

Quadro Comunitário de Apoio III

SAÚDE XXI

Programa Operacional

da Saúde

2000-2006

Aprovado pela Comissão em 28 de Julho de 2000



União Europeia

ÍNDICE

| | |
|---|------------|
| 1. Introdução | 5 |
| 2. Análise Sucinta do Sector da Saúde | 7 |
| 2.1. Diagnóstico da Situação da Saúde dos Portugueses | 7 |
| 2.2. Funcionamento do Sistema de Saúde | 8 |
| 2.3. Recursos Disponíveis | 10 |
| 2.4. Algumas Questões Estruturais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) | 11 |
| 2.5. Pontos Fortes e Fracos do Sistema de Saúde Português | 13 |
| 2.6. O Contributo do 2º Quadro Comunitário de Apoio | 15 |
| 3. Objectivos Estratégicos | 23 |
| 4. Eixos Prioritários, Indicadores e Metas | 27 |
| 4.1. Eixos Prioritários | 27 |
| 4.2. Indicadores e Metas | 28 |
| 4.3. Indicadores da Reserva de Eficiência | 31 |
| 5. Medidas e Instrumentos | 33 |
| 6. Plano de Financiamento | 49 |
| 7. Gestão, Acompanhamento, Controlo e Avaliação do Programa | 57 |
| 8. Complementaridades e Sinergias | 69 |
| 8.1.O Contributo de Outras Intervenções Operacionais do 3º Quadro Comunitário de Apoio | 69 |
| 8.2.O Contributo de Programas Comunitários na Área da Saúde e da Protecção do Consumidor | 73 |
| 9. Igualdade de Oportunidades | 75 |
| 9.1. Igualdade de Oportunidade entre Homens e Mulheres | 75 |
| 9.2. Igualdade de Oportunidades para Grupos Sociais Desfavorecidos | 77 |
| 10. Protecção do Ambiente e Aplicação do Princípio do Poluidor-Pagador | 79 |
| 11. Parceria | 79 |
| 12. Conclusão | 83 |
| 12.1. Oportunidade e Coerência do Programa Operacional Saúde na Resposta a Problemas e Fragilidades do Sistema de Saúde Português | 83 |
| 12.2. Análise <i>SWOT (Strengths-Weaknesses-Opportunities-Threats)</i> do Programa Operacional Saúde 2000-2006 | 85 |
| Anexos | |
| Sumário Executivo da Avaliação <i>Ex-ante</i> | 87 |
| Regime de Auxílios (Respeito pelas regras comunitárias em matéria de concorrência) | 113 |

1. INTRODUÇÃO

O Programa Operacional Saúde (POS) está concebido como suporte ao processo de reforma estrutural do sector, cuja orientação global está consagrada na Estratégia da Saúde (Doc.: *Saúde um Compromisso, 1999*), onde é analisada a situação do sistema, identificados os principais problemas e definidos os objectivos a atingir.

Este documento constitui um quadro de referência que possibilita aos diversos intervenientes orientarem a sua acção para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços e obter ganhos em saúde.

O POS integra as principais recomendações produzidas na avaliação intercalar do Sub-Programa Saúde 1994-1999, com reforço de uma perspectiva de desenvolvimento estratégico, coincidente com a política definida para o sector.

A arquitectura desta intervenção operacional procura responder a necessidades existentes, congregando eixos prioritários e medidas para a resolução de problemas concretos, com significado no estado de saúde dos cidadãos ou no funcionamento do sistema de saúde português.

Face à problemática detectada, o presente Programa dedica uma particular atenção a medidas indutoras da promoção, da protecção e da segurança em saúde, apoia a modernização dos serviços de saúde na perspectiva da melhoria da qualidade e do aumento da eficiência dos cuidados prestados, privilegia o desenvolvimento dos sistemas de informação, fundamentais tanto para a gestão do sistema como para o conhecimento do estado de saúde dos portugueses, e cria um regime de incentivos para a dinamização da actuação dos sectores social e privado, em áreas carenciadas.

O POS abrange apenas o território do Continente, uma vez que as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira têm programas próprios.

Na definição do conteúdo do POS teve-se em conta não só a possibilidade de articulação com a componente da Saúde dos 5 programas regionais do Continente, como também, com algumas medidas e acções previstas noutras intervenções operacionais que abrem perspectivas de *interface* com a Saúde, com particular destaque para a formação dos profissionais de saúde.

2. ANÁLISE SUCINTA DO SECTOR DA SAÚDE

2.1. Diagnóstico da Situação da Saúde dos Portugueses

Apesar das melhorias registadas nos últimos 20 anos, nas condições de saúde da população portuguesa, continuam a subsistir algumas fragilidades e problemas que obrigam a atribuir a este sector uma importância prioritária.

Para essa evolução favorável tiveram uma grande influência a melhoria global das condições sócio-económicas da população portuguesa, o crescimento e o desenvolvimento do sistema de saúde, através do aumento da oferta e da qualidade dos serviços.

As principais melhorias podem ser expressas da seguinte forma:

- A esperança de vida registou um acréscimo superior a 7 anos entre 1970 e 1997, passando de 64,2 para 71,4 nos homens, enquanto que nas mulheres subiu de 70,8 para 78,7 (fonte: Instituto Nacional de Estatística (INE), Estatísticas Demográficas e Estatísticas de Saúde, 1997);
- Entre 1990 e 1997, registou-se uma melhoria no acompanhamento da gravidez, traduzida num aumento de consultas de saúde materna nos centros de saúde, apesar da diminuição da natalidade;
- A taxa de mortalidade infantil tem tido uma evolução favorável, caindo de valores superiores a 20‰, em 1980, para 6,4‰, em 1997 (fonte: INE, Estatísticas Demográficas e Estatísticas de Saúde, 1997);
- Os cidadãos podem aceder aos hospitais distritais em menos de 60 minutos a partir das sedes dos 275 concelhos do Continente;
- 88% da população portuguesa reside a menos de 30 minutos de um hospital distrital ou central.

A constatação destes progressos – aos quais acresce o claro aumento do grau de consciencialização da população portuguesa em relação à sua saúde - não deve, todavia, dispensar uma análise rigorosa da situação, quer estabelecendo comparações com os restantes países da União Europeia (UE), quer identificando os problemas mais graves.

Nesta perspectiva, importa chamar a atenção para os seguintes aspectos:

- A taxa de mortalidade padronizada em Portugal, em 1998, foi de 831 ‰, valor que é o mais elevado da UE (fonte: Direcção Geral de Saúde (DGS), Morrer em Portugal, 1998);
- Apesar da mortalidade infantil ter vindo a diminuir ao longo dos últimos anos, (-41,3 %, entre 1990/97) é ainda das mais elevadas nos países da UE, só excedida pela da Grécia (fonte: INE, Estatísticas Demográficas e Estatísticas de Saúde, 1997);

- A generalidade dos indicadores da saúde, nomeadamente, a taxa de mortalidade geral e a taxa de mortalidade infantil apresentam assimetrias consideráveis entre as diversas regiões do País;
- Regista-se um constante envelhecimento da população portuguesa, verificando-se que, em 1996, os cidadãos com 65 ou mais anos representavam 14,9% do total da população (13,1% em 1990) (fonte: INE);
- As doenças cerebrovasculares foram responsáveis por 21 % dos óbitos verificados em 1997 e, embora se observe uma redução da mortalidade de 7,5% entre 1996/97, o seu valor é ainda relativamente elevado (220,6 ‰) (fonte: INE, Estatísticas Demográficas e Estatísticas de Saúde, 1997);
- A doença isquémica do coração foi responsável por 17% dos óbitos, sendo de referir, no entanto, um decréscimo de 4,1% em relação a 1996 (fonte: INE, Estatísticas Demográficas e Estatísticas de Saúde, 1997);
- Em 1996, os tumores malignos representaram 1318 anos de vida potencial perdidos nos homens e 918 nas mulheres, por 100000 habitantes (fonte: OCDE, ECO-SANTÉ);
- Os acidentes são responsáveis pela perda elevada de anos potenciais de vida dos portugueses (1018 anos nos homens e 277 anos nas mulheres, por 100 000 habitantes, em 1996) (fonte: OCDE, ECO-SANTÉ);
- A diabetes é também um importante problema de saúde pública, estimando-se em cerca de 25600 novos casos de *diabetes mellitus* por ano (fonte INE);
- A aplicação do *Plano Nacional de Vacinação* contribuiu para uma diminuição progressiva de algumas doenças transmissíveis;
- A incidência da tuberculose é elevada, com uma taxa de 47,0‰ (fonte DGS, 1999);
- O consumo de álcool *per capita* situa-se entre os mais elevados da Europa, 11,2 litros por pessoa, em 1996 (fonte INE);
- A toxicod dependência e as doenças sexualmente transmissíveis (DST), nomeadamente a SIDA, apresentam indicadores preocupantes, em especial o aumento de óbitos.

2.2. Funcionamento do Sistema de Saúde

Quanto ao funcionamento do sistema, verificam-se fortes estrangulamentos no acesso aos cuidados de saúde, não obstante a subida constante do orçamento destinado à Saúde.

