de custos tendo por base uma área média de 1.200 m2 construídos, por serviço a requalificar, e o preço médio nacional de construção hospitalar de 1.250€/m ² .
Meta i.3.4. Criar equipas comunitárias de saúde mental (ECSM) para adultos, infância e adolescência.	Estimativa de custos tendo por base os salários e encargos dos profissionais que devem constituir as Equipas e o custo estimado de 1 viatura. Em concreto, este investimento permitirá contratar recursos humanos para constituir as equipas e possibilitará a avaliação do custo-efetividade desta mudança de paradigma. Caso esta avaliação seja positiva, os custos futuros com o funcionamento destas equipas serão integrados no orçamento corrente do SNS.
Meta i.3.5. - Criar respostas adequadas às necessidades das pessoas com doença mental	Estimativa de custos tendo por base o custo estimado para uma Unidade de Dia e Promoção de Autonomia

crónica institucionalizados, que não beneficiam da oferta de cuidados da RNCCI.	(UDPA) da RNCCI, estrutura física similar a pretendido para estas "respostas residenciais na comunidade".
Meta i3.6. - Requalificar instalações e equipamentos da Psiquiatria Forense.	Levantamento de necessidades das Instituições hospitalares do SNS, tendo por base os custos previstos para adaptar e equipar os internamentos de psiquiatria forense do Hospital Magalhães Lemos (HML), Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL) e Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC).
Meta i3.7. - Construir unidades residenciais forenses de transição (para regime de liberdade para prova).	Estimativa de custos tendo por base o custo estimado para uma unidade residencial de internamento da rede geral da RNCCI, estrutura física similar a pretendido para estas "respostas residenciais na comunidade".
Meta i3.8. Desenvolvimento de ações de capacitação para "construção dos percursos dos doentes" no âmbito das Demências	Estimativa tendo como base o valor de 575.000€ do AVISO N° ALG – 38 – 2020 – 08, do Programa Operacional Regional do Algarve, PT 2020, para apresentação de candidaturas para ações de sensibilização e (in)formação de suporte às reformas nos serviços sociais e de saúde na Região do Algarve, que foi extrapolado para as restantes regiões de Portugal Continental, com base na população.

Investimento RE-C01-i04: Equipamento dos Hospitais Seixal, Sintra, Lisboa

- Custo total previsto: 178,7 milhões de EUR
- Previsão de horizonte temporal: 2021-2026
 - 2024: 17,6 milhões de EUR
 - 2025: 105,1 milhões de EUR
 - 2026: 56,0 milhões de EUR
- **Racional para apuramento dos custos:**

Meta i.4.1. – Adquirir os equipamentos para o Hospital de Lisboa Oriental.	Tendo por base o perfil assistencial e o programa funcional do HLO, o investimento que foi estimado (em 2015) para equipamento é de € 211,2 milhões, incluindo equipamento geral (45,2 M€), clínico (34,1M€), médico (96,6M€) e de alta tecnologia (35,3M€). Há equipamento do atual CHULC que será instalado no HLO. Assim, estima-se o financiamento mínimo de cerca de 144 M€, correspondente a cerca de 68% do total. A valorização atualizada dos Equipamentos Médicos Pesados consta do Anexo 9 do Caderno de Encargos do HLO. O prazo para construção do Complexo Hospitalar é de 36 meses.
Meta i.4.2. - Adquirir os equipamentos para o hospital de proximidade de Seixal.	De acordo com as áreas assistenciais previstas para este Hospital de Proximidade, a estimativa de custos efetuada pela ARS LVT baseia-se em todos os equipamentos que são necessários em função da área clínica a que estão

	<p>alocados, para atingir os objetivos assistenciais da população em causa, atendendo a princípios de ergonomia, comodidade dos doentes, facilidade de limpeza e conservação, preços mais económicos ao aumentar o número de unidades a adquirir e que possibilitem a existência de contratos de manutenção (ver memória descritiva do investimento em equipamento, do Hospital de Proximidade do Seixal)</p> <p>Inclui: (i) equipamento geral (3,22 M€), que engloba mobiliário adaptado à função a desenvolver nos diferentes espaços e mobiliário de fácil limpeza e de desenho ergonómico; (ii) equipamento médico (12,9 M€) e (iii) equipamento informático (1,00 M€)</p>
<p>Meta i.4.3. - Adquirir os equipamentos para o hospital de proximidade de Sintra.</p>	<p>De acordo com as áreas assistenciais previstas para este Hospital de Proximidade, a estimativa de custos efetuada pela ARS LVT baseia-se em todos os equipamentos que são necessários em função da área clínica a que estão alocados, para atingir os objetivos assistenciais da população em causa, atendendo a princípios de ergonomia, comodidade dos doentes, facilidade de limpeza e conservação, preços mais económicos ao aumentar o número de unidades a adquirir e que possibilitem a existência de contratos de manutenção (ver memória descritiva do investimento em equipamento, no Hospital de Proximidade de Sintra).</p> <p>Inclui: (i) equipamento geral (3,32 M€), que engloba mobiliário adaptado à função a desenvolver nos diferentes espaços e mobiliário de fácil limpeza e de desenho ergonómico; (ii) equipamento médico (13,28 M€) e (iii) equipamento informático (1,00 M€)</p>

Investimento RE-C01-i05-RAM: Fortalecimento do Serviço Regional de Saúde da RAM

- Custo total previsto: 89,0 milhões de EUR
- Previsão de horizonte temporal: 2021-2026

N.º Proj	Designação do Investimento	2021	2022	2023	2024	2025	Valor de investimento
P1	Expansão, desenvolvimento e melhoria da Rede de cuidados continuados integrados	5,4	12,5	13,7	11,7	10,7	54
P2	Reforçar as respostas na área da saúde mental e das demências associadas ao envelhecimento	5	6	8	8	8	35
	Total						89M€

- **Racional para apuramento dos custos:**

Meta I: Consolidação do Modelo de Regional de Cuidados Continuados Integrados da RAM (REDE) e da Coordenação e Gestão Técnica da REDE. **(231.355,56M€)**

- Prevê-se um investimento na aquisição de serviços de consultoria especializada para o desenvolvimento de aplicativo informático e manutenção aplicacional que sirva a gestão compreensiva e integrada da Rede de Cuidados Continuados Integrados da RAM, incluindo serviços de helpdesk,, tele saúde e teleassistência em Ambientes de Vida Assistidos, no valor aproximado de 202 080,00 €

Considerando que a RAM, não tem histórico de desenvolvimento de respostas do tipo CCI apoiadas pelo Programa Modelar que vigorou nos anos 2008/2009 tal como a nível nacional, procedeu-se à consulta da **Plataforma – Base- contratos públicos on-line** como base de cálculo, e utilizou-se como referência, os valores inerentes aos contratos outorgados pela SPMS; ACSS ou UMCCI relativos a serviços similares:

- Aquisição serviços de desenvolvimento de software para o Projeto «RCCI_RAM», incluindo suporte *helpdesk* na implementação do projeto e design de *contact centre* com potencial de resposta à Teleassistência em Ambientes de Vida Assistidos. - 135 480,00 € - <https://www.base.gov.pt/Base4/pt/detalhe/?type=contratos&id=127536>
(*evidência 45_C1*)

- Aquisição de serviços evolutivos, corretivo (s e de suporte para o sistema de informação da Rede de Cuidados Continuados Integrados 49 797,44 € - <https://www.base.gov.pt/Base4/pt/detalhe/?type=contratos&id=5881604>
(*evidência 46 e 46a_C1*)

- Aquisição de serviços para design do website da REDE - 16 802,56 €
<https://www.base.gov.pt/Base4/pt/detalhe/?type=contratos&id=82154>
(*evidência 47_C1*)

- Prevê-se também o desenvolvimento de campanhas de comunicação e informação de suporte aos investimentos dos CCI da RAM, destinado a todos os utilizadores da REDE, nomeadamente, o Plano de Comunicação da REDE; os instrumentos de comunicação e informação promotores de literacia dos utentes; os instrumentos de comunicação e informação promotores de literacia dos profissionais de saúde e social, a criação do roteiro de comunicação da REDE com os demais intervenientes públicos, privados e sociais, no valor total aproximado de 29 275,56 € -

- Campanha Publicitária para a Rede Regional de CCI da RAM - 7 000,00 €
<https://www.base.gov.pt/Base4/pt/detalhe/?type=contratos&id=82099>
(*evidência 48_C1*)

- Produção e organização de dois eventos temáticos de apresentação da REDE (desenvolvimento, incluindo monitorização e implementação do projeto) - 11 250,00 €
<https://www.base.gov.pt/Base4/pt/detalhe/?type=contratos&id=82578>
(*evidência 49_C1*)

- Aquisição de serviços de estudo para caracterizar o conhecimento dos profissionais acerca de CCI 7 214,00 €
<http://www.base.gov.pt/Base/pt/Pesquisa/Contrato?a=83686>
(*evidência 50_C1*)

- Aquisição de Equipamento Informático e de Tecnologias de Comunicação e Informação para Equipas de Coordenação e Gestão da REDE. 4 292,56 €
<http://www.base.gov.pt/Base/pt/Pesquisa/Contrato?a=142485>
(Evidência 51_C1)

Meta II: Aumento do n.º de vagas (camas) em cuidados continuados integrados de âmbito geral (44.213.234M€)

Prevê-se um apoio financeiro, correspondente à disponibilização, por via da construção e da requalificação / ampliação, de 731 camas /lugares de Cuidados Continuados Integrados de âmbito geral que correspondem à Meta global do projeto.

Este valor foi apurado tendo em conta a construção de infraestrutura para 418 camas e requalificação/ ampliação de 313 camas, calculadas com base na nota (1) e Valores Padrão para o apuramento do investimento elegível a cofinanciamento das Candidaturas na área da Saúde no âmbito do PT2020 (AVISO N.º CENTRO-42-2021-20) (Evidência1_C1) http://www.centro.portugal2020.pt/index.php/avisos-de-concursos?theme=ja_k2filter&isc=1&ordering=rxfl6&category_id=7&xf_10=1&xf_11=8&xf_21=5

Construção / reconversão: 418camas x 68,26 m² x 1.300€ = 37.092.484M€

Requalificação = 313 camas x 35m² x 650€ = 7.120.750M€

Meta III: Aumento do número de vagas (disponibilidade de lugares por tipo de resposta) em cuidados continuados integrados de saúde mental de população adulta (8.310.900 M€)

Os custos nesta meta foram estimados com base nos Valores Padrão para o apuramento do investimento elegível a cofinanciamento das Candidaturas na área da Saúde no âmbito do PT2020 (AVISO N.º CENTRO-42-2021-20)

Prevê-se o apoio financeiro a 4 tipo de respostas:

- Residência Apoio máximo:

Disponibilização de 60 camas:

- por via construção/ reconversão - 40 camas x 60m² x 1.300€ = 3.120.000€

- - por via da requalificação / ampliação - 20 camas x 35m² x 650€ = 455.000M€
ver nota (2)

Equipamento de Unidades de Utente: 30 unidades a equipar x 6.800 [Quarto de internamento (mobiliário - 6.000€ + equip. informático - 800€)] = 204.000€

- Residência Autónoma de Saúde Mental:

- Disponibilização de 15 camas por via construção / reconversão - 15camas x 60m² x 1.300€ =1.170.000M€
ver nota (2)

- Equipamentos (11.700€)

Sala de Treino Autonomia – 1.200€ (por referência a Mobiliário - Biblioteca / Sala de Reuniões, que deverá ser aproveitada para sessões de treino de autonomia para os utentes acolhidos nesta tipologia)

Unidade Utente – 7 unidades x 1.500 € (equipamento médico - quarto de internamento)

- Residência Treino Autonomia:

Disponibilização de 62 camas:

- por via construção / reconversão - 12 camas x 60m² x 1.300€ = 936.000€

- por via da requalificação / ampliação – criação de novos espaços de saúde - 50 camas x 35m² x 1.300€ = 2.275.000M€
ver nota (2)

- Equipamentos (67.200€)

Mobiliário: 26 400 € (Evidência1.a_C1)

Unidade do Utente: 6 (unidades) *6.800€ [Quarto de internamento (mobiliário - 6.000€ + equip. informático - 800€)] = 40.800€

-Equipas de Apoio Domiciliário

A partir de experiências aprovadas na área dos cuidados paliativos em Portugal, vamos adaptar e desenvolver um projeto que permita lançar a Valência de Equipas de apoio domiciliário de Cuidados Continuados Integrados a Pessoas com Doença Mental

Apoio de 72 000,00 por projeto que permita responder a 200 pessoas com doença mental grave.

O projeto visa ampliar o conhecimento, a experiência e as evidências neste âmbito, no sentido de alcançar a evidência necessária para a Implementação posterior e pós PRR 21-26, das equipas de CCI de Saúde Mental ao Domicílio. a pessoas com doença mental grave.

O apoio financeiro prevê:

- aquisição de unidade móvel de saúde, UMS tipo B – 33 000(termo de referência Anexo A.3 do AVISO N.º CENTRO-42-2021-20)
- estudo de caracterização socio demográfico e epidemiológico da população intervencionada / beneficiários do projeto e do capital humano de intervenção - 7.214,00 €- (termo de referência Realização de estudo, para a UMCCI, para caracterizar o capital humano da RNCCI, por região- Base Gov)- <https://www.base.gov.pt/Base4/pt/detalhe/?type=contratos&id=83686> (Evidência 52_C1)
- aquisição de Material e Tecnologias de Reabilitação -3.669,71 € (Termo de Referência Aquisição de 27 Jogos Memória Sénior - Projeto de Incentivo à Melhoria da Qualidade nas Unidades RNCCI – base Gov) <http://www.base.gov.pt/Base/pt/Pesquisa/Contrato?a=1075940> (Evidência 53_C1)
- Aquisição de Equipamento Informático e de Comunicação - 3.458,34 € (termo de referência Aquisição de Equipamento Informático e de Comunicação para as Estruturas de Apoio Integrado às Unidades da RNCCI- Base Gov) <http://www.base.gov.pt/Base/pt/Pesquisa/Contrato?a=142485> (Evidência 54_C1)
- Relatório de Consultoria relativo à estratégia de planeamento e integração de cuidados ao domicílio em CCCI Saúde Mental - 24 657,95 € (termo de referência - Aquisição de serviços de consultoria de estratégia, planeamento e inovação em integração de cuidados e RNCCI Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. Multimedicina, Lda. 21.660,00 € 26-02-2021- Base Gov) <http://www.base.gov.pt/Base/pt/Pesquisa/Contrato?a=7503433> (Evidência 55_C1)

Meta IV: Aumento do número de vagas (disponibilidade de lugares por tipo de resposta) em cuidados continuados integrados pediátricos (1.156.666M€)

Valores Padrão para o apuramento do investimento elegível a cofinanciamento das Candidaturas na área da Saúde no âmbito do PT2020 (AVISO N.º CENTRO-42-2021-20)

Prevê-se um apoio financeiro:

- disponibilização de 12 camas/lugares de Continuados Integrados Pediátricos, por via da construção, apurado de acordo com a nota (2) – 12 camas x 68,26m² x 1.300€ = 1.073.756M€
- Equipamento (91.800€)
Mobiliário 26 400 € (Evidência 1.a_C1)
Mobiliário Unidade do Utente: 6*6.000€ = 36 000€
Equipamento Médico: 20 500€ (Evidência 1.a_C1)
Equipamento informático: 8 900€ (Evidência 1.a_C1)

Nota1 (Evidência 1b):

Cálculo de área bruta de Construção por cama: 68,26 m² (Evidência 1b)

Cálculo de área bruta de Requalificação/ampliação por cama:35m² (Evidência 1b, 1c e 1d)

Nota 2:

Cálculo de área bruta de Construção por cama: 60 m² (Evidência 1b)

Cálculo de área bruta de Requalificação/ampliação por cama:35m² (Evidência 1b, 1c e 1d)

N.º do projeto: P2 - Reforçar as respostas na área da saúde mental e demências associadas ao envelhecimento

Meta V: Requalificar infraestruturas de saúde e os equipamentos/tecnologia associados aos cuidados de saúde diferenciados – 12,847€.

O valor previsto para o investimento teve por base o levantamento das necessidades junto de **6 serviços de cuidados hospitalares do SESARAM** que se pretende que sejam requalificados para servir utentes com problemas de saúde mental e demências associadas ao envelhecimento. De seguida é apresentado o detalhe dos custos e fontes de informação.

- Obras – 5,847M€ |
 - Prevê-se que sejam necessárias obras de requalificação em cada serviço, considerando uma área média de 500 m² por serviço.
 - Serve de base de cálculo, as obras recentemente realizadas em espaços SESARAM, indicam um custo médio de 1.949€ € por m², tendo por base a média das intervenções no Serviço de Urgência e das intervenções na Unidade de Internamento
 - Ampliação das Urgências – 1.480.000€ (Evidência 2_C1 - Resolução 329/2020) / 1149m² (Evidência 6_C1) = 1.288m²
 - Unidade de Internamento – 999.994€ € (Evidência 3_C1 - Resolução 1088/2020) / 383m² (Evidência 6_C1) = 1.288m²
 - Valor médio = 1.9449€/m²
 - 6 serviços x 500m² x 1.949€/m² = 5.847.000€
- Aquisição de equipamentos (gerais, clínicos de diagnóstico e terapêutica, e médicos) – 7M€
Fonte: Propostas de fornecedores e Faturas referentes a aquisições (Evidência 4)

Meta VI: Requalificar os cuidados de saúde primários, com recursos de apoio ao diagnóstico – 9,091M€

O valor previsto para o investimento teve por base o levantamento das necessidades junto de **8 unidades de cuidados primários que contemplam o serviço de urgência** que se pretende que sejam requalificados para servir utentes com problemas de saúde mental e demências associadas ao envelhecimento. De seguida é apresentado o detalhe dos custos e fontes de informação.

- Obras – 3,091M€ |
 - Prevê-se que sejam necessárias obras de requalificação em cada centro de saúde com serviço de urgência, considerando uma área média de 300 m² por serviço.
 - Serve de base de cálculo, as obras recentemente realizadas no Serviço de Urgência do SESARAM, que indicam um custo de 1.288€/m²
 - Ampliação das Urgências – 1.480.000€ (Evidência 2_C1 - Resolução 329/2020) / 1149m² (Evidência 6_C1) = 1.288m²
 - 8 unidades de cuidados de saúde primários x 1.288€/ m² x 300 m² = 3.091.200€
- Aquisição de equipamentos (gerais, clínicos de diagnóstico e terapêutica, e médicos) – 6M€

Evidência	Designação	Quant.	P. Unit.	Preço Total
Evidência 4j	Proposta 2017100009 marquesa	47	8 565	402 536
Evidência 4f	CONSULTA PRÉVIA Nº 1ECP20200016	49	6 750	330 750
Evidência 4s	CPrevia_1ECP20200069_Proposta	47	20 100	944 700
Evidência 7a	1. SESARAM - DCAR - 3xMAC 2000 - Proposta nº 2007819891	28	5 990	167 720

Evidência 7b	Proposta Equipamentos RX	Equipamentos de Raio X	28	117 500	3 290 000
Evidência 7c	proposta comercial esfigomanómetros - pag 10	Esfigomanómetro com oximetria	25	750	18 750
					6 000 236

Meta VII: Implementar o projeto de hospitalização domiciliária (1,076M€)

O valor previsto para o investimento teve por base o projeto para o início da Hospitalização Domiciliária no SESARAM.