Efectivamente, registam-se insuficiências e inadequações que constituem fortes condicionantes à eficácia e eficiência do sistema de saúde, importando destacar as seguintes:

- Baixa procura de cuidados preventivos e existência de deficientes níveis de saúde e bem-estar por parte das camadas da população em situação de exclusão social, criando a necessidade de desenvolver programas específicos de intervenção nestes domínios;

- Manutenção de hábitos e estilos de vida prejudiciais à saúde por segmentos importantes da população portuguesa, apontando para a necessidade de um esforço concertado no sentido de modificar atitudes e comportamentos considerados nocivos, com particular destaque para a criação de estruturas e programas de promoção da saúde;
- Deficiente informação dos cidadãos, enquanto consumidores, acerca da qualidade de bens e serviços;
- Deficiente registo de situações patológicas de elevada morbidade, como as DST, a tuberculose, as complicações da diabetes, as doenças pulmonares crónicas, os acidentes vasculares cerebrais, o enfarte do miocárdio e os traumatismos provocados pelos acidentes, o que exige o desenvolvimento de sistemas de informação apropriados;
- Insuficiência dos sistemas de vigilância, particularmente no tratamento de dados e na pronta disponibilização dos indicadores de saúde;
- Dificuldades na gestão da informação sobre o medicamento, quer em relação à sua produção e consumo, quer quanto à análise de situações adversas, havendo necessidade de implementar um sistema que facilite a tomada de decisão neste domínio;
- Deficiente sistema de informação para a hemovigilância, bem como insuficientes medidas para a promoção da dádiva de sangue, sendo fundamental criar mecanismos favoráveis à segurança e auto-suficiência em sangue;
- Pouca adequação dos actuais serviços de saúde pública às exigências de um rigoroso sistema de diagnóstico e vigilância do estado de saúde e dos seus determinantes, bem como da respectiva rede laboratorial para cumprimento das regras e dos novos modelos de controlo e fiscalização decorrentes da aplicação da legislação nacional e comunitária, tornando indispensável reorganizar a rede destes serviços;
- Tratamento deficiente dos resíduos hospitalares, com consequências negativas no meio ambiente, implicando a implementação de um plano nacional de gestão destes resíduos;
- Insuficiente oferta de cuidados de saúde primários, induzindo uma frágil confiança nos cidadãos, que tendem a preferir as instituições hospitalares;
- Desajustamento da funcionalidade de alguns hospitais face à necessidade de garantir a complementaridade técnica e a continuidade de cuidados numa rede de serviços (*Rede de Referência Hospitalar*), capaz de melhorar o acesso, a eficiência, a qualidade e a segurança, num contexto de rentabilização da capacidade instalada, evitando duplicações, omissões e ineficiências diversas;
- Deficiente articulação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados, bem como entre os prestadores públicos e restantes prestadores;
- Inadequação e insuficiência de estruturas de internamento de média e longa duração que não requeira actuação diagnóstica, terapêutica ou de reabilitação muito diferenciada, sendo possível criar soluções a partir da remodelação de pequenas unidades hospitalares de nível local, públicas e privadas;

- Insuficiência de mecanismos de apoio às doenças crónicas de carácter degenerativo e de evolução prolongada, havendo necessidade de dotar o País de um sistema de cuidados continuados de natureza multidisciplinar e intersectorial;
- Inexistência de estruturas próprias de resposta intermédia entre o internamento hospitalar e a reintegração no domicílio;
- Insuficiência de apoios específicos para doentes terminais ou com dor crónica;
- Insuficiência de estruturas de apoio e tratamento de toxicodependentes e alcoólicos, face ao grande crescimento do consumo de drogas e de álcool;
- Deficiências nos processos de garantia da qualidade na Saúde, apesar das preocupações manifestadas pelos gestores e profissionais do sistema, importando corrigi-las através da instituição de programas sistemáticos de avaliação, monitorização e melhoria da qualidade organizacional.

2.3. Recursos Disponíveis

A cobertura do País no que se refere à distribuição dos equipamentos de saúde tem melhorado nos últimos anos. Os centros de saúde estão disseminados pelo território nacional, abrangendo geograficamente todos os concelhos. Nos hospitais públicos, em 1997, a oferta era de 3,0 camas por 1000 habitantes.

No entanto, as condições físicas dos hospitais, considerando a antiguidade de construção, o estado de conservação e a tecnologia associada, permitem concluir que existe ainda uma elevada percentagem de camas de má qualidade.

O aumento de unidades de saúde conseguido deve-se, em grande parte, a financiamentos dos Fundos Estruturais, obtidos durante a vigência do 1º Quadro Comunitário de Apoio (QCA) e de outros, atribuídos no âmbito do Sub-Programa Saúde, que vigorou entre 1994 e 1999.

O número de efectivos do *Serviço Nacional de Saúde (SNS)* aumentou de forma significativa, nos últimos dez anos, registando um crescimento total de 23 %, tendo as profissões técnicas mais diferenciadas acompanhado a tendência geral dos cuidados de saúde para um incremento da especialização.

Todavia, continuam a verificar-se carências em determinadas profissões, designadamente na enfermagem, com 3,2 enfermeiros por 1000 habitantes, colocando o País afastado dos seus parceiros europeus, quando comparado com a França (5,7), Dinamarca (6,7) e Finlândia (11,3), o que revela um défice muito acentuado destes profissionais.

Os profissionais de saúde concentram-se nos hospitais, que reúnem 63,8% do total dos recursos humanos, dispendo os centros de saúde de 36,2% dos médicos e de apenas 20,4% dos enfermeiros.

Durante toda a década de 90 verificou-se uma melhoria evidente na utilização de cuidados de saúde. Os sectores de maior crescimento foram os relacionados com o ambulatório (+37%),

seguindo-se as grandes cirurgias (+32%) e o número de doentes saídos do internamento, juntamente com as urgências (ambos com +14%).

O Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência registou, entre 1990 e 1996, um aumento significativo, quer em número de serviços, quer de camas, fazendo desenvolver, conjuntamente com os serviços de saúde mental, a capacidade de resposta nesta área.

Em termos de eficiência hospitalar, há a assinalar a redução na demora média de internamento (7,9 em 1995), a manutenção da taxa de ocupação (76 %), o aumento do número de consultas por médico (554/ano em 1995) e a manutenção da percentagem de primeiras consultas (24%).

Este aumento de utilização dos serviços dos hospitais públicos é também verificado nos outros estabelecimentos de saúde, quer nos centros de saúde, quer nos hospitais privados.

Em 1997 as despesas de saúde corresponderam a 8,2% do PIB, o que coloca Portugal ligeiramente abaixo da média europeia (8,6%), embora tenham apresentado um crescimento significativo entre 1990 e 1997.

No entanto, a componente pública do financiamento é baixa quando comparada com a dos parceiros europeus, sendo, pelo contrário, a taxa de participação privada superior à média europeia (3,3% face a 1,9% na UE em 1997).

2.4. Algumas Questões Estruturais do Serviço Nacional de Saúde (SNS)

O sistema de saúde é constituído por três sectores que se complementam, a saber:

- o *Serviço Nacional de Saúde (SNS)*, proprietário e gestor da maioria dos meios de produção de cuidados de saúde e o maior comprador de cuidados de saúde produzidos pelo sector privado;
- o sector social e o sector privado, este em parte convencionado com o Estado;
- o conjunto de subsistemas, públicos e privados, que abrangem cerca de 22% dos portugueses e de que são exemplos, a Assistência na Doença aos Servidores do Estado (ADSE), o das Forças Armadas e os de algumas grandes empresas públicas e privadas.

Os seguros de saúde registam uma procura bastante reduzida, tendo atingido, em 1996, apenas 2% do total das despesas privadas da saúde.

O SNS é, actualmente, um conjunto organizacional, que emprega mais de 100000 profissionais em cerca de 500 estabelecimentos, a maior parte dos quais corresponde a empresas de média e de grande dimensão. Labora em permanência (24 sobre 24 horas), é responsável por cerca de 60 milhões de interações assistenciais por ano e a sua actividade envolve despesas superiores a 1200 milhões de contos/ano (6000 *Meuros*/ano aproximadamente).

No entanto, e sobretudo pela circunstância do SNS seguir um modelo de funcionamento idêntico ao da Administração Pública, fortemente burocrático e hierarquizado, não dispõe de mecanismos de regulação intrínseca, estando limitado na utilização de grande parte dos instrumentos de

gestão moderna. Encontram-se, assim, disfunções preocupantes que constituem outros tantos desafios de mudança estrutural para o período 2000-2006.

Na perspectiva desta mudança, foi definido um plano estratégico em que se estabelecem metas concretas e objectivos mensuráveis para o SNS, o que constitui uma inovação extremamente significativa face aos modelos tradicionais de gestão na Saúde e pressupõe a adopção de modelos de funcionamento mais eficientes.

Sob o ponto de vista da gestão das instituições e da afectação de recursos, são de assinalar a instituição de *Sistemas Locais de Saúde* e de *Centros de Responsabilidade Integrada* nos hospitais, a definição de *Novos Modelos de Gestão* dos *Centros de Saúde* e o desenvolvimento de *Programas de Garantia da Qualidade*.

Os *Sistemas Locais de Saúde* decorrem do desenvolvimento das unidades funcionais de saúde, formadas pelos hospitais e grupos de centros de saúde de determinada área geográfica, constituindo-se como dispositivos que procuram reforçar a articulação e a integração desses serviços, envolvendo, também, as entidades privadas e outras que tenham relação com a Saúde, com vista à partilha e maior disponibilidade de recursos.

Através deste dispositivo pretende-se, nomeadamente, ultrapassar a dicotomia centro de saúde/hospital e atingir uma adequada coordenação das várias contribuições necessárias à melhoria da saúde, numa assunção conjunta de responsabilidades pelos cuidados a prestar aos indivíduos, às famílias e aos grupos sociais.

Visa-se constituir um instrumento facilitador da circulação dos utentes no sistema de saúde, orientando a procura de acordo com um circuito lógico, mais conveniente para os cidadãos, mais racional para os serviços e mais económico para o País.

Neste sentido, as estruturas hospitalares dos sistemas locais de saúde podem integrar componentes de redes de referência hospitalar, que são de âmbito nacional, intervindo, assim, a um determinado nível, na respectiva cadeia hierárquica de prestação de cuidados.

Os *Centros de Responsabilidade Integrada* destinam-se a criar níveis intermédios de gestão nos hospitais públicos, com o objectivo de aumentar a eficiência do seu funcionamento, ao facilitar a associação e a integração das decisões económico-financeiras com as decisões clínico-assistenciais, ao nível da prestação efectiva dos cuidados de saúde.

Os *Novos Modelos de Gestão* dos Centros de Saúde conferem-lhes autonomia técnica, administrativa e financeira e visam o aumento da eficiência interna, funcionando como um instrumento de desenvolvimento organizacional e consagrando, simultaneamente, a passagem de um modelo de tipo centralista para uma estrutura descentralizada, cujo funcionamento assenta em equipas multidisciplinares e, por isso, mais adequadas à realidade local.

Por sua vez, o lançamento de Programas de Garantia da Qualidade resultará na melhoria da efectividade dos cuidados de saúde prestados, incentivando a criação de uma cultura de qualidade e desenvolvendo os mecanismos indispensáveis à sua sistematização, baseada na revisão do desempenho e no estabelecimento de metas explícitas.