Evidências	Designação	Quant.	Custo unitário	Custo Total	
Evidência 4s	CPrevia_1ECP20200069_Proposta	Ecógrafo portátil com sistema wifi	14	20 100	281 400
Evidência 8a	Proposta P7667-10623-RC	Frigorífico para medicamentos	12	2 239	26 865
Evidência 8b	1_1 CD20182795_20181116 _120225288	Mala de emergência e equipamentos médicos básicos	12	175	3 675
Evidência 8c	Proposta Viatura Cuidados Domiciliários	Viaturas adaptadas	18	42 500	765 000
					1 076 940

Meta VIII: Incrementar a resposta dos serviços de Hospital de dia – 7,288M€

O valor previsto para o investimento teve por base o levantamento das necessidades junto de vários serviços de Hospitais de Dia e da necessidade de criação de novas unidades, para servir utentes com problemas de saúde mental e demências associadas ao envelhecimento. De seguida é apresentado o detalhe dos custos e fontes de informação.

- Obras 1,288€
 - Prevê-se que sejam necessárias obras de requalificação e reconversão em cerca de 1000 m²
 - Considerou-se para a base de cálculo, as obras recentemente realizadas no Serviço de Urgência do SESARAM, que indicam um custo de 1.288€/m²

Ampliação das Urgências – 1.480.000€ (Evidência 2_C1 - Resolução 329/2020) / 1149m² (Evidência 6_C1) = 1.288m²
1.288€/ m² x 1.000 m² = 1.288.00€
- Aquisição de equipamentos (gerais, clínicos de diagnóstico e terapêutica, e médicos) – 6M€ (Evidência 5)
Fonte: Propostas de fornecedores e Faturas referentes a aquisições semelhantes

Meta IX: Reforçar as respostas na área da saúde mental e das demências associadas ao envelhecimento, designadamente com a criação de Equipas de Saúde Mental Comunitária (0,808M€)

O valor previsto para o investimento teve por base o levantamento das necessidades, para servir os utentes com problemas de saúde mental e/ou demências associadas ao envelhecimento. De seguida é apresentado o detalhe dos custos e fontes de informação.

- Obras – a,708M€
 - Prevê-se que sejam necessárias obras de reconversão em cerca de 11 locais no SESARAM com uma área média de 50 m²
 - Para base de cálculo, considerou-se as obras recentemente realizadas no Serviço de Urgência do SESARAM, indicam um custo de 1.288€/m²

Ampliação das Urgências – 1.480.000€ (Evidência 2_C1 - Resolução 329/2020) / 1149m² (Evidência 6_C1) = 1.288m²

$$11 \text{ locais} \times 50 \text{ m}^2 \times 1.288\text{€/ m}^2 = 708.400\text{€}$$

- Aquisição de equipamentos de transporte e material técnico de apoio – 100.000€.

$$\text{Cálculo: } 5 \text{ viaturas} \times 22.000\text{€} = 110.000\text{€ (evidência 9)}$$

Adicionalmente estão previstas, na Madeira e Porto Santo, a criação de diversas unidades de saúde mental com equipas especializadas afetas às mesmas, incluindo a intervenção de médico especialista em Psiquiatra e Saúde Mental.

Meta X: Novas respostas na área da saúde mental e das demências associadas ao envelhecimento, designadamente com a criação de Projetos de Acompanhamento de Doentes e Famílias (3,88M€)

O valor previsto para o investimento teve por base o levantamento das necessidades, para servir os utentes e famílias com problemas de saúde mental e/ou demências associadas ao envelhecimento. De seguida é apresentado o detalhe dos custos e fontes de informação.

- Obras – 0,386M€
 - Prevê-se que sejam necessárias obras de reconversão em cerca de 300 m²
 - Considerou-se como base de cálculo, as obras recentemente realizadas no Serviço de Urgência do SESARAM, indicam um custo de 1.288€/m²
 - Ampliação das Urgências – 1.480.000€ (Evidência 2_C1 - Resolução 329/2020) / 1149m² (Evidência 6_C1) = 1.288m²
 - 300 m² x 1.288€/ m² = 386.000€
- Aquisição de equipamentos de transporte e material técnico de apoio – 3,502M€.

Evidência (propostas e orçamentos)	Designação	Quant	C. unitário	Custo Total
Evidência 10a_ Orçamento cadeira de banho	Cadeira de apoio banho	318	287	91 266
Evidência 4e_Proposta Mobiliario Sesaram Assinado (2)	Cadeirão elétrico	300	221	66 183
Evidência 4c_Proposta Agimade Diversos	Cadeiras de rodas	415	221	91 553
Evidência 4c_Proposta Agimade Diversos	Cama elétrica articulada	990	1 600	1 583 980
Evidência 10b Prop. Camião Distribuição & Prop. caixa camião 221041	Camião para distribuição	3	66 330	198 990
Evidência 4g_Proposta Sesaram 11-09-20 - 1BCP20200175	Colchões pressão alterna	990	1 485	1 470 150
				3 502 122

No âmbito PRR, não estão associados encargos com os recursos humanos, sejam remunerações ou ações de formação, no âmbito das respostas de saúde acima elencadas, sendo os mesmos assegurados pelo orçamento da RAM.

Investimento RE-C01-i06: Transição Digital da Saúde

- Custo total previsto: 300,0 milhões de EUR
 - 2021: 70,0 milhões de EUR
 - 2022: 186,0 milhões de EUR
 - 2023: 27,0 milhões de EUR
 - 2024: 17,0 milhões de EUR

Os custos considerados neste investimento ascendem a 299.994.373,00€ e tiveram por base o seguinte racional:

Componente	Notas explicativas	Perfis/Rate hora (s/IVA)/Id Evidência¹¹			Id Evidência/Evidência
A. Desenvolvimento de software	O custo médio relativo aos recursos a adquirir com vista a atividades de desenvolvimento de software foi obtido tendo como referência o histórico de processos aquisitivos equivalentes da SPMS, tendo sido considerado um valor hora médio de 31,00€ e um valor total de 4 198 503 horas de trabalho. Considerando o valor hora médio e número de horas de trabalho previstas, totaliza 130.153.580,00 €.	Gestor de Projeto	40,5 €	5	1.1 Serviços de Gestão de Projeto (Ref ^o 20170381 – Sublote 1)
		Consultor Sénior	36,4 €	1.1; 1.4	1.2 Serviços de Gestão de Projeto (Ref ^o 20170381 – Sublote 3)
		Consultor	35,1 €	1.2; 1.3	1.3 Serviços de Gestão de Projeto (Ref ^o 20170381 – Sublote 6)
		Consultor CiberSegurança	34,0 €	2	1.4 Serviços de Gestão de Projeto (Ref ^o 20170381 – Sublote 7)
		Arquiteto Sistemas	24,2 €	7	2. Serviços de Consultoria Externa Especializada em Cibersegurança (Ref ^o 20190128)
		Developer	23,8 €	3; 4	3. Serviços Continuidade da atividade DSI II (Ref ^o 20210163)
		Tester	19,5 €	6	4. Serviços Continuidade da atividade DSI III (Ref ^o 20210164)
					5. Serviços de gestão de projeto e apoio funcional no âmbito

¹¹ O valor médio da rate foi calculado com base no valor médio da rate de perfis equivalentes presentes nos contratos apresentados como evidência

<i>Componente</i>	<i>Notas explicativas</i>	<i>Perfis/Rate hora (s/IVA)/Id Evidência 1 1</i>	<i>Id Evidência/Evidência</i>
			<p>da aplicação SONHO, SCLÍNICO e S3</p> <p>(Ref.^a: 20200136 – Sublote 1)</p> <p>6. Serviços de desenvolvimento e manutenção do SONHO - Versão 1 e 2</p> <p>(Ref.^a: 20200322 - Sublote 3)</p> <p>7. Serviços de desenvolvimento e implementação do Serviço de Agendamento do S3 (Sistema de Cuidados de Saúde Hospitalar)</p> <p>(Ref.^a: 20200322 - Sublote 4)</p>
<i>B. Recursos a adquirir com vista a atividades de migração de dados e infraestrutura</i>	<i>O custo médio relativo aos recursos a adquirir com vista a atividades de migração de dados e infraestrutura foi obtido tendo como referência o histórico de processos aquisitivos equivalentes da SPMS, tendo</i>	<p><i>Gestor de Projeto</i> 40,5 € 1</p> <p><i>Consultor CiberSegurança</i> 40,0 € 2</p> <p><i>Administrador de Base de Dados</i> 33,5 € 3</p>	<p>1. Serviços de gestão de projeto e apoio funcional no âmbito da aplicação SONHO, SCLÍNICO e S3 (Ref.^a: 20200136 – Sublote 1)</p> <p>2. Serviços de Consultoria Externa Especializada em cibersegurança (Ref.^a 20190128)</p> <p>3. Aquisição de Serviços de Operação (Ref.^a 20190334 Lote 2)</p>