2.5. Pontos Fortes e Fracos do Sistema de Saúde Português

O diagnóstico da situação do sector da Saúde em Portugal, apresentado nas páginas anteriores, pode ser resumido e estruturado de forma a evidenciar as suas forças, fraquezas, oportunidades e ameaças (análise *SWOT*):

| FORÇAS | FRAQUEZAS |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> – Universalidade dos cuidados de saúde – Solidariedade do financiamento – Rede de estabelecimentos de saúde cobrindo a totalidade do território – Sentido de apropriação dos “serviços de saúde” pelas populações – Tradição e práticas de saúde pública bem estabelecidas (vacinação, por exemplo) – Existência de alguns centros de excelência e de pólos de boas-práticas – Elevada qualificação técnica em alguns grupos profissionais – Reconhecimento político alargado de que o Serviço Nacional de Saúde tem sido um núcleo essencial na garantia da coesão social | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificuldade de articulação e coordenação estratégicas ▪ Excessivo centralismo e burocratização da Administração Pública ▪ Serviço Nacional de Saúde demasiado virado sobre si próprio ▪ Insuficiente racionalidade na organização, gestão e funcionamento do Sistema de Saúde, bem como nas opções de investimento ▪ Problemas no acesso e qualidade dos cuidados ▪ Deficiente planeamento de recursos humanos com défices, excessos e má-distribuição ▪ Proporção baixa do contributo público para a despesa total em saúde (59%) ▪ Escassez de resposta a necessidades de saúde emergentes (<i>cuidados no domicílio, na comunidade, internamento de estadia média e prolongada, cuidados paliativos</i>) ▪ Sistemas de informação, comunicação e avaliação pouco desenvolvidos |
| OPORTUNIDADES | AMEAÇAS |
| <ul style="list-style-type: none"> – Existência de uma Estratégia explícita de desenvolvimento do Sistema de Saúde – Grande expectativa social quanto às reformas no sector – Sentido social da urgência das reformas – Início de práticas de contratualização em saúde – Algumas experiências inovadoras na gestão de centros de saúde e hospitais, na telemedicina e noutros domínios – Lançamento das bases para o Sistema de Qualidade na Saúde – Decisão política (Assembleia da República e Governo) sobre a formação de profissionais para a saúde – Crescente apetência para o reforço de formas de participação do cidadão – Ambiente social e político favorável às dinâmicas intersectoriais e às parcerias entre os sectores público, social e privado | <ul style="list-style-type: none"> • Insustentabilidade /ruptura financeira • Insustentabilidade social – perda da adesão da classe média com risco para a solidariedade no financiamento • Carência no mercado, a curto/médio prazo, de alguns tipos de profissionais • Desmotivação progressiva dos profissionais de saúde e insensibilidade crescente às necessidades, expectativas e preferências dos cidadãos ▪ Redução do investimento na promoção da saúde, por efeito de “desvio” no fluxo financeiro para áreas tecnológicas de grande consumo de recursos |

A análise *SWOT* acima resumida permite evidenciar a adequabilidade do Programa Operacional Saúde para responder a alguns dos problemas do Sector.

Deve realçar-se que a natureza dos problemas e a dimensão reduzida das verbas previstas não permite ao Programa Operacional Saúde dar resposta à totalidade dos problemas existentes. Por outro lado, a solução para muitos dos problemas e ameaças apresentados reside em reformas estruturais, as quais transcendem as questões financeiras. Porém, é justo destacar alguns dos pontos para os quais o Programa Operacional Saúde 2000-2006 pode dar contributos significativos, quer reforçando e aprofundando algumas das forças identificadas, quer atenuando algumas das fraquezas, quer criando condições e facilitando o aproveitamento atempado e adequado de algumas oportunidades, quer ainda atenuando ou contribuindo para reverter algumas das possíveis ameaças.

Assim, destacam-se como exemplos:

- a) Melhoria das condições de funcionamento e humanização da rede de instalações já existente;
- b) Melhoria e desenvolvimento das condições materiais e organizativas dos serviços de saúde pública;
- c) Desenvolvimento de infra-estruturas e metodologias básicas de suporte a actividades regulares de vigilância e promoção da saúde;
- d) Interligação dos diversos centros e pólos de excelência, actualmente atomizados, descoordenados e originando ineficiências e bloqueios de acesso - ordenando as relações de cooperação e complementaridade e permitindo-lhes atingir massa crítica em termos do todo organizacional (redes de referência hospitalar);
- e) Estímulo à multiplicação de diversos tipos de experiências inovadoras já iniciadas;
- f) Remoção de algumas barreiras ao acesso a cuidados de saúde, nomeadamente por deficiências de instalações e equipamentos, bem como de défice de organização, gestão e informação da oferta de cuidados, levando a baixa utilização de capacidades instaladas, utilização inadequada de outras, circuitos distorcidos, etc.;
- g) Criação de condições facilitadoras para o êxito e continuidade de medidas estruturais, como são o caso dos sistemas de informação e de comunicação;
- h) Apoio prioritário ao desenvolvimento de respostas, tanto no sector público, como nos sectores social e privado (com política de incentivos), para necessidades emergentes de cuidados de saúde, como é o caso dos cuidados continuados, entre outros;
- i) Apoio ao desenvolvimento e práticas de qualidade na saúde;
- j) Estímulo à constituição de parcerias e a uma crescente participação do cidadão e das comunidades.

2.6. O Contributo do 2º Quadro Comunitário de Apoio

Apresentação Sucinta do Sub-Programa Saúde 1994-99

No 2º Quadro Comunitário de Apoio a Portugal, foi incluída uma intervenção operacional sectorial – o Sub-Programa Saúde – parte do Programa Saúde e Integração Social, que tinha dois objectivos principais:

- garantir a igualdade de acesso aos cuidados de saúde;
- desenvolver os recursos humanos.

Para o efeito, o Sub-Programa foi definido inicialmente com base em 3 grandes medidas:

Medida 1 – Construção, Remodelação e Equipamento de Hospitais

Medida 2 – Construção, Remodelação e Equipamento de Centros e Extensões de Saúde

Medida 3 – Formação dos Profissionais de Saúde

Em finais de 1997, no entanto, foi integrada uma nova linha de acção orientada para os sistemas de informação, que foi iniciada com o financiamento do Cartão de Identificação do Utente do Serviço Nacional de Saúde.

Com as duas primeiras medidas acima referidas procurou-se construir e equipar novas unidades e substituir ou remodelar infra-estruturas degradadas, de modo a proporcionar às populações cuidados ajustados às suas necessidades e com boas condições de ambiente e conforto.

Através da medida de formação profissional visava-se, por um lado, assegurar a formação inicial dos grupos profissionais onde se verificavam maiores carências e, por outro, actualizar e desenvolver os conhecimentos científicos de todos os profissionais de saúde e realizar cursos de formação pedagógica e de reciclagem de formadores e de outros técnicos envolvidos na formação sectorial.

Ainda no âmbito da componente financiada pelo Fundo Social Europeu (FSE), foram desenvolvidos estudos sobre a formação profissional do sector e produzidos alguns recursos didácticos, que são estruturantes da qualidade da formação.

Quanto à linha de acção – Sistemas de Informação na Área da Saúde - incluída no Sub-Programa já na segunda metade do seu período de vigência, ela tinha como objectivo essencial apoiar o desenvolvimento de novas tecnologias de informação e comunicação no sector, bem como garantir o financiamento de estudos que objectivassem a promoção da melhoria dos serviços prestados aos cidadãos.

Principais Realizações

No âmbito do Sub-Programa Saúde 1994-99, salientam-se as seguintes realizações:

• Hospitais

Conclusão da construção e equipamento dos Hospitais Distritais de Elvas, Leiria e Matosinhos, iniciados no período de vigência do QCA I;

Construção e equipamento dos Hospitais Distritais de Viseu, de Santa Maria da Feira, Hospitais do Barlavento Algarvio e Cova da Beira;

Realização de 2 grandes ampliações e remodelações: uma no Hospital Distrital de Setúbal e, outra, no Hospital Geral de Santo António, no Porto;

Em fase de conclusão, encontram-se os hospitais de Torres Novas e Vale do Sousa.

• Centros e Extensões de Saúde

Através do Sub-Programa foram atribuídos financiamentos para a construção e equipamento de 34 novos centros e extensões de saúde e estão em fase de conclusão mais 5 unidades.

• Sistemas de Informação na Área da Saúde

Destacam-se as seguintes realizações neste domínio:

- implementação do Cartão de Identificação do Utente do Serviço Nacional de Saúde (SNS); até Maio de 1999 foram emitidos cerca de 6,8 milhões de cartões, o que corresponde a uma taxa de cobertura da população recenseada da ordem dos 70%;
- informatização administrativa de todos os centros de saúde (projecto *SINUS*);
- início da informatização de cerca de 100 hospitais da rede pública (projecto *SONHO*), com a instalação das redes locais;
- desenvolvimento de outros sistemas de informação da saúde, nomeadamente na área do medicamento, do sangue e da gestão das convenções.

• Formação dos Profissionais de Saúde

Quanto à formação dos profissionais de saúde, salienta-se o contributo dos financiamentos do FSE para o acréscimo do esforço de formação inicial de grupos profissionais carenciados (enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica e auxiliares de acção médica).

Entre 1994 e 1998 diplomaram-se 7620 enfermeiros, 2216 técnicos de diagnóstico e terapêutica e 291 auxiliares de acção médica.

No que se refere à formação permanente, ela tem sido crucial para a viabilização e sustentação de alguns projectos estratégicos da Saúde.

Até Dezembro de 1998, passaram por acções de formação permanente mais de 150.000 formandos.

Se se considerar que a formação permanente só arrancou efectivamente a partir de 1996, este número significa um esforço de reciclagem anual que ronda os 50%, o que só foi possível devido à disponibilidade de fundos comunitários para esta prioridade sectorial.

Sublinha-se a importância dos financiamentos atribuídos para a formação de todos os funcionários envolvidos na implementação do Cartão do Utente e informatização dos centros de saúde, nos projectos de Melhoria Contínua de Qualidade, da Promoção da Saúde, de Humanização dos Serviços de Saúde e na área da Reanimação Cardiorespiratória e Emergência Médica.

A partir do último trimestre de 1998 foram criadas e implementadas as modalidades do acesso individual à formação e da aquisição de participações individuais na formação que, sobretudo em 1999, registaram uma grande procura.

A análise desta procura confirma a forte compatibilidade destas linhas de financiamento com algumas características e necessidades da formação dos profissionais de saúde, potenciando, em particular, o acesso a formações de excelência através da participação em estágios e visitas de estudo muito especializados e altamente qualificados.

Foi, ainda, possível apoiar a concepção e a realização de pacotes formativos temáticos, através dos quais são disponibilizados, como recursos didácticos de apoio à formação, determinados saberes e procedimentos cuja aplicação interessa generalizar de forma correcta e consistente (protocolos de actuação, guias de boas práticas, programas de formação adequados aos destinatários, etc.).

• Igualdade de Oportunidades

Neste domínio destacam-se as seguintes iniciativas:

- realização de acções de formação sobre *A Violência sobre as Mulheres*, destinadas aos profissionais de saúde que lidam mais directamente com a problemática;
- edição, em 1999, da brochura *A Saúde da Mulher*.

• Outras Realizações

Para além das realizações identificadas será pertinente sublinhar o forte efeito do Sub-Programa no desenvolvimento do sector da Saúde e na dinamização do processo de reforma estrutural em curso. Efectivamente, para além dos benefícios que resultam do impacte dos diversos projectos co-financiados, o Sub-Programa contribuiu para:

- o reforço da necessidade de definição de estratégias no sector (nacional, funcionais e regionais);
- uma maior exigência sobre o trabalho de orientação e planeamento dos investimentos, nomeadamente em infra-estruturas e equipamento;

- a introdução e revisão de disciplinas de planeamento, programação, acompanhamento e avaliação dos projectos, quer na formação, quer nos investimentos;
- uma forte dinamização de projectos no domínio das novas tecnologias de informação e comunicação;
- o desenvolvimento de estruturas formativas do sector (afirmação da função formação);
- a divulgação e réplica de boas práticas, nomeadamente nas áreas da formação e da qualidade.

• **A Avaliação Intercalar. Implementação das Recomendações**

A avaliação intercalar do Sub-Programa Saúde, concluída em princípios de 1997, considerou, relativamente ao Plano de Desenvolvimento Regional então em análise, os seguintes pontos críticos:

- a) Excessiva concentração do Sub-Programa na construção de hospitais e na construção e remodelação de centros de saúde de grande dimensão;
- b) Necessidade de adopção de modelos de prestação de cuidados primários mais comunitários e mais sensíveis à mudança dos padrões de prática dos cuidados, em detrimento do modelo tradicional de centros de saúde de grandes dimensões;
- c) Modelo de gestão da construção de equipamentos de saúde (hospitais e centros de saúde), favorecendo o aumento dos custos e a dilatação dos prazos de execução;
- d) Falta de medidas conducentes à melhoria da eficiência dos serviços prestadores;
- e) Secundarização das questões ambientais, quer no que respeita às avaliações dos impactes dos novos equipamentos, quer no que se refere à inexistência de medidas de protecção ambiental;
- f) Insuficiência de medidas na área da promoção da saúde e da prevenção da doença;
- g) Ausência de uma estratégia formativa para os profissionais de saúde;
- h) Insuficiência do esforço de formação para ingresso na vida activa em grupos profissionais ainda carenciados;
- i) Desadequação ou insuficiência dos indicadores de acompanhamento e avaliação do Sub-Programa;
- j) Deficiente articulação e complementaridade do Sub-Programa com outras intervenções operacionais do QCA e com os programas apoiados pela União Europeia no domínio da Saúde.

No seguimento das conclusões e recomendações da avaliação intercalar tentou-se, na medida do possível, implementar algumas iniciativas tendentes a corrigir fragilidades e a ultrapassar algumas dificuldades.

Para além do que foi feito no sentido de acolher as recomendações da avaliação intercalar, será também de assinalar o enorme esforço desenvolvido, principalmente a partir de 1997, no sentido de compatibilizar os objectivos e acções programados no Sub-Programa Saúde, aprovado em 1994, com a estratégia nacional definida posteriormente para a Saúde, por forma a que aquele pudesse constituir um efectivo contributo para o processo de reforma estrutural.

Passa-se em seguida a apresentar as principais medidas implementadas na sequência da avaliação intercalar.

Na Componente de Investimento

- Realização de um estudo sobre as diferenças de custos entre as adjudicações iniciais e finais das construções hospitalares;
- Revisão do modelo de gestão da construção de hospitais para redução de custos e encurtamento dos prazos de execução, trabalho que teve um impacte muito positivo na construção do Hospital do Barlavento Algarvio (esta situação surgiu na sequência do estudo referido anteriormente);
- Revisão da metodologia de atribuição dos financiamentos Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER) para a construção de hospitais: os financiamentos para cada hospital passaram a ser repartidos por duas fases, a fim de se rentabilizarem os apoios financeiros: um para a construção e o equipamento fixo, e, outro, que é atribuído posteriormente, para o equipamento médico e informático;
- Inclusão no Plano de Investimento de Desenvolvimento da Administração Central (PIDDAC) de 1999 de um programa de modernização dos centros de saúde, através do qual, com verbas exclusivamente nacionais, se estão a dotar estas unidades com equipamento de radiologia, de laboratório, etc;
- Instituição dos Sistemas Locais de Saúde e publicação de legislação sobre o novo modelo de gestão dos centros de saúde;
- Exclusão do Hospital Distrital de Tomar do Sub-Programa, tendo sido, paralelamente, redimensionado o Hospital Distrital de Torres Novas;
- Publicação de legislação sobre novo modelo de gestão hospitalar, a ensaiar no Hospital Distrital de Santa Maria da Feira;
- Promoção de estudos e contactos com outras Administrações no sentido de, num futuro breve, se recorrer às parcerias público/privado, quer para construção, quer para a gestão dos novos hospitais;

- Integração no Sub-Programa (em 1998) de uma nova Acção, a Acção 4.1 – Sistemas de Informação na Área da Saúde - para a qual se canalizaram dotações destinadas a financiar projectos neste domínio.

Ainda no que se refere às conclusões da avaliação intercalar respeitantes à componente de investimento do Sub-Programa Saúde, faz-se notar que não foi iniciada a construção de um novo hospital na Região de Lisboa e Vale do Tejo, tal como foi recomendado, devido ao facto de não se dispor das dotações necessárias ao financiamento. Foram, porém, tomadas decisões políticas sobre os hospitais a construir na Região de Lisboa e Vale do Tejo.

Os Hospitais Distritais de Lamego e de Santiago do Cacém, que os avaliadores reconheceram como necessários, ficam contemplados, para o período de programação 2000-2006, na intervenção regionalmente desconcentrada da Saúde.

Na Componente de Formação Profissional

- Início da definição de uma estratégia formativa para os profissionais de saúde;
- Realização de estudo sobre os perfis profissionais da Saúde e respectivos perfis de formação em curso no Instituto para a Inovação da Formação (INOFOR);
- Priorização, na medida de formação profissional, da área temática Promoção da Saúde, uma vez que não foi possível, no contexto do QCA II, o financiamento comunitário de acções de promoção da saúde e prevenção da doença;
- Publicação de novo Regulamento de Aplicação da Medida 3 (formação profissional) através do qual se simplificaram e clarificaram procedimentos;
- Realização de sessões de informação sobre a legislação de enquadramento dos apoios financeiros do FSE e do novo Regulamento da Medida 3 e de acções de formação sobre a organização dos processos financeiros dos projectos de formação financiados pelo FSE, destinadas a técnicos das entidades beneficiárias;
- Alargamento do âmbito da Medida 3, através da alteração da sua ficha técnica (a formação passou a poder abranger formandos de outros sectores, desde que envolvidos na prestação de cuidados de saúde ou em acções de promoção da saúde);
- Realização de um estudo sobre o financiamento das Escolas Superiores de Enfermagem e de Tecnologias da Saúde, a fim de se avaliarem os níveis de dependência dos financiamentos do FSE;
- Realização de um estudo visando a caracterização do sistema de formação profissional (permanente) do Ministério da Saúde;
- Estabelecimento de um sistema de acreditação específica para as entidades e estruturas de formação do sector, em articulação com o INOFOR;

- Financiamento de pacotes formativos temáticos, tal como recomendado, para o apoio a acções de formação, com os respectivos materiais pedagógicos, a serem adoptados pelas entidades formadoras (Reanimação Cardiorespiratória, Humanização, Trauma, etc.);
- Introdução, através de publicação de regulamento específico (sectorial), de 2 novas modalidades de financiamento do FSE: o acesso individual à formação e a aquisição de participações individuais na formação;
- Lançamento de um vasto programa de formação pedagógica, a fim de se alargar e qualificar a bolsa de formadores da Saúde;
- Realização de um estudo sobre as estruturas formativas dos hospitais (em curso).

Pese embora o esforço desenvolvido para se ir ao encontro das recomendações contidas no relatório de avaliação intercalar nem todas puderam ter resposta no seio do QCA II, nomeadamente as que se referiam à ausência de acções de promoção da saúde e à falta de articulação e complementaridade do Sub-Programa com outras intervenções apoiadas pela União Europeia na área da Saúde, nomeadamente:

- Programa sobre a promoção da saúde, educação e informação profissional no campo da saúde pública;
- Programa Europa Contra o Cancro;
- Programa de Prevenção do HIV e de outras doenças transmissíveis.

3. OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS

O esforço de investimento do POS desenvolver-se-á num quadro de referência global que pretende obter ganhos em saúde e melhorar o acesso e a humanização dos serviços de saúde, tornando-os mais sensíveis aos direitos, às necessidades e às expectativas dos cidadãos.

O POS, ainda que constitua um instrumento essencial da política a desenvolver nos próximos anos, com vista a colmatar as deficiências detectadas e a racionalizar e modernizar o sector da saúde em Portugal, não esgota as actuações do Estado neste domínio, as quais envolvem montantes financeiros mais significativos e um conjunto de medidas que não têm tradução prática na aplicação dos Fundos Estruturais.

Com efeito, a estratégia do POS insere-se num programa mais vasto de reforma do modelo existente e foi delineada numa perspectiva de maximização da mais-valia do contributo financeiro comunitário. Pretendeu-se, assim, que os resultados a obter pelo Programa não se limitassem às acções por ele financiadas, mas tivessem, igualmente, um efeito de indução de novas práticas, comportamentos e atitudes e se generalizassem no sistema de prestação de cuidados de saúde em Portugal.

A selecção das áreas de intervenção teve em conta o grau de inovação dos projectos face às áreas tradicionais de investimento em saúde, os potenciais efeitos de sinergia e de demonstração para o Serviço Nacional de Saúde e o efeito de alavanca financeira relativamente aos recursos públicos disponíveis.

Assim, definem-se como objectivos estratégicos do Programa Operacional Saúde 2000-2006:

- **Obter ganhos em saúde**
- **Assegurar aos cidadãos o acesso a cuidados de saúde de qualidade**

Os ganhos em saúde traduzem-se designadamente, por ganhos em anos de vida, pela redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, pela diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente devidas a doença, traumatismos ou às suas sequelas, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial e, ainda, pela redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde.