<i>Componente</i>	<i>Notas explicativas</i>	<i>Perfis/Rate hora (s/IVA)/Id Evidência 11</i>	<i>Id Evidência/Evidência</i>
	<p> <i>sido considerado um valor hora médio de 38,00€ e um valor total de 522 530 horas de trabalho. Considerando o valor hora médio e número de horas de trabalho previstas, totaliza 19.856.138,00€</i> </p>		
<p> <i>C. Recursos a adquirir com vista a atividades de capacitação</i> </p>	<p> <i>O custo médio relativo aos recursos a adquirir com vista a atividades de capacitação de RH foi obtido tendo como referência o histórico de processos aquisitivos equivalentes da SPMS, tendo sido considerado um valor hora médio de 22,00€ e um valor total de 1 098 526 horas de trabalho.</i> </p>	<p> <i>Consultor Funcional 24,1 € 1; 2</i> <i>Consultor funcional/formador 19,8 € 3</i> </p>	<p> <i>1. Aquisição de serviços de formação e ativação no âmbito do Sclínico Hospitalar (Refª 20190013)</i> <i>2. Serviços de apoio e execução de Rollouts da Suite Hospitalar para as Instituições CHTMAD, CHVNG, IPOP e CHLC (Refª 20200322)</i> <i>3. Aquisição de Serviços de Formação e Acompanhamento dos Sistemas de Informação da Unidade de Cuidados de Saúde Primários e</i> </p>

<i>Componente</i>	<i>Notas explicativas</i>	<i>Perfis/Rate hora (s/IVA)/Id Evidência 11</i>	<i>Id Evidência/Evidência</i>
	<i>Considerando o valor hora médio e número de horas de trabalho previstas, totaliza 24.167.589,00 €.</i>		<i>de Proximidade (Refº20190137)</i>
<i>D. Aquisição de equipamentos, hardware e empreitadas¹²</i>	<i>O custo relativo à aquisição de equipamentos, hardware e empreitadas de 125.817.066,00 € foi obtido com base nos valores de projetos anteriores com âmbitos similares, tendo ainda em consideração o conhecimento da dimensão do projeto e da dimensão do SNS. Foram ainda tidos em consideração ajustes aos valores atendendo a uma possível</i>	<i>Centros de Processamento de Dados</i> <i>Armazenamento - Valor médio/TB – 1.070,19€ 5;7</i> <i>Processamento</i> <i>Hiperconvergência (SW, Rede, Backup) – 75.715,70€</i> <i>Blade (SW) – 27.745,35 € 2;6</i> <i>Rede (SDN)</i> <i>Agregador - 10.274,59€</i> <i>Distribuidor – 5.708,11€</i> <i>Segurança</i> <i>Firewall – 93.755,51€ 1;6</i> <i>Firewall aplicacional – 46.500,00€</i> <i>Base de dados (por Core) -38.065,54€</i> <i>Cópias de segurança (valor /TB) – 971,51,00€ 3;6</i> <i>Proteção móvel para os utilizadores-2,05€/utilizador</i> <i>Segurança avançada da rede – 42,48€/IP</i> <i>SAN Switch (valor/porta) – 1.438,06€</i>	<i>Contrato_SRD</i> <i>Contrato_PROC</i> <i>Contrato_CSEG</i> <i>Contrato_CPessoal</i> <i>Contrato_ARM</i> <i>CE_SRD_PROC_CSE</i> <i>EG</i> <i>CE_ARM</i> <i>valores_CPessoal</i>

¹² Os valores apresentados referem-se a valores unitários sendo a base de cálculo a aplicar para a necessidade da requalificação tecnológica do SNS. Previsão de aquisição efetiva de 6 PB, segundo centro de dados, centralização dos centros de dados dos Cuidados de Saúde Primários, 18000 computadores pessoais; instalação de 7000 Aps wi-fi para rede corporativa e wi-fi utente nos Cuidados de Saúde Primários, 30000 telefone para os Cuidados de Saúde Primários, requalificação das redes locais, 2500 kits de Telessaúde e equipamento de Telemonitorização para 50 000 utentes.

<i>Componente</i>	<i>Notas explicativas</i>	<i>Perfis/Rate hora (s/IVA)/Id Evidência 11</i>	<i>Id Evidência/Evidência</i>
	<i>economia de escala.</i>	<i>Monitorização de performance das aplicações (preço/serviço monitorizado) – 566,67€</i> <i>Balanceador de carga – 74.314,00€</i> <i>Computador Pessoal - 4, 8</i> <i>Portátil – 855,00€</i> <i>Mochila/Mala - 15,00€</i> <i>Rato sem fios – 10,00€</i> <i>Ecrã externo 21” – 120,00€</i> <i>Sistema Operativo – 120,00</i> <i>Teclado – 10,00€</i> <i>Redes Locais (passivos)</i> <i>Valor médio/tomada – 100,00€</i> <i>WI-FI</i> <i>Valor médio/AP – 450,24€</i> <i>VoIP</i> <i>Valor Médio/Telefone – 221,04€</i> <i>Kits de Telessaúde</i> <i>Colunas para PC e Webcam – 22,30€</i> <i>Equipamento de Telemonitorização –</i> <i>Potenciómetro; oxímetro, pedómetro, termómetro, balança, glucómetro – 237,00€</i>	

Investimento RE-C01-i07-RAM: Digitalização na área da Saúde da RAM

N.º Proj	Designação do Investimento	2021	2022	2023	2024	2025	2026	Valor do Investimento
P1	Digitalização na área da Saúde.							11.5M
	P1.1 – Criar/implementar tecnologias digitais de apoio à monitorização de doentes.	1	1	1	1	1	1	6M
	P1.2 – Intensificar a tele saúde, com definição da rede de suporte.	0.25	0.25	0.25	0.25			1M
	P1.3 – Reforçar as tecnologias de comunicação e informação e inteligência artificial para a vigilância epidemiológica.	0.15	0.15	0.15	0.15	0.15	0.25	1M
	P1.4 – Incrementar a digitalização da saúde à informação e aos serviços de Saúde, através de	1	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	3.5M
P2	Melhorar o acesso do cidadão à informação e aos serviços de Saúde, através de meios digitais.	0.2	0.3	0.3	0.3	0.4	1	2.5M
P3	Incrementar as funcionalidades e o uso das plataformas dedicadas ao utente.	0.25	0.25					0.5M
P4	Formar os cidadãos e os stakeholders para o uso dos recursos digitais em saúde.		0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.5M
	TOTAL	2.85	2.55	2.30	2.30	2.15	2.85	15M

- **Racional para apuramento dos custos:**

Projeto 1 - Digitalização na área da Saúde

P1.1 - Criar/implementar tecnologias digitais de apoio à monitorização de doentes

I	<p>Desmaterialização de diversos processos em algumas áreas do SESARAM tais como Obstetrícia, Circuito de Prescrição interna para dispensa na Farmácia Hospitalar (administração em Hospital de Dia), Medicina Física e de Reabilitação, Serviço Social, Gestão de Visitas, Nutrição, Cirurgia Cardio-Torácica, Gestão documental, Aprovisionamento, Gestão de Ativos, entre outros</p>	<p>O custo previsto tem um valor de 1.200.000€ e teve por base o seguinte racional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aquisição de hardware = 54.414€ 12 Discos para reforço da capacidade de armazenamento= 17.913,12€ (Fonte: Consulta Prévia n.º 1ECP20200042 - Evidência 11_C1) 1 Equipamento de armazenamento SAN = 36.501,25€ (Fonte: Fatura FT 2020FT1/38 de Fornecedor - Evidência 12_C1) • Aquisição de software= 86.500€ CardioBase ®=37.500€ (Fonte: Proposta PR008-21-E de Fornecedor - Evidência 13_C1) Gestão Documental =49.000€ (Fonte: Proposta N.º:ID 17 02 2021 de Fornecedor - Evidência 14_C1) • Consultoria e apoio ao desenvolvimento aplicacional=1.059.086€ Desenvolvimento aplicacional, parametrização e integração com soluções internas 47.071 horas, considerando um custo/hora= 22,5€. (Fonte: Portal Base-contrato idêntico –contrato com valor de 14.400 para 640h = 22,5€/h) - Evidência 15_C1)
---	---	--

II	Desenvolvimento de solução com vista ao registo da Consulta Multidisciplinar de Decisão Terapêutica	<p>O custo previsto tem um valor de 100.000€ e teve por base o seguinte racional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultoria e apoio ao desenvolvimento aplicacional =100.000€ Desenvolvimento aplicacional, parametrização e integração com soluções internas 4.444 horas, considerando um custo/hora= 22,5€. (Fonte: Portal Base –contrato idêntico-contrato com valor de 14.400 para 640h = 22,5€/h - Evidência 15_C1)
III	Desenvolvimento de plataforma de apoio ao registo dos resultados da I&D na área da Cardiologia	<p>O custo previsto tem um valor de 200.000€ e teve por base o seguinte racional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aquisição de hardware = 36.501€ 1 Equipamento de armazenamento SAN = 36.501,25€ (Fonte: Fatura FT 2020FT1/38 de Fornecedor - Evidência 12) • Consultoria e apoio ao desenvolvimento aplicacional =163.499€ Desenvolvimento aplicacional, parametrização e integração com soluções internas 7.267 horas, considerando um custo/hora= 22,5€. (Fonte: Portal Base –contrato idêntico-contrato com valor de 14.400 para 640h = 22,5€/h - Evidência 15_C1)
IV	Desenvolvimento do sistema de referência existente nos Cuidados de Saúde Primários	<p>O custo previsto tem um valor de 400.000€ e teve por base o seguinte racional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultoria e apoio ao desenvolvimento aplicacional =400.000€ Desenvolvimento aplicacional, parametrização e integração com soluções internas 17.778 horas, considerando um custo/hora= 22,5€. (Fonte: Portal Base –contrato idêntico-contrato com valor de 14.400 para 640h = 22,5€/h - Evidência 15_C1)
V	Prescrição e controlo eletrónico de medicação em hemato-oncologia	<p>O custo previsto tem um valor de 850.000€ e teve por base o seguinte racional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aquisição de hardware = 50.000€ 1 Equipamento de armazenamento SAN = 36.501,25€ (Fonte: Fatura FT 2020FT1/38 de Fornecedor) (evidência 12_C1)) 25 computadores de suporte à solução =13.498,75€ (Fonte: Orçamento ORF 2020-1510 de Fornecedor) (550€ por computador) - (evidência 16_C1)) • Aquisição de licenciamento e serviços de parametrização = 276.150€ 140 licenças e apoio à implementação x 1.972,75 =276.150€ (Fonte: Proposta de Fornecedor de 10.03.2021) (98.265 para 50 licenças = 1.972,5 - Evidência 17_C1)) • Consultoria e apoio ao desenvolvimento aplicacional =800.000€ Desenvolvimento aplicacional, parametrização e integração com soluções internas 35.556 horas, considerando um custo/hora= 22,5€. (Fonte: Portal Base–contrato idêntico-contrato com valor de 14.400 para 640h = 22,5€/h -Evidência 15_C1)
VI	Desenvolvimento do Portal da Nutrição	<p>O custo previsto tem um valor de 300.000€ teve por base o seguinte racional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultoria e apoio ao desenvolvimento aplicacional =300.000€ Desenvolvimento aplicacional, parametrização e integração com soluções internas 13.333 horas, considerando um custo/hora= 22,5€. (Fonte: Portal Base –contrato idêntico-contrato com valor de 14.400 para 640h = 22,5€/h - Evidência 15_C1)
VII	Aquisição de um sistema de pulseira eletrónica para doentes.	<p>O custo previsto tem um valor de 350.000€ e teve por base o seguinte racional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aquisição de hardware = 200.000€ 2.924 pulseiras x 68,4€ por unidade = 200.000€ (Fonte: Proposta de Fornecedor especializado de 26.03.2021 - Evidência 18 C1) • Consultoria e apoio ao desenvolvimento aplicacional =150.000€ Desenvolvimento aplicacional, parametrização e integração com soluções internas 6.667 horas, considerando um custo/hora= 22,5€. (Fonte: Portal Base –contrato idêntico-contrato com valor de 14.400 para 640h = 22,5€/h - Evidência 15_C1)