O acesso a cuidados de saúde de qualidade traduz-se na sua obtenção no local e no momento em que são expressos, com garantia de qualidade, traduzida em efectividade, eficiência, continuidade e satisfação do utente.

Para além da prossecução destes objectivos estratégicos procurou-se igualmente que o conjunto de actuações a seleccionar tivesse efeitos reais no mercado do emprego, na economia e no desenvolvimento regional, não esquecendo, naturalmente, o objectivo de incrementar a eficiência e produtividade das unidades de saúde existentes e do sistema no seu conjunto.

O volume de investimento anual previsto é relativamente limitado no âmbito da economia do País, mas deverá conduzir a ganhos de eficiência e produtividade do sistema que não deixarão de ter impacte positivo no seu funcionamento e no grau de satisfação dos utentes.

O apoio a unidades privadas permitirá, por outro lado, reduzir o esforço orçamental do Estado, ao mesmo tempo que criará novas empresas susceptíveis de dinamizar o tecido económico a nível regional e local.

Houve também a preocupação de equilíbrio geográfico na selecção das áreas a apoiar, de forma que o Programa contribuísse para a redução das desigualdades regionais no que respeita ao acesso e à qualidade dos serviços. As regiões do Alentejo e do Algarve foram, assim, privilegiadas, em relação às restantes e, em particular, à região de Lisboa e Vale do Tejo.

As medidas e projectos a financiar no âmbito do Programa Operacional Saúde terão um impacte diversificado, tanto directo como indirecto, no mercado de emprego.

O impacte directo será fundamentalmente causado pelo Eixo Prioritário III, cujo regime de incentivos à criação de micro e pequenas empresas possibilitará, previsivelmente a criação de cerca de 1000 novos postos de trabalho.

Também os Eixos Prioritários I e II terão impacte, ainda que mais modesto, no mercado de emprego qualificado de médicos, de enfermeiros, de técnicos de diagnóstico e terapêutica, de técnicos de higiene e saúde ambiental e outros técnicos de nível médio e superior. Isto dever-se-á à criação ou reestruturação de algumas unidades e serviços, quer laboratoriais (laboratórios de saúde pública), quer de vigilância e intervenção epidemiológica e comunitária (centros regionais de saúde pública), quer ainda assistenciais, tanto em centros de saúde, como em alguns hospitais (unidades especializadas de internamento para tuberculose e SIDA, por exemplo). Prevê-se, nestes casos, um pequeno aumento de emprego público altamente qualificado, de cerca de 200 novos postos de trabalho, o que representa um reforço de menos de 0,2% do total de efectivos actualmente ao serviço do SNS.

Para além deste impacte directo, o número, diversidade e natureza dos projectos previstos nas diferentes medidas do POS permite prever um impacte indirecto bastante importante, criando necessidades de fornecimento de bens e serviços, designadamente nos domínios que a seguir se enumeram:

- Comunicação, publicidade e *marketing*;
- Sistemas de informação e informática;
- Assistência técnica pós-venda e vigilância de equipamentos e tecnologia médica;
- Consultoria de gestão, qualidade e avaliação de projectos;
- Serviços de transportes especializados;
- Serviços de “*call center*”;
- Serviços especializados de tratamento e análise de dados (estudos qualitativos e quantitativos);
- Consultoria e serviços de higiene e saúde ocupacional;

- Serviços de engenharia sanitária e ambiental;
- Serviços de limpeza, alimentação, lavandaria e segurança.

Em termos quantitativos globais, parece realista atribuir ao POS um efeito dinamizador da oferta de emprego nas áreas atrás exemplificadas, para corresponder às necessidades da execução e continuidade das diversas medidas e respectivos projectos, traduzido num possível reforço em cerca de 2000 postos de trabalho, a nível nacional e em diversos sectores e ramos de actividade.

Acresce que o impacto directo no mercado de emprego deve ser considerado um importante investimento social e não um mero acréscimo de despesa. Tal investimento social é gerador de três tipos de ganhos, a saber:

- a) Redução do sofrimento e aumento de bem-estar individual, familiar e social pela natureza e expansão do tipo de cuidados de saúde oferecidos (promoção da saúde, prevenção primária e secundária, cuidados de reabilitação e cuidados paliativos aos doentes na fase terminal da vida);
- b) Aumento de oportunidades de emprego, nomeadamente em actividades que ocupam maioritariamente população feminina e correspondente participação na criação de riqueza;
- c) Reforço da coesão social global, como factor de paz social e de desenvolvimento sócio-económico e sócio-cultural.

4. EIXOS PRIORITÁRIOS, INDICADORES E METAS

4.1 Eixos Prioritários

A orientação geral deste Programa decorre da estratégia definida para o sector e insere-se nas prioridades definidas para o próximo período de programação dos Fundos Estruturais.

Com efeito, o Plano de Desenvolvimento Regional (PDR) 2000-2006 elegeu como prioridade “*Elevar o Nível de Qualificação dos Portugueses, Promover o Emprego e a Coesão Social*”, onde se enquadram as preocupações em matéria de melhoria da saúde dos portugueses.

A obtenção de ganhos em saúde e de um melhor acesso a cuidados de qualidade por parte dos cidadãos está estreitamente ligada tanto à qualificação dos profissionais de saúde como à proximidade e eficiência dos serviços nas comunidades locais, mas não deixa de exigir uma orientação a nível central, que está consubstanciada neste programa operacional.

Na elaboração deste Programa privilegiou-se:

- **a promoção, protecção e segurança em saúde**, através do desenvolvimento da informação e comunicação de dados, da intervenção prioritária em áreas onde se verifica ou se prevê uma evolução negativa e da implementação de uma adequada política de saúde pública;
- **o acesso a cuidados de saúde de qualidade**, através da reorganização e aumento da capacidade de resposta dos serviços, da introdução de programas de qualidade, do incremento da capacidade de formação dos profissionais de saúde e da utilização das tecnologias de informação e comunicação;
- **o reforço de parcerias com os sectores social e privado**, apoiando-os, enquanto complemento da rede pública, em domínios técnicos e áreas geográficas em que estarão especialmente vocacionados na prestação de cuidados de saúde.

Nesta perspectiva, a intervenção delineada irá ser desenvolvida através de três Eixos Prioritários:

Eixo Prioritário I - Promover a Saúde e Prevenir a Doença

Este Eixo Prioritário visa especificamente:

Aperfeiçoar o sistema de informação em saúde, de modo a permitir, por um lado, conhecer melhor o estado de saúde dos portugueses e respectivos determinantes e, por outro, accionar, em tempo, as medidas necessárias para corrigir tendências negativas;

Reforçar as infraestruturas de promoção, protecção e segurança da saúde, com especial incidência na implementação da rede de serviços de saúde pública;

Desenvolver projectos que contribuam para uma melhoria das condições ambientais e, conseqüentemente, da qualidade de vida dos portugueses.

Eixo Prioritário II - Melhorar o Acesso a Cuidados de Saúde de Qualidade

Este Eixo Prioritário visa especificamente:

- Implementar redes de referência hospitalar por áreas de especialização prioritárias;
- Reforçar a utilização de tecnologias de informação e comunicação no sistema de saúde;
- Melhorar a prestação de cuidados de saúde, tanto através da introdução de sistemas e práticas de qualidade, como da qualificação e desenvolvimento dos recursos humanos.

Eixo Prioritário III - Promover Novas Parcerias e Novos Actores na Saúde

Este Eixo Prioritário visa especificamente:

- Facilitar o reforço de parcerias para a prestação de cuidados de saúde em áreas carenciadas, em especial com os sectores social e privado;
- Contribuir para a diminuição das desigualdades em saúde.

Os princípios gerais e orientadores dos critérios de selecção, atendendo à grande heterogeneidade e diversidade dos projectos susceptíveis de co-financiamento comunitário no âmbito do Programa, estão estabelecidos ao nível da medida.

4.2 Indicadores e Metas

Os indicadores que foram seleccionados reflectem aspectos ou áreas relevantes do estado de saúde dos cidadãos e que devem merecer uma atenção particular. Naturalmente que não se pretendeu, nem isso seria desejável no contexto deste Programa, cobrir toda a complexidade das questões da saúde; antes se procurou estabelecer metas que correspondam simultaneamente a resultados e efeitos da aplicação do POS e a áreas de actuação estratégica para a política de saúde.

Assim, deu-se particular atenção à promoção de estilos de vida saudáveis nos jovens, nomeadamente o consumo de substâncias que induzem dependência, como o álcool e as drogas ilícitas, assim como o tratamento especializado dos efeitos nefastos associados à toxicodependência. Da mesma forma, privilegiou-se a educação nas áreas da sexualidade e reprodução, dirigida às adolescentes e mães jovens.

O aumento da incidência da tuberculose, particularmente após o aparecimento da SIDA, a necessidade de reduzir a incidência e a morbimortalidade da doença cerebrovascular e da doença isquémica do coração, nas quais a situação epidemiológica do País é particularmente preocupante, foram determinantes na escolha de alguns indicadores.

O impacto ambiental dos resíduos sólidos hospitalares e a necessidade de lhes dar um tratamento adequado é uma preocupação manifesta do POS.

O acesso aos cuidados de saúde é uma característica fundamental do desempenho e efectividade do sistema de saúde. A necessidade de inverter a procura dos serviços de urgência em detrimento das consultas dos centros de saúde ou dos hospitais, assim

como a melhoria da actividade e eficiência das instituições influenciaram a escolha dos indicadores relativos à melhoria do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde.

O esperado reforço das parcerias entre o SNS e os sectores social e privado medir-se-á, no quadro do POS, através da aceitação e atractividade que o regime de incentivos vier a ter e pelo número de unidades de saúde que venham a ser apoiadas.

Para a escolha dos indicadores teve-se ainda em consideração a informação disponível e alguns estudos em curso.

Assim, consideraram-se como mais significativos os seguintes indicadores:

• **Eixo Prioritário I – Promover a Saúde e Prevenir a Doença**

- Prevalência de consumidores de bebidas alcoólicas, nos últimos 12 meses, em jovens com 16 anos;
- Percentagem de nascimentos vivos de mães com menos de 20 anos, em relação ao total de nascimentos vivos;
- Percentagem de jovens que aos 18 anos nunca ou apenas esporadicamente utilizaram substâncias ilícitas;
- Número de toxicodependentes que a rede de cuidados especializados consegue atender, por ano;
- Taxa de mortalidade por doença cérebro-vascular em indivíduos dos 55–64 anos, por 100.000 hab.;
- Taxa de mortalidade por enfarto agudo do miocárdio no grupo etário dos 45-64 anos, por 100.000 hab.;
- Incidência de tuberculose, por 100.000 hab.;
- Percentagem de resíduos sólidos hospitalares com recolha e destino final adequado.