VIII	Renovação do Data Center e reforço da rede de suporte às plataformas digitais do SESARAM	<p>O custo previsto tem um valor de 800.000€ e teve por base o seguinte racional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aquisição de hardware = 583.902€ 4 Servidores = 2 x 291.951€ (Fonte: Proposta de Fornecedor especializado de 29.11.2020 - Evidência 19_C1) • Consultoria e apoio ao desenvolvimento aplicativo=216.098€ Desenvolvimento aplicativo, parametrização e integração com soluções internas 9.604 horas, considerando um custo/hora= 22,5€. (Fonte: Portal Base –contrato idêntico-contrato com valor de 14.400 para 640h = 22,5€/h - Evidência 15_C1)
IX	Aquisição de equip. para acesso às aplicações informáticas (tablets, pc's, portáteis, smartphones, routers 4G), para teleaúde, visitas domiciliárias, vacinação e atividades em ambientes externos ao SESARAM	<p>O custo previsto nesta iniciativa tem um valor 1.800.000€ e teve por base o seguinte racional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aquisição de hardware = 1.800.000€ 325 Portáteis x 459 =149.175€ (Evidência 20a_C1) 2701 PC's x 509 = 1.375.000€ (Evidência 20b_C1) 1.379 Smartphones x 55,28 = 76.224€ (Modelo Altiice C32) - (Evidência 20c_C1) 533 Tablets x 374,2= 199.601€ (valor do contrato de 37.420 para 100 tablets = 374,2€ por tablet) - (Evidência 20d_C1) (Fonte: Proposta de diversos fornecedores & Contrato semelhante do Portal Base)

P1.2 - Intensificar a teleaúde, com definição da rede de suporte

X	Reforço de antenas e controladoras wifi	<p>O custo previsto tem um valor de 350.000€ e teve por base o seguinte racional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aquisição de hardware = 235.372€ 2 controladoras “Cisco Catalyst 9800-L Wireless Controller_Fiber Uplink” com o custo de 10.561€ 200 antenas “Catalyst 9200 48-port 8xmGig PoE+, Network Essentials” com o custo de 224.881,12€ (Fonte: Proposta PR-19481-S2C4H0-VS2) (Evidência 30_C1 e Evidência 30a) • Consultoria e apoio ao desenvolvimento aplicativo =114.628€ Desenvolvimento aplicativo, parametrização e integração com soluções internas 5,094horas, considerando um custo/hora= 22,5€. (Fonte: Portal Base –contrato com valor de 14.400 para 640h = 22,5€/h - Evidência 15_C1)
XI	Reforço de infraestrutura (2 Switches de SAN - 2 Brocade G620 FC; 1 Core Switches CISVO - MCC; 50 Switches 9200L 48ports 4x10GB)	<p>O custo previsto tem um valor de 650.000€ e teve por base o seguinte racional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aquisição de hardware = 641.500,36€ 70 Switches, com o custo de 335.392,40€ (Evidência 30_C1 e Evidência 30b) 1 Core Switch, com o custo de 143.013,92€ (Evidência 30_C1 e Evidência 30b) 4 Switches SAN, com o custo de 163.094,04€ (Evidência 31_C1) (Fonte: Propostas de fornecedores especializados) • Consultoria e apoio ao desenvolvimento aplicativo = 8.500€ Desenvolvimento aplicativo, parametrização e integração com soluções internas 378 horas, considerando um custo/hora= 22,5€. (Fonte: Portal Base -contrato com valor de 14.400 para 640h = 22,5€/h - Evidência 15_C1)

P1.3 - Reforçar as tecnologias de comunicação e informação e inteligência artificial para a vigilância epidemiológica.

XII	Adequação dos Sistemas de Informação e de comunicação às necessidades impostas pela pandemia.	<p>Estimativa de custos tendo por base o custo estimado de projeto similar desenvolvido em 2021 para vigilância epidemiológica da COVID-19 – Projeto MadeiraSafe (Total previsto=750.000 €)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Serviços de engenharia para desenvolvimento de <i>software</i> e implementação, serviços de computação e comunicações - (Total=: considerando o desenvolvimento base já foi desenvolvido no projeto em curso, cujo serviço tem um custo de 202.059,38€ (evidência 43_C1) ser prestado num período de 6 meses. Assinala-se que o tipo de serviço, no período de referência deste PRR será complementar ao já efetuado na fase inicial, estimando-se um total de 726.000 €. • Aquisição de <i>hardware</i> complementar tendo como referência equipamentos em uso nas operações de vigilância epidemiológica nas portas de entrada da RAM e delegações de saúde regionais (Total previsto=24.000€: tablets (374,2€ x 25= 9.355€ - Evidência 20d_C1), smartphones (55,28€ x 33 = 1.824€ - Evidência 20c_C1), computadores portáteis e similares (459€ x 28 = 12.852€ - Evidência 20a_C1)
XIII	Capacitação dos Recursos Humanos e reforço de serviços especializados no domínio da Qualidade, Saúde e Investigação.	<p>Estimativa de custos tendo por base o custo estimado de projeto similar desenvolvidos durante o ano de 2020 no âmbito da Investigação (Total=250.000 €)</p> <p>No âmbito do PRR, assinala-se que a prestação de serviços por unidades especializadas da Qualidade, Saúde e Investigação será estratégia de reforço da DRS, assim como a capacitação dos RH próprios através do trabalho com equipas de investigação de referência.</p> <p>Pelas características semelhantes em termos de objectivos, tomou-se como referência para investimento o referido projeto de 2020, no âmbito do Projeto MadeiraSafe, onde foi cobrado o valor aproximado de 15.000€/mês, ou seja 500€/dia.</p> <p>Considerou-se na presente iniciativa, uma alocação exclusiva dos recursos ao projeto de cerca de 7 dias em cada mês, perfazendo um investimento total de cerca de 252.000€.</p> <p>Cálculo Contrato: 45.000 para 90 dias = 15.000€/mês / 30 dias = 500€/7dia = 7 dias x 12 meses x 500€ x 6 anos = 252.000€ (Fonte: Ofício SH-03-2020 - Proposta Madeira Safe) - (Evidência 44_C1)</p>

P1.4 - Incrementar a digitalização da saúde e a interoperabilidade de sistema de informação

XIV	Implementação de um sistema de integração dos rastreios realizados no SESARAM com o sistema hospitalar.	<p>O custo previsto tem um valor de 300.000€ e teve por base o seguinte racional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultoria e apoio ao desenvolvimento aplicacional = 300.000€ Desenvolvimento aplicacional, parametrização e integração com soluções internas 13.333 horas, considerando um custo/hora= 22,5€. (Fonte: Portal Base –contrato com valor de 14.400 para 640h = 22,5€/h - Evidência 15_C1)
XV	Integração de pedidos de medicamentos com avaliação obrigatória pela CFT no sistema hospitalar.	<p>O custo previsto tem um valor de 300.000€ e teve por base o seguinte racional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultoria e apoio ao desenvolvimento aplicacional = 300.000€ Desenvolvimento aplicacional, parametrização e integração com soluções internas 13.333 horas, considerando um custo/hora= 22,5€. (Fonte: Portal Base –contrato com valor de 14.400 para 640h = 22,5€/h - Evidência 15_C1)

XVI	Upgrade do sistema Pyxis - dispensador de medicamentos.	<p>O custo previsto tem um valor de 320.000€ e teve por base o seguinte racional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aquisição de hardware = 139.900€ Equipamentos variados (Fonte: Proposta DA0202012000016) (Evidência 21_C1) • Consultoria e apoio ao desenvolvimento aplicativo = 180.100€ Desenvolvimento aplicativo, parametrização e integração com soluções internas 8.004 horas, considerando um custo/hora= 22,5€. (Fonte: Portal Base –contrato com valor de 14.400 para 640h = 22,5€/h - Evidência 15_C1)
XVII	Aquisição/ subscrição do MVS - Medicines Verification System.	<p>O custo previsto tem um valor de 830.000€ e teve por base o seguinte racional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aquisição de hardware = 24.626,76€ Equipamentos e instalação de leitores de códigos de barras = 6.713€. 609,55x11 (Fonte: Portal Base – contrato idêntico - Evidência 22_C1) 12 Discos para reforço de armazenamento= 17.913,76€. (Fonte: Proposta Consulta Prévia n.º 1ECP20200042 - Evidência 11_C1) • Subscrição do serviço = 7.500€ (Fonte: Site do Fornecedor – Custos participação Titulares de AIM - Evidência 23_C1) • Consultoria e apoio ao desenvolvimento aplicativo = 797.874€ Desenvolvimento aplicativo, parametrização e integração com soluções internas 35.461 horas, considerando um custo/hora= 22,5€. (Fonte: Portal Base –contrato com valor de 14.400 para 640h = 22,5€/h - Evidência 15_C1)
XVIII	Implementar um sistema de prescrição e prestação eletrônica de MCDT (Exames Sem Papel)	<p>O custo previsto tem um valor de 300.000,00 € e teve por base o seguinte racional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adjudicação do sistema de prescrição e prestação eletrônica de MCDT – 45.000€; O custo estimado para este projeto/iniciativa, teve por base o histórico de um projeto semelhante adjudicado anteriormente aos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, nomeadamente, a implementação da Prescrição Eletrônica de Medicamentos (PEM). Este projeto irá refletir a prescrição eletrônica, mas de MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, e a sua respetiva desmaterialização (Exames Sem Papel). (Evidência 32_C1) • Consultoria com vista ao levantamento de requisitos, desenho de processos e parametrização dos workflows – 50.000,00 €; a. horas, considerando um custo/hora= 22,5€. (Fonte: Portal Base –contrato com valor de 14.400 para 640h = 22,5€/h - Evidência 15_C1) • Desenvolvimentos à medida com especificidades da Região e apoio à implementação da solução – 160.000€; Desenvolvimento aplicativo, parametrização e integração com soluções internas 7.111 horas, considerando um custo/hora= 22,5€. (Fonte: Portal Base –contrato com valor de 14.400 para 640h = 22,5€/h - Evidência 15_C1) • Apoio à operacionalização e divulgação interna – 45.000€. O custo estimado para este projeto/iniciativa, teve por base o histórico de um projeto semelhante adjudicado anteriormente aos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, nomeadamente, a implementação da Prescrição Eletrônica de Medicamentos (PEM) Este projeto irá refletir a prescrição eletrônica, mas de MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, e a sua respetiva desmaterialização (Exames Sem Papel). (Evidência 32_C1)

XIX	Criar um sistema de Conferência eletrónica dos cuidados de saúde da Região	<p>O custo previsto tem um valor de 500.000,00 € e teve por base o seguinte racional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultoria com vista ao levantamento de requisitos, desenho de processos e parametrização dos workflows – 50.000 €; • Desenvolvimento de um sistema feito à medida Conferência Eletrónica dos Cuidados de Saúde da Região – 200.000 €; • Integrações efetuadas com os sistemas responsáveis pela prescrição/prestação eletrónica de medicamentos, de MCDT e da rede de cuidados continuados integrados) – 150.000 €; • Implementação da conferência de novos cuidados de saúde – 100.000€. <p>O custo estimado para este projeto/iniciativa, teve por base o orçamento discriminado mencionado na proposta n.º 4103081, de 06 de janeiro do presente ano. (sob Acordo de Confidencialidade) Evidência 33_C1</p>
XX	Expandir/reforçar a capacidade do Data Center do IASAÚDE e reforçar a rede de comunicações de suporte às plataformas digitais.	<p>O custo previsto nesta iniciativa tem um valor de 750.000,00 € e teve por base o seguinte racional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aquisição de hardware e software para o data center do IASAÚDE, de modo a dar suporte aos projetos a implementar – 600.000,00 €; • Reforço/expansão da rede de comunicações de suporte às plataformas digitais – 150.000,00 €. <p>O custo estimado para este projeto/iniciativa, teve por base o orçamento discriminado mencionado na proposta ref. n.º PR-20241-Q0K4Y4, de 22 de janeiro do presente ano, (sob Acordo de Confidencialidade) Evidência 34_C1</p>
XXI	Reforçar a rede sem fios (wi-fi) no IASAÚDE e de equipamentos móveis (portáteis, tablet's).	<p>O custo previsto nesta iniciativa tem um valor de 200.000,00 € e teve por base o seguinte racional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reforço da rede sem fios (wi-fi) – Componente LAN/Wifi: 100.000,00 €; • Aquisição de equipamentos móveis (portáteis, tablet's) – Componente mobilidade: 100.000,00 €. <p>O custo estimado para este projeto/iniciativa, teve por base o orçamento discriminado mencionado na proposta n.º 4469311/1 de 22 de janeiro do presente ano, (sob Acordo de Confidencialidade) Evidência 35_C1</p>

P2 - Melhorar o acesso do cidadão à informação e aos serviços de Saúde, através de meios digitais

XXII	Subscrição da plataforma Microsoft Power BI Premium	<p>O custo previsto tem um valor de 450.000€ e teve por base o seguinte racional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subscrição dos serviços = 146.716€ (Fonte: Proposta de um fornecedor especializado - Evidência 24_C1) • Consultoria e apoio ao desenvolvimento aplicacional = 303.284€
------	---	--

		Desenvolvimento aplicativo, parametrização e integração com soluções internas 6.521 horas, considerando um custo/hora= 22,5€. (Fonte: Portal Base –contrato com valor de 14.400 para 640h = 22,5€/h - Evidência 15_C1)
XXIII	Desenvolvimento de indicadores de apoio à decisão para os diversos níveis da organização	O custo previsto tem um valor de 25.000€ e teve por base o seguinte racional: <ul style="list-style-type: none"> • Consultoria e apoio ao desenvolvimento aplicativo = 25.000€ Desenvolvimento aplicativo, parametrização e integração com soluções internas 1.111 horas, considerando um custo/hora= 22,5€. (Fonte: Portal Base –contrato com valor de 14.400 para 640h = 22,5€/h - Evidência 15_C1)
XXIV	Disponibilização de serviços de forma interativa em quiosques	O custo previsto tem um valor de 120.000€ e teve por base o seguinte racional: <ul style="list-style-type: none"> • Aquisição de hardware = 110.000€ 19 Quiosques ao preço unitário de 5.786€ (Fonte: Histórico de aquisições semelhantes - Evidência 25_C1) • Consultoria e apoio ao desenvolvimento aplicativo = 10.000€ Desenvolvimento aplicativo, parametrização e integração com soluções internas 444 horas, considerando um custo/hora= 22,5€. (Fonte: Portal Base –contrato com valor de 14.400 para 640h = 22,5€/h - Evidência 15_C1)
XXV	Integração tecnológica ent. externas – púb. e privadas - (ex: lares, clínicas, IPSS, e outros prestadores) para disponibilização de funcionalidades diversas	O custo previsto tem um valor de 30.000€ e teve por base o seguinte racional: <ul style="list-style-type: none"> • Consultoria e apoio ao desenvolvimento aplicativo = 30.000€ Desenvolvimento aplicativo, parametrização e integração com soluções internas 1.333 horas, considerando um custo/hora= 22,5€. (Fonte: Portal Base –contrato com valor de 14.400 para 640h = 22,5€/h - Evidência 15_C1)
XXVI	Reforço da MediCall do SESARAM: Divulgação de conteúdos / TV / Sistema de chamada de Utentes (generalização para outros serviços/áreas)	O custo previsto tem um valor de 625.000€ e teve por base o seguinte racional: <ul style="list-style-type: none"> • Aquisição de hardware = 576.200€ 421 MiniPC's ao custo unitário de 509€=214.400€ (Fonte: Proposta HAR-TR 7095/20 - Evidência 20b_C1) 555 TV's ao custo unitário de 300,076€=166.800€ (Fonte: Proposta ELE21/00064 - Evidência 26a_C1) 2.785 Conversores ao custo unitário de 59,9€=166.800€ (Fonte: Fatura Recibo N° 5366 - Evidência 26b_C1) 19 Amplificadores ao custo unitário de 717,6€=13.635€ (Fonte: Histórico de aquisições semelhantes) (Evidência 26c_C1) • Consultoria e apoio ao desenvolvimento aplicativo = 48.800€ Desenvolvimento aplicativo, parametrização e integração com soluções internas 2.169 horas, considerando um custo/hora= 22,5€. (Fonte: Portal Base –contrato com valor de 14.400 para 640h = 22,5€/h - Evidência 15_C1)
XXVII	Criar um novo site para o IASAÚDE, que contemple uma área de acesso para o utente	O custo previsto tem um valor de 150.000,00 € e teve por base o seguinte racional: <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de um site para o IASAÚDE, com a criação de uma área de acesso ao utente – 100.000,00 €; • Migração dos dados dos reembolsos dos utentes para a área de acesso ao utente – 20.000,00 €; • Apoio à operacionalização e divulgação interna – 30.000,00 €. <p>O custo estimado para este projeto/iniciativa, teve por base o orçamento discriminado mencionado na proposta n.º 2148.21, de 21 (Evidência 36_C1)</p>