• **Eixo Prioritário II – Melhorar o Acesso a Cuidados de Saúde de Qualidade**

- Rácio entre urgências hospitalares e consultas externas;
- Percentagem de primeiras consultas no total de consultas externas hospitalares;
- Número de doentes saídos por cama hospitalar, por ano;
- Número de instituições que utilizam a Rede de Informática da Saúde (RIS): serviços básicos e outros serviços;
- Número de formandos abrangidos por formação associada a projectos financiados;
- Número de acções de formação realizadas no âmbito de projectos financiados.

• **Eixo Prioritário III – Promover Novas Parcerias e Novos Actores na Saúde**

- Número de Estruturas Apoiadas pelo Regime de Incentivos.

QUADRO DE INDICADORES DO PROGRAMA OPERACIONAL SAÚDE 2000-2006

| Eixo Prioritário | Indicadores | Situação de Partida | Metas | |
|--|--|------------------------|--------|-------|
| | | | 2006 | |
| I | 1. Prevalência de consumidores de bebidas alcoólicas, nos últimos 12 meses, em jovens com 16 anos (1) | 74,0% | 60,0% | |
| | 2. Percentagem de nascimentos vivos de mães com menos de 20 anos, em relação ao total de nascimentos vivos (2) | 6,5% | 5,0% | |
| | 3. Percentagem de jovens que aos 18 anos nunca ou apenas esporadicamente utilizaram substâncias ilícitas (3) | 80,0% | 85,0% | |
| | 4. Número de toxicodependentes que a rede de cuidados especializados consegue atender, por ano (4) | 24.000 | 32.000 | |
| | 5. Taxa de mortalidade por doença cérebro-vascular em indivíduos dos 55-64 anos, por 100 000 hab. (5) | 101,7 | 48,9 | |
| | 6. Taxa de mortalidade por enfarto agudo do miocárdio no grupo etário dos 45-64 anos, por 100 000 hab. (6) | 53,0 | 50,0 | |
| | 7. Incidência de tuberculose, por 100 000 hab. (7) | 47,0 | 42,6 | |
| | 8. Percentagem de resíduos sólidos hospitalares com recolha e destino final adequado (8) | * | 95,0% | |
| II | 1. Rácio entre urgências hospitalares e consultas externas (9) | 1,16 | 0,95 | |
| | 2. Percentagem de primeiras consultas no total de consultas externas hospitalares (10) | 21,6% | 23,8% | |
| | 3. Número de doentes saídos por cama hospitalar, por ano (11) | 33,0 | 36,0 | |
| | 4. Número de instituições que utilizam a Rede de Informática da Saúde (RIS) (12) | Serviços Básicos ** | 100 | 2.473 |
| | | Outros Serviços *** | ---- | 464 |
| | 5. Número de formandos abrangidos por formação associada a projectos financiados (13) | 5.000 | 65.000 | |
| 6. Número de acções de formação realizadas no âmbito de projectos financiados (14) | 350 | 4.500 | | |
| III | 1. Número de estruturas apoiadas pelo Regime de Incentivos | ---- | 200 | |

* Valor estimado entre 70 e 75% em 1999, fonte DGS

** Transferência de dados

*** *Internet, e-mail*, transmissão de voz

Indicam-se a seguir as fontes e datas de referência dos indicadores:

(1) DGS, Projecto europeu para estudos do álcool e outras substâncias em meio escolar - ESPAD 1995 (European Alcohol Survey Project and other drugs); (2) DGS, 1998; (3) SPTT, 1999; (4) SPTT, 1999; (5) INSA, 1998; (6) DGS, 1998; (7) DGS, 1999; (8) DGS, 1999; (9) DGS, 1999; (10) DGS, 1999; (11) DGS, 1999; (12) IGIF, 1999; (13) IOS, 1999; (14) IOS, 1999

4.3 Indicadores da Reserva de Eficiência

A atribuição da Reserva de Eficiência será efectuada com base em critérios de eficácia, em critérios de gestão e em critérios de execução financeira.

A especificação dos critérios de eficácia, a selecção dos indicadores de acompanhamento para um conjunto de medidas a determinar e os objectivos de realização em 2003 e 2006, será efectuada no Complementos de Programação em estreita concertação com a Comissão Europeia - concretizada através de um Grupo de Trabalho conjunto, comum a todos os programas, com as seguintes funções:

- Definir uma metodologia para especificar e quantificar os critérios relativos aos indicadores de eficácia e propor indicadores pertinentes;
- Assegurar a coerência entre estes critérios nos diferentes programas;
- Assegurar a validação final dos resultados da quantificação;
- Assegurar-se da inclusão dos indicadores correspondentes a estes critérios nos Relatórios Anuais de Execução e proceder à assim como a análise dos progressos obtidos;
- Propor indicadores adicionais de gestão e, de execução financeira.

As conclusões do Grupo de Trabalho conjunto relativas à metodologia de especificação e quantificação dos critérios relativos aos indicadores de eficácia serão disponibilizadas até 15 de Julho 2000.

Os critérios e indicadores de gestão e de execução financeira, de acordo com o Quadro Comunitário de Apoio, são os seguintes:

| Crítérios | Indicadores | Objectivos |
|---|---|---|
| Crítérios comuns de gestão | | |
| Qualidade do Sistema de Acompanhamento | <ul style="list-style-type: none"> • Percentagem em valor das Medidas para as quais se encontram dados completos disponíveis sobre a respectiva execução financeira e física. | <ul style="list-style-type: none"> • Informação financeira o mais tardar 3 meses após a aprovação do PO: 100% • Informação física a partir de 01.01.2001: 100% |
| Qualidade do Sistema de Controlo | <ul style="list-style-type: none"> • Montagem de um sistema de controlo financeiro, de acordo com as modalidades previstas no QCA e no Programa Operacional; • Percentagem das despesas dos Fundos Estruturais cobertas por auditorias financeiras e de gestão relativamente ao total da correspondente intervenção dos Fundos Estruturais. | <ul style="list-style-type: none"> • até ao final de 2000; • igual ou superior a 5% a partir do final de 2000. (em relação ao custo total dos projectos aprovados no ano) |
| Qualidade dos Critérios de Selecção | Percentagem dos compromissos respeitantes a projectos seleccionados em função de critérios de selecção objectivos e claramente identificados. | <ul style="list-style-type: none"> • 100% a partir do ano 2000. |
| Qualidade do Sistema de Avaliação | Relatórios de avaliação intercalar de qualidade adequado. | De acordo com as normas de qualidade predefinidas no Doc. de Trabalho 4 (Crítérios MEANS): 100% |
| Crítérios comuns de execução financeira | | |
| Absorção dos Fundos Estruturais | Percentagem das despesas relativas aos Fundos Estruturais apresentadas e declaradas admissíveis anualmente à Comissão relativamente ao Plano Financeiro do Programa Operacional Saúde. | Atingir a 31.10.2003 um nível de pedidos de pagamentos de montante igual a 100% do montante inscrito no plano financeiro para 2000 e 2001 e 50% (em média) do montante inscrito para 2002 e 2003. |
| Crítérios específicos de execução financeira | | |
| Efeito de alavanca | Valor dos investimentos realizados em relação aos recursos públicos mobilizados. | A especificar Programas/Medidas |

5. MEDIDAS E INSTRUMENTOS

As medidas e instrumentos de actuação previstos no quadro do presente Programa Operacional assentam nos três Eixos Prioritários anteriormente definidos.

Eixo Prioritário I - Promover a Saúde e Prevenir a Doença

Este Eixo Prioritário integra as seguintes Medidas:

- **Informação, Promoção e Defesa da Saúde Pública**
- **Áreas de Actuação Estratégica**
- **Assistência Técnica**

MEDIDA 1.1 - INFORMAÇÃO, PROMOÇÃO E DEFESA DA SAÚDE PÚBLICA

Descrição

Visa-se, em primeiro lugar, implementar e desenvolver a articulação do sistema de informação nacional com os sistemas análogos dos países da União Europeia, conseguir estatísticas e inquéritos que permitam a medição do estado de saúde dos portugueses e dos respectivos determinantes e realizar estudos epidemiológicos e análises, nomeadamente no quadro do *Observatório Nacional da Saúde*.

Por outro lado, são desenvolvidas acções em áreas críticas de prevenção e promoção da saúde, abarcando, designadamente, doenças como a SIDA, a tuberculose e as resultantes do consumo excessivo de tabaco e de álcool, bem como a criação de mecanismos especiais para populações em situação de exclusão social e, ainda, a promoção da dádiva de sangue e do uso correcto do medicamento.

Neste âmbito, é de assinalar as actividades previstas no campo da saúde da mulher, envolvendo, inclusive, a população em meio prisional.

Todas estas questões correspondem a prioridades comunitárias.

Nesta área da informação e promoção da saúde os principais investimentos a realizar incluem a rede informática e *software* de base do sistema de informação em saúde, centros e unidades móveis de rastreio e de tratamento de toxicodependentes, laboratórios e material de promoção e divulgação em áreas-chave como a vacinação, o planeamento familiar, o uso de substâncias ilícitas e outras.

No que concerne à defesa da saúde pública, os projectos a desenvolver respeitam essencialmente:

- à rede de serviços de saúde pública;
- aos sistemas de vigilância;
- à qualidade e segurança de bens e serviços oferecidos pelo mercado;
- à gestão dos resíduos sólidos hospitalares.

O desenvolvimento da rede de *Serviços de Saúde Pública* é uma elevadíssima prioridade para a protecção e segurança em saúde e compreende essencialmente a instalação de cinco centros regionais de saúde pública e investimentos em laboratórios de saúde pública (construção, remodelação e equipamento), com vista a reforçar as funções de planeamento, definição de estratégias e análise dos fenómenos de saúde e de doença.

A qualificação dos referidos laboratórios decorre da necessidade de dar cumprimento aos imperativos legais nacionais e comunitários no que respeita à qualidade da água e à vigilância de outros factores ambientais e abrange também os dispositivos relativos às normas de higiene e segurança aplicáveis.

Projecto muito importante nesta área é o *Sistema de Alerta e Resposta Adequada (SARA)* e a ligação à rede de vigilância epidemiológica e de controlo de doenças transmissíveis na comunidade, permitindo a identificação rápida de situações de emergência e o estabelecimento coordenado e atempado de medidas de controlo das mesmas.

Prevê-se, ainda, a criação e o desenvolvimento de sistemas de informação que vão permitir o tratamento e a transferência de dados relativos às situações de saúde pública, nomeadamente o *interface Ambiente/Saúde*, no intuito de facilitar e fundamentar as decisões e proporcionar informação ao público neste domínio.

Na prática, todas as despesas de investimento tendentes à constituição de uma rede actuante e eficaz na detecção dos problemas de saúde pública estão incluídas nesta vertente do Eixo Prioritário I.

O projecto *Sistemas de Vigilância* visa a consolidação de informações necessárias para a monitorização de diversas situações e fundamentação da tomada de decisões e contempla principalmente a criação e equipamento de laboratórios e de bases de dados nas áreas da farmacovigilância, da hemovigilância e da imunohemovigilância, bem como de sistemas eficazes de detecção precoce de problemas na área da saúde.

No que respeita à *Qualidade e Segurança de Bens e Serviços*, pretende-se assegurar o desenvolvimento de um conhecimento sistemático dos bens e serviços existentes no mercado, tendo em vista a informação aos consumidores e a tomada de decisões que protejam e salvaguardem a sua saúde, facilitem o exercício dos seus direitos e promovam a interiorização de hábitos e padrões de consumo ambientalmente adequados.

O desenvolvimento de redes de informação e de recolha de dados e o desenvolvimento de estudos e ensaios constituem os principais instrumentos de aplicação deste projecto.

Relativamente à *Gestão dos Resíduos Hospitalares*, o objectivo primário é a realização de investimentos que assentam essencialmente no *Plano Estratégico dos Resíduos Sólidos Hospitalares*, em especial a requalificação de unidades de incineração com capacidade de tratamento do volume total dos resíduos produzidos do grupo IV, a construção de um entreposto de colecta e de armazenamento equipado com sistema de refrigeração em cada sistema local de saúde, com capacidade e qualidade para este tipo de resíduos, funcionando como um *interface* entre os produtores locais e as unidades de incineração, a instalação de ecopontos nas unidades hospitalares para recolha selectiva de lixos, numa perspectiva de reciclagem e valorização. Abrange também o transporte especializado de resíduos.

A selecção dos projectos a financiar no âmbito desta Medida terá em conta o seu contributo para o alcance dos objectivos do Eixo Prioritário e do Programa, a sua pertinência relativamente à problemática a que pretende responder e às carências da respectiva área geográfica e, ainda, à sua consistência técnica e viabilidade económica.

Nenhum auxílio estatal, no sentido do nº 1 do artigo 87º do Tratado, foi acordado para esta Medida.

Objectivos gerais

São objectivos desta Medida:

- Incrementar os processos de produção de informação e de monitorização do estado de saúde da população portuguesa;
- Desenvolver programas de promoção e prevenção dirigidos a situações específicas e a segmentos particulares da população;
- Dotar os serviços de saúde pública de meios que fortaleçam a sua capacidade de actuação no âmbito da vigilância epidemiológica, da promoção da saúde e do controlo de riscos ambientais;
- Capacitar o *Serviço Nacional de Saúde* para uma adequada gestão de resíduos sólidos produzidos, diminuindo os impactes da tecnologia existente sobre a saúde pública e o ambiente.

Beneficiários

Organismos dos Ministérios da Saúde, da Justiça e de outros envolvidos em acções de promoção da saúde, Instituto do Consumidor, Organizações não Governamentais (ONG).

Peso financeiro

Esta Medida deverá representar cerca de 9% das despesas públicas envolvidas no Programa, a financiar pelo FEDER.

Entidade responsável

Ministério da Saúde

MEDIDA 1.2 - ÁREAS DE ACTUAÇÃO ESTRATÉGICA

Descrição

Esta medida vem dar resposta à necessidade de intervenção prioritária em doenças e situações de saúde para as quais se perspectiva uma evolução negativa a prazo e se justifica algum investimento de carácter estratégico, com vista a limitar os efeitos dessas patologias ou disfunções, através de uma actuação adequada na fase inicial e de um tratamento apropriado.

As áreas consideradas prioritárias são a materno-infantil, a cardiologia, os acidentes vasculares cerebrais (AVC), a nefrologia, a oncologia, a traumatologia (acidentados), a infecciologia, a toxicodependência e o alcoolismo.

As intervenções a realizar incluem a construção ou adaptação de instalações, bem como o seu equipamento para, designadamente, criar unidades de diagnóstico e de reabilitação precoces, unidades de cuidados paliativos ou unidades terapêuticas de dor crónica.

Está também prevista a criação de unidades especializadas de internamento destinadas a acolher doentes em risco de contágio, tais como a tuberculose ou outras doenças transmissíveis e as deficiências imunológicas, como a SIDA.

Está programada a criação de unidades móveis equipadas para actuações em situações de emergência.

Na área do tratamento da toxicodependência e do alcoolismo, prevê-se a criação ou remodelação de unidades especializadas, abrangendo, quer as da rede pública dependente do Ministério da Saúde, quer as existentes ou a instalar em meio prisional, sendo que as unidades privadas poderão ser apoiadas no âmbito do Eixo Prioritário III.

A selecção dos projectos a financiar no âmbito desta Medida atenderá ao seu contributo para atingir os objectivos do Eixo Prioritário e do Programa, à sua necessidade face às carências e problemas da área geográfica onde se insere, bem como à sua qualidade técnica e viabilidade económica.

Nenhum auxílio estatal, no sentido do nº 1 do artigo 87º do Tratado da União Europeia, foi acordado para esta Medida.

Objectivos gerais

São objectivos desta Medida:

- Desenvolver programas especiais de intervenção dirigidos a situações patológicas particulares, visando ganhos de saúde, nomeadamente a redução da mortalidade e a melhoria da recuperação precoce;
- Acelerar a melhoria dos indicadores respeitantes à saúde materno-infantil;
- Alargar as redes de apoio ao tratamento de toxicodependentes, alcoólicos, doentes em situação terminal ou psiquiátricos.

Beneficiários

Organismos dos Ministérios da Saúde, da Justiça e de outros envolvidos em acções de promoção da saúde e Organizações não Governamentais (ONG).

Peso financeiro

Esta Medida deverá representar cerca de 6,8% das despesas públicas envolvidas no Programa, a financiar pelo FEDER.

Entidade responsável

Ministério da Saúde

MEDIDA 1.3 - ASSISTÊNCIA TÉCNICA**Descrição**

Abarca todas as acções necessárias a um correcto e eficaz funcionamento do Programa Operacional Saúde, no que respeita à gestão, acompanhamento, controlo e avaliação das acções co-financiadas pelos fundos estruturais.

Para além das acções tradicionais (estudos de acompanhamento e avaliação, consultadoria, acções de controlo de 1º nível, implementação de sistemas de informação e outras), inclui, dentro dos limites definidos pela regulamentação comunitária e nacional sobre a matéria, o financiamento da estrutura responsável pela gestão do Programa.

Os estudos de avaliação de resultados e de desempenho, que tenham carácter sistémico e envolvam diversas instituições, podem ser também apoiados através da Assistência Técnica, bem como outros que complementem os efeitos da aplicação dos financiamentos atribuídos no âmbito do Programa Operacional, designadamente os relacionados com os tempos de espera para actos e procedimentos de saúde.

Não obstante tratar-se de uma Medida co-financiada apenas pelo FEDER, será assegurada, por contrapartida da mesma, a realização das acções necessárias no âmbito da assistência técnica e que estejam relacionadas com a componente FSE deste Programa Operacional será assegurada a título da presente medida.

No relatório de execução anual será dada uma especial atenção à implementação das medidas de assistência técnica, em capítulo ou ponto específico.

Objectivos gerais

É objectivo desta Medida criar as condições para uma eficiente e eficaz implementação do Programa, com vista a atingir as metas definidas.

Beneficiários

Gabinete de Gestão do Programa Operacional e outros organismos do Ministério da Saúde envolvidos na sua gestão.

Peso financeiro

Esta Medida deverá representar cerca de 2,5% das despesas públicas do Programa, e será co-financiada apenas pelo FEDER. O montante global e a sua repartição por grandes tipos de despesas respeitará as regras definidas na ficha de elegibilidade nº 11, respeitante à assistência técnica, fixando-se o valor máximo das despesas com limite regulamentar em

13.349 Meuros, correspondente a um co-financiamento de 10.011 Meuros, o que representa 2,15% das despesas públicas do Programa.

No Complemento de Programação as medidas de Assistência Técnica serão repartidas em duas submedidas relativas às despesas previstas no ponto 2.1 e às do ponto 3 da Regra nº 11.

O Complemento de Programação especificará para as acções sujeitas a plafond, os montantes afectos a cada categoria de acções, assim como os custos relativos às acções previstas no ponto 2.2 da Regra nº 11.

Pela importância de que se revestem será realizado um destaque no relatório de execução anual sobre a implementação das medidas de Assistência Técnica, em capítulo ou em ponto específico.

O montante respeitante à Assistência Técnica consta de uma nota inserida no Quadro 1 do Plano de Financiamento.

A distribuição anual das despesas em termos percentuais prevê-se que seja a seguinte:

| | |
|-------------------|------------|
| 2000 | 11% |
| 2001 | 15% |
| 2002 | 14% |
| 2003 | 16% |
| 2004 | 14% |
| 2005 | 14% |
| 2006 | 16% |

Entidade responsável

Ministério da Saúde

Eixo Prioritário II - Melhorar o Acesso a Cuidados de Saúde de Qualidade

Este Eixo Prioritário integra as seguintes Medidas:

- **Rede de Referência Hospitalar**
- **Tecnologias de Informação e Comunicação**
- **Certificação e Garantia de Qualidade**
- **Formação de Apoio a Projectos de Modernização da Saúde**

MEDIDA 2.1 - REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR

Descrição

A Rede de Referência Hospitalar (RRH) destina-se a estabelecer uma articulação funcional entre hospitais, de modo a garantir a prestação de cuidados adequados às necessidades dos doentes, nas diversas especialidades.

Pretende-se, com esta intervenção, regular e planear a complementaridade e o apoio técnico entre as instituições hospitalares, nas áreas do ambulatório e do internamento, minimizando a duplicação e a sub-utilização dos equipamentos e das instalações.