XXVIII	Desenvolver uma plataforma Business Intelligence e de Advanced Analytics, que irá integrar e centralizar toda a informação da Saúde da Região	<p>O custo previsto tem um valor de 1.025.000,00 € e teve por base o seguinte racional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementação da plataforma analítica de suporte à tomada de decisão (Meliora), que irá dar suporte à Plataforma Power BI (visualização) – 100.000,00 €; • Licenciamento PowerBI – 100.000,00 €; • Análise e definição dos indicadores de monitorização do contrato programa – 125.000,00 €; • Integrações com os vários sistemas de gestão de informação (financeira, contrato-programa, prestadores, convenções, acordos, rede, medicamentos, entre outros) – 200.000,00 €; • Desenvolvimento à medida dos restantes indicadores de apoio à tomada de decisão e dashboards com informação da saúde da Região – 400.000,00 €; • Documentação, formação e divulgação – 100.000,00 €. <p>O custo estimado para este projeto/iniciativa, teve por base o orçamento discriminado mencionado na proposta para a implementação de uma Plataforma de Business Intelligence e de Advanced Analytics (Evidência 37_C1)</p>
XXIX	Possibilitar a entrega das Despesas de Saúde (Reembolsos) em todos os concelhos da RAM, através da aquisição de equipamentos.	<p>O custo previsto nesta iniciativa tem um valor de 150.000,00 € e teve por base o seguinte racional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adaptação do sistema para recolha da documentação das despesas de saúde nos diversos concelhos da Região – 120.000,00 €; • Aquisição de equipamentos (computadores, impressoras e digitalizadoras) para dar suporte ao projeto nos diversos concelhos – 15.000,00 €; <p>O custo estimado para este projeto/iniciativa, teve por base o orçamento discriminado mencionado na proposta de ref. n.º 057/CA/2021 (Evidência 38_C1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Custo com deslocações dos recursos aos concelhos – 15.000,00 €. <p>O custo com as deslocações dos recursos aos concelhos foi feito com base no valor/km.</p>

P3 - Incrementar as funcionalidades e o uso das plataformas dedicadas ao utente

XXX	Licenciamento de software para o desenvolvimento de aplicações móveis e respetivo desenvolvimento	<p>O custo previsto tem um valor de 50.000€ e teve por base o seguinte racional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aquisição de software = 9.919€ (Fonte: Proposta Orcamento n5 2000000027) – (Evidência 27_C1) • Consultoria e apoio ao desenvolvimento aplicacional = 40.081€ Desenvolvimento aplicacional, parametrização e integração com soluções internas 1.781 horas, considerando um custo/hora= 22,5€. (Fonte: Portal Base –contrato com valor de 14.400 para 640h = 22,5€/h - Evidência 15_C1)
XXXI	Desenvolvimento de aplicação para inquéritos de satisfação para o internamento	<p>O custo previsto tem um valor de 100.000€ e teve por base o seguinte racional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultoria e apoio ao desenvolvimento aplicacional = 100.000€ Desenvolvimento aplicacional, parametrização e integração com soluções internas 4.444 horas, considerando um custo/hora= 22,5€. (Fonte: Portal Base –contrato com valor de 14.400 para 640h = 22,5€/h - Evidência 15_C1)

XXXII	Incremento das funcionalidades disponíveis no portal do utente (disponibilização do resultado de análises clínicas e exames, novas marcações, chat de apoio ao utente, Cartão Pessoa Doença Rara, RENTEV, Nota Alta Internamento, Faturas Virtuais, Inquéritos de Satisfação do Atendimento (Qualidade), reposta a reclamações, SAUDE@ID, gamificação, etc...)	<p>O custo previsto tem um valor de 100.000€ e teve por base o seguinte racional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultoria e apoio ao desenvolvimento aplicacional = 100.000€ Desenvolvimento aplicacional, parametrização e integração com soluções internas 4.444 horas, considerando um custo/hora= 22,5€. (Fonte: Portal Base –contrato com valor de 14.400 para 640h = 22,5€/h - Evidência 15_C1)
XXXIII	Criar um espaço digital dedicado o utente, com toda a sua informação clínica	<p>O custo previsto nesta iniciativa tem um valor de 150.000,00 € e teve por base o seguinte racional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de uma plataforma digital dedicado ao utente com informação clínica – à semelhança do Registo de Saúde Eletrónico (RSE) dos Serviços Partilhados do Ministérios da Saúde (SPMS) – 60.000,00 €; • Integração com vários sistemas de gestão clínica e com o RSE da SPMS – 50.000,00 €; • Apoio à operacionalização e divulgação interna – 40.000,00 €. <p>O custo estimado para este projeto/iniciativa, teve por base o orçamento discriminado mencionado na proposta n.º 4390812, de 13 de janeiro 2021 (Evidência 39_C1)</p>
XXXIV	Desenvolver uma aplicação que permita a entrega das despesas de saúde para reembolso	<p>O custo previsto nesta iniciativa tem um valor de 100.000,00 € e teve por base o seguinte racional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de aplicação que permita o utente entregar as suas despesas de saúde eletronicamente – 75.000,00 €; • Integração com o sistema de gestão de reembolsos – 25.000,00 €. <p>O custo estimado para este projeto/iniciativa, teve por base o orçamento discriminado mencionado na proposta n.º 4501288, de 20 de janeiro 2021 (Evidência 40_C1)</p>

P4 - Formar os cidadãos e os stakeholders para o uso dos recursos digitais em saúde

XXXV	Projetos de literacia em saúde digital e ações de formação e de divulgação das tecnologias	<p>O custo previsto nesta iniciativa tem um valor de 250.000€ e teve por base o seguinte racional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aquisição de hardware = 170.885€ 100 Videoprojetores ao custo unitário de 673,21€=67.321€
------	--	--

	<p>disponibilizadas pelo SESARAM, direcionadas para os utentes, funcionários, fornecedores e demais parceiros</p>	<p>(Fonte: Proposta ELE17/00147 - Evidência 28a_C1)</p> <p>200 Webcams ao custo unitário de 37,62€=7.524€ (Fonte: T08 L26/20200549 - Evidência 28b_C1)</p> <p>200 Colunas de som ao custo unitário de 26,19€=5.238€ (Fonte: T08 L26/20200549 - Evidência 28b_C1)</p> <p>4 Mupi Led ao custo unitário de 22.700,5€=90.802€ (Fonte: Portal Base – contrato idêntico - Evidência 28c_C1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aquisição de software = 9.910€ Software com ferramentas de design gráfico, desenvolvimento web e edição de vídeos, para a produção de conteúdos (Fonte: Proposta PR-20222-Q3V2S6 - 2.477,58 x 4 - (Evidência 29_C1) • Consultoria e apoio ao desenvolvimento aplicativo = 69.205€ Desenvolvimento aplicativo, parametrização e integração com soluções internas 3.076 horas, considerando um custo/hora= 22,5€. (Fonte: Portal Base – contrato com valor de 14.400 para 640h = 22,5€/h - Evidência 15_C1)
<p>XXXVI</p>	<p>Criar canais de comunicação e divulgação para os todos os stakeholders do IASAÚDE.</p>	<p>O custo previsto nesta iniciativa tem um valor de 250.000,00 € € e teve por base o seguinte racional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criação e maquetização da identidade Corporativa das referidas campanhas de Comunicação – 5.540,00 € • Consultoria e Assessoria de Comunicação de promoção e informação das campanhas junto dos media e redes sociais, nomeadamente com a inserção de publicações nos media da Região - 12 600.00€ • Produção gráfica dos materiais de divulgação e comunicação das respetivas campanhas - 10 750.00€ • Produção do merchandising para a divulgação e comunicação das Campanhas do IASAÚDE - 6 110.00€ <p>NOTA: este valor 35.000,00€ é estimado por ano. (35.000,00 € *5=175.000,00€)</p> <p>O custo estimado para este projeto/iniciativa, teve por base o orçamento discriminado mencionado na proposta n.º 21/0024, de 7 de janeiro 2021 (Evidência 41_C1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criação de conferências e seminários para os Stakeholders • Criação e maquetização da identidade Corporativa do Evento - 750,00 € • Promoção e divulgação do evento junto dos media e redes sociais de referência – 2.050,00€ • Produção gráfica dos materiais de informação, divulgação e organização do evento(material diverso) – 3.650,00€ • Produção do merchandising de apoio ao evento – 1.600,00€ • Prestação de serviços de equipa técnica, aluguer de equipamento de som e projeção no espaço – 4.500,00€ • Prestação de serviço de reportagem fotográfica e vídeo durante os dias do evento – 950,00€ • Prestação de serviços de equipa de hospedeiras de apoio durante todos os dias do evento e prestação de serviços de Apresentação do evento – 850,00€ <p>NOTA: este valor 15.000,00€ é estimado por ano. (15.000,00 € *5=75.000,00€)</p> <p>O custo estimado para este projeto/iniciativa, teve por base o orçamento discriminado mencionado na proposta n.º 21/0023, de 7 de janeiro 2021 (evidência 42_C1)</p>

Investimento RE-C01-i08-RAA: Hospital Digital Região Autónoma dos Açores

- Custo total previsto: 30,0 milhões de EUR
- Previsão de horizonte temporal: 2021-2025

Designação do Investimento	2021	2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
Melhoria da performance de prestação do Serviço Regional da Saúde	1,2	2,4	4,4	1,8	0,2	0,0	10
Digitalização do Sector da Saúde	3,1	8,6	6,4	1,5	0,4	0,0	20
TOTAL	4,3	11	10,8	3,3	0,6	0,0	30,0

- **Racional para apuramento dos custos:**

O racional dos custos apresentados teve por base estimativas de desenvolvimento de Software, Serviços de Consultadoria (custos Hora / Homem), de acordo com os preços praticados no mercado pelas empresas da área, custos estes que são fundamentados com propostas de fornecedores atuais. As estimativas de esforço temporal, são baseadas na experiência de trabalho e gestão em projetos similares. Os custos estimados resultaram de propostas recebidas de fornecedores para soluções que se enquadram nos projetos específicos, de consulta de propostas anteriormente recebidas, sejam de orçamentos passados ou de projetos implementados, das quais as soluções, serviços e/ou equipamentos são semelhantes aos pretendidos, de consultas informais ao mercado, com pedidos de indicação de preços para soluções que se enquadram com as necessidades do projeto pré-concebido, bem como através de Benchmarking feito aos equipamentos de tecnologia mais comum e transversal a todo o tipo de projetos.

Os investimentos têm a seguinte desagregação:

1. Melhoria da performance do serviço regional de saúde (10.033.786€) (9.501.330€):

1.1 - Assegurar aos utentes do Serviço Regional de Saúde, um maior acesso digital aos serviços de saúde e respetiva informação clínica (1.767.390€):

- Desenvolvimento de portal de acesso aos resultados integrados do Utente (RSE Regional) – 1.500.000€
- Marcação consultas e exames via plataforma SRS – 150.000€
- Programa e-vacinas – 74.340€
- Projeto Nascer Utente/Notícia Nascimento – 43.050€

1.2 - Capacitar os profissionais de Saúde para a transição digital do Serviço Regional de Saúde (1.700.000€)

- Desenvolvimento de portal de acesso aos Profissionais de Saúde (RSE Regional) – 1.500.000€
- Investigação científica (bases de dados) – 200.000€

1.3 - Reformar o Modelo de Governação das Unidades de Saúde (2.619.200€)

- Atualização e consolidação das ferramentas de Business Intelligence do Serviço Regional de Saúde - configuração KPI HEPER – 292.750€
- Sistema de Gestão dos Equipamentos da Saúde – 874.930€
- Consolidação Financeira do SRS – 725.760€
- Portal de Gestão da Qualidade e Informação de Gestão – 725.760€

1.4 - Planear e desenvolver um Sistema de Informação Integrado de Gestão de Recursos Humanos dos Hospitais EPER (1.000.000€)

1.5 - Planear e desenvolver um Sistema de Informação Integrado de Gestão de Stocks dos Hospitais EPER (2.105.396€) (~~1.572.940€~~)

- Digitalização e uniformização dos stocks dos Hospitais – 1.451.520€
- Faturação Eletrónica e desmaterialização da conferência da faturação/Digitalização – 653.876€ ~~121.420€~~

1.6 - Melhorar o sistema de informação para a emergência Médica/Evacuações do Serviço Regional de saúde (841.800€)

- Implementação de Sistema IA para rastreio de possíveis doenças – 169.800€
- Dashboards de Tracking Epidemiológico - Servidores PowerBI – 172.000€
- Emergência médica - evacuação - desenvolvimento de sistemas – 500.000€

2. Digitalização do Setor da Saúde (19.966.214€) (~~20.498.670€~~):

2.1 - Incrementar a Telesaúde no Serviço Regional de Saúde (546.500€)

- Aquisição de equipamentos de telemedicina e literacia – 546.500€

2.2 - Incrementar a interoperabilidade dos sistemas de informação, nas áreas de análises, exames e imagiologia (1.905.655.58€)

- Integração da plataforma de Anatomia Patológica – 1.300.000€
- Integração de outras áreas produtoras de imagem – 357.772,81€
- Informatização do Laboratório SEEBMO – 230.000€
- Sentinel - estação V11 e integração com Equipamentos do HDES – 17.882,77€

2.3 - Melhorar e incrementar a desmaterialização dos processos clínicos no Serviço Regional de Saúde (3.436.900€)

- Desmaterialização Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica – 3.000.000€
- Desenvolvimento do Sistema de Gestão Do Doente Deslocado – 400.000€
- Projeto Normalização do MPI – 36.900€

2.4 - Promover a modernização e integração dos Cuidados de Saúde Primários (1.077.661,23€) (~~1.610.000€~~)

- Modernização e Integração dos Cuidados de Saúde Primários – 900.000€
- Atualização e digitalização dos ficheiros clínicos Rastreios à população sem hospital – 177.661,23€ ~~710.000€~~

2.5 – Promover a melhoria e otimização dos sistemas de informação do Serviço Regional de Saúde (2.286.214,42€)

- Modernização das bases de dados dos Sistemas Clínicos dos Hospitais – 1.434.497,19€
- Interoperabilidade de Sistemas de Saúde – Hospitalar – 851.717,23€

2.6 - Sustentar a transição digital através da aquisição/modernização de equipamentos médico-hospitalares (8.298.905€)

2.7 - Modernizar o parque informático (2.414.495€)

Investimento RE-C01-i09: Sistema Universal de Apoio à Vida Ativa (SUAVA)

Despesa	2021	2022	2023	2024	2025	Justificação
Objetivo 1 Campanha = 1 715 000 € Plataforma = 5 050 000 €						
	1 215 000 €	2 535 000 €	1 152 000 €	1 049 000 €	814 000 €	6 765 000 €
Criatividade e atualização da campanha	130 000 €	200 000 €	35 000 €	30 000 €	25 000 €	Valor orçamentado por empresa de publicidade
Criação e edição de conteúdos	30 000 €	310 000 €	27 000 €	24 000 €	24 000 €	Valor orçamentado por empresa de publicidade
Lançamento da campanha com arranque intenso de 4 semanas e pequenas reativações da campanha nos canais de comunicação (semestrais)	0 €	150 000 €	75 000 €	60 000 €	30 000 €	Valor orçamentado por empresa de publicidade
Roadshows nacionais com órgãos de comunicação social	0 €	80 000 €	200 000 €	200 000 €	0 €	Valor orçamentado por empresa de publicidade
Avaliação do impacto da campanha (parceria com entidade de ensino superior)	25 000 €	15 000 €	15 000 €	15 000 €	15 000 €	Será estabelecida uma parceria com uma entidade de ensino superior, estimando-se que a implementação de inquéritos a uma amostra representativa da população, o tratamento e apresentação dos

Despesa	2021	2022	2023	2024	2025	Justificação
						dados seja de 15.000 euros / avaliação. Adicionalmente, atendendo a que antes da primeira avaliação será necessário construir a ferramenta para a recolha de informação (questionário e guião para grupos focais), no 1º ano existirá um custo acrescido de 10.000 €.
Criação e atualização da plataforma tecnológica - aplicação central	450 000 €	900 000 €	430 000 €	400 000 €	400 000 €	Valor orçamentado por empresa tecnológica e de consultoria
Criação e atualização da plataforma tecnológica - App	100 000 €	300 000 €	100 000 €	50 000 €	50 000 €	Valor orçamentado por empresa tecnológica e de consultoria
Criação e atualização da plataforma tecnológica - Componente analítica + Design	50 000 €	200 000 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €	Valor orçamentado por empresa tecnológica e de consultoria
Conteúdos para a plataforma tecnológica	350 000 €	190 000 €	80 000 €	80 000 €	80 000 €	Valor orçamentado por empresa tecnológica e de consultoria
Consultoria e gestão da plataforma tecnológica	80 000 €	140 000 €	140 000 €	140 000 €	140 000 €	Valor orçamentado por empresa tecnológica e de consultoria
Migração da plataforma SNID na plataforma tecnológica		50 000 €				Valor estimado para migrar as mais de 7.000 instalações desportivas existentes na plataforma SNID para esta plataforma tecnológica, permitindo, posteriormente,

Despesa	2021	2022	2023	2024	2025	Justificação
						associar a oferta de atividades às instalações (com informação de localização e horários).
Objetivo 2	0 €	691 250 €	691 250 €	691 250 €	691 250 €	2 765 000 €
Kits de bicicletas para agrupamentos de escolas públicas com Programa de Desporto Escolar		556 250 €	556 250 €	556 250 €	556 250 €	Valor de 1 kit de 10 bicicletas (criança)+capacete com diferentes tamanhos de roda (para se adaptarem a várias idades) é de 1.250 euros, pretendendo-se atribuir 2 kits a escolas públicas de 2º ciclo (distribuídos durante quatro anos).
Kits de bicicletas para agrupamentos de escolas públicas com Programa de Desporto Escolar		135 000 €	135 000 €	135 000 €	135 000 €	Valor de 1 kit de 15 bicicletas (adulto)+capacete com diferentes tamanhos de roda (para se adaptarem a várias idades) é de 2.700 euros, pretendendo-se atribuir 1 kit às 200 escolas (50/ano) com os melhores projetos no "DE comunidade escolar"
Objetivo 3	0 €	307 500 €	187 500 €	87 500 €	37 500 €	620 000 €
Desenvolvimento do modelo para o programa presencial de capacitação de quadros de empresa/função pública. Produção de conteúdos (técnicos e metodológicos).		150 000 €	100 000 €	50 000 €		Valor orçamentado para: Estratégia e imagem do programa Conceptualização da estratégia e modelos formativos Produção de conteúdos técnicos Produção de conteúdos metodológicos

Despesa	2021	2022	2023	2024	2025	Justificação
						Uniformização de apresentações Formação de formadores
Divulgação e contactos para agendar sessões de capacitação		20 000 €				Valor orçamentado para mapeamento de entidades e respetivos contactos e contactos e gestão logística de agendamentos
Implementação do programa de capacitação		37 500 €	37 500 €	37 500 €	37 500 €	Valor estimado com o objetivo de alcançar 250 empresas, 2 sessões intervaladas de 3 horas. Cada sessão terá dois formadores, estimando-se um valor de 50 €/hora/formador
Criação do selo “Empresa Amiga da Atividade Física” (bronze, prata e ouro)		100 000 €	50 000 €			Imagem, implementação e dinamização (a confirmar)
TOTAL	1 215 000 €	3 533 750 €	2 030 750 €	1 827 750 €	1 542 750 €	10 150 000 €

Ver Tabela 3: Custo estimado do plano do Anexo 1.

11. Fundamentação do pedido de empréstimo

Não aplicável.