A rede é organizada em função das especificidades e competências de cada hospital e permite que os doentes possam transitar entre eles de forma programada e tecnicamente adequada, de acordo com os recursos humanos e materiais instalados e as suas necessidades em saúde.

Muitos hospitais asseguram uma função dupla: por um lado, estão integrados no sistema local de saúde da comunidade onde estão sedeados e, por outro, detêm ou passarão a deter serviços e pólos tecnológicos altamente diferenciados, que servem como referência de recurso para outros hospitais da sua região ou de outras.

Assim, a Rede de Referência Hospitalar pode abranger intervenções a nível nacional, regional e sub-regional.

A medida Rede de Referência Hospitalar inclui todo o investimento necessário (adaptação, remodelação de instalações hospitalares e equipamento) à constituição das diversas redes (urgência e emergência médica, oncologia, cardiologia, nefrologia, neurologia, traumatologia/ortopedia, saúde mental, materno-infantil e outras que venham a ser planeadas e aprovadas).

As redes informáticas internas das unidades especializadas estão também aqui contempladas.

Em cada rede diferenciada são abrangidos tanto os hospitais especializados em determinada valência como as unidades de excelência localizadas nos hospitais centrais ou distritais. Pode incluir, ainda, centros tecnológicos nessas áreas.

Esta Medida cruza-se, portanto, em termos de planeamento e investimento, com os *Sistemas Locais de Saúde (SLS)*, cujo financiamento será assegurado, no essencial, através dos 5 programas operacionais regionais.

Na selecção dos projectos a financiar no âmbito desta Medida será levada em consideração a sua concordância com as especificações da rede de referenciação hospitalar em que se integra, a viabilidade da sua execução e a sua compatibilidade com a reorganização geral do respectivo hospital.

Nenhum auxílio estatal, no sentido do nº 1 do artigo 87º do Tratado, foi acordado para esta Medida.

Objectivos gerais

É objectivo desta Medida remodelar e apetrechar unidades hospitalares e outras com os meios necessários à sua integração em redes de prestação de cuidados.

Beneficiários

Organismos centrais e desconcentrados do Ministério da Saúde e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde.

Peso financeiro

Esta Medida deverá representar cerca de 46% das despesas públicas previstas no Programa, a financiar pelo FEDER.

Entidade responsável

Ministério da Saúde

MEDIDA 2.2 - TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

Descrição

Através desta medida prevê-se realizar investimentos cujo objectivo é fundamentalmente melhorar, de modo significativo e directo, o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde. Trata-se, no essencial, de apostar na informatização e inter-comunicabilidade do sistema, viabilizando uma maior circulação de informação e o aproveitamento das novas tecnologias para a prestação de um melhor e mais rápido serviço ao utente.

Simultaneamente, permitirá definir e operacionalizar os *interfaces* de todas as suas componentes, facilitando a descentralização organizativa dos diversos níveis do sistema e das instituições de saúde.

Entre as áreas a desenvolver, podem nomear-se as que correspondem à expansão, aprofundamento ou evolução tecnológica de sistemas existentes (*Rede de Informação da Saúde, Cartão do Utente, Sistema Integrado de Informatização Hospitalar, etc.*), as que representam avanços significativos na aplicação das tecnologias da informação à prática clínica

e, ainda, as que permitem uma melhor conservação e acesso à informação do doente, como, por exemplo, a digitalização de imagens radiológicas.

Relativamente aos projectos para o diagnóstico à distância (telemedicina), as acções serão articuladas e complementadas com outros financiamentos a atribuir através do *Programa Operacional Sociedade da Informação*.

A implementação de novos procedimentos informáticos exige a correspondente qualificação dos seus utilizadores, razão pela qual, no âmbito da Medida 2.4, estão previstos projectos formativos para estes profissionais, principalmente os que, pela sua natureza, exigem uma forte coordenação a nível central.

Com os investimentos previstos nesta Medida (tanto em matéria de equipamentos, como de aplicações informáticas e constituição de bases de dados) espera-se um significativo salto qualitativo no tratamento da informação, criando novas funcionalidades e imprimindo maior eficiência em todo o sistema de saúde.

Na selecção dos projectos a financiar no âmbito desta Medida será ponderada a sua correspondência com necessidades objectivas e concretas da instituição, bem como a sua capacidade para utilizar as potencialidades oferecidas e para assegurar a manutenção das respectivas aplicações.

Nenhum auxílio estatal, no sentido do nº 1 do artigo 87º do Tratado, foi acordado para esta Medida.

Objectivos gerais

São objectivos desta Medida:

- Desenvolver e implementar sistemas de informação aplicáveis a processos de gestão dos cuidados de saúde e dos recursos afectos, com vista a ganhos de eficiência no sistema e ao apoio à tomada de decisões;
- Dotar os serviços de saúde dos meios necessários à utilização de novas tecnologias de informação e comunicação.

Beneficiários

Organismos centrais e desconcentrados do Ministério da Saúde e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde.

Peso financeiro

Esta Medida deverá representar cerca de 23% das despesas públicas do Programa, a financiar pelo FEDER.

Entidade responsável

Ministério da Saúde

MEDIDA 2.3 - CERTIFICAÇÃO E GARANTIA DA QUALIDADE

Descrição

Esta Medida estende-se essencialmente a três áreas:

- certificação/acreditação;
- processos de melhoria contínua da qualidade;
- construção, remodelação e ampliação de estruturas formativas de âmbito nacional.

No que respeita à certificação e acreditação dos serviços de saúde e dos laboratórios, incluem-se aqui todas as acções necessárias à qualificação (diagnósticos da situação, definição de padrões e normas de referência, processos de certificação, melhoria dos equipamentos e processos, adaptação de instalações, etc.).

São também contemplados investimentos físicos (adaptação de instalações e equipamentos) ligados ao processo de certificação ou acreditação, bem como outras despesas respeitantes a estas preocupações (diagnósticos, consultorias externas, constituição dos processos de certificação).

Quanto à melhoria contínua da qualidade, integram-se nesta Medida todas as acções não conducentes a uma certificação.

O desenvolvimento da qualidade caracteriza-se por corrigir erros do sistema e reduzir a variabilidade existente, constituindo uma melhoria permanente, num quadro de responsabilidade e de participação colectiva.

A melhoria contínua da qualidade terá que se basear, portanto, na avaliação sistemática do modo como as actividades de saúde (educação e promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico, tratamento e reabilitação) influem nos níveis de saúde e na satisfação dos cidadãos e das comunidades em relação aos serviços e ao sistema de saúde.

Para além das despesas relativas ao estudo e identificação de problemas e ao estabelecimento de processos de melhoria de qualidade nos serviços de saúde, pretende-se o financiamento de um programa de avaliação, revisão e melhoria organizacional dos hospitais e de estudos sobre a evolução e satisfação dos profissionais do sector.

No que respeita às estruturas formativas, a complementar o esforço a realizar no âmbito dos Sistemas Locais de Saúde (vertente regionalmente desconcentrada) para o desenvolvimento e consolidação dos respectivos serviços de formação, visa-se apoiar a criação de infra-estruturas de formação de âmbito nacional, incluindo prioritariamente um centro de recursos em conhecimento da saúde, a funcionar em articulação com o Centro Nacional de Recursos em Conhecimento.

O *Centro de Recursos em Conhecimento de Saúde (CRCS)* constituirá um sistema não-formal de apoio à realização de projectos organizacionais e individuais de formação e uma rede de animação dos processos de construção de conhecimento no domínio da saúde, funcionando como pólo receptor e divulgador de suportes de formação, designadamente aqueles cuja concepção e produção tenham sido ou venham a ser financiados pelo FSE.

O CRCS terá ramificações nos serviços regionais de formação, nos pólos de formação dos sistemas locais de saúde e demais entidades integradas na rede formativa dos profissionais deste sector.

A selecção de projectos a financiar no âmbito desta Medida prestará atenção ao impacte esperado em áreas-chave da Saúde através da sua execução, bem como ao grau de envolvimento dos profissionais das entidades envolvidas, particularmente dos seus dirigentes.

Nenhum auxílio estatal, no sentido do nº 1 do artigo 87º do Tratado, foi acordado para esta Medida.

Objectivos gerais

São objectivos desta Medida:

- Promover a criação de sistemas de garantia da qualidade em saúde;
- Dotar os serviços de saúde das condições necessárias à sua adequação aos padrões de referência exigidos pelos sistemas de garantia da qualidade;
- Desenvolver e consolidar a rede de recursos de conhecimento em saúde.

Beneficiários

Organismos do Ministério da Saúde e outras instituições públicas, dos sectores social e privado.

Peso financeiro

Esta Medida deverá representar aproximadamente 5,5% das despesas públicas do Programa, a financiar pelo FEDER.

Entidade responsável

Ministério da Saúde

MEDIDA 2.4 - FORMAÇÃO DE APOIO A PROJECTOS DE MODERNIZAÇÃO DA SAÚDE

Descrição

A concretização de determinados projectos de modernização dos serviços de saúde, em cumprimento das orientações inscritas na *Estratégia da Saúde*, implica uma qualificação específica dos profissionais envolvidos, havendo necessidade de desenvolver programas formativos que assegurem a aquisição e desenvolvimento das competências exigidas.

Esta Medida visa, assim, a realização de acções formativas directamente ligadas a projectos de reorganização e modernização dos serviços, o apoio à realização de estudos no domínio da formação profissional sectorial, a produção de recursos didácticos, designadamente pacotes formativos temáticos (por exemplo, para sensibilização à problemática ambiental na saúde e à humanização dos serviços de saúde) e o apoio ao desenvolvimento do sistema de certificação e acreditação das unidades formativas da Saúde.

Serão apoiadas por esta Medida apenas as acções de formação directamente relacionadas com projectos inseridos nas restantes medidas do Programa Operacional Saúde ou que correspondam a formação destinada ao reforço das competências em gestão dos dirigentes da Saúde, resultante da reorganização e modernização sectorial.

A formação a efectivar privilegiará as acções destinadas aos dirigentes, a reorganização da *Rede de Referenciação Hospitalar* e da rede de *Serviços de Saúde Pública*, as acções formativas de suporte a projectos nacionais de desenvolvimento de tecnologias de informação e comunicação na saúde e as associadas à implementação do *Sistema Nacional de Qualidade na Saúde*.

Para além do apoio financeiro a diversos tipos de intervenções formativas (cursos, seminários, investigação/acção, etc.), a aquisição de participações individuais na formação é modalidade a considerar nos financiamentos a atribuir, desde que inserida em projectos de modernização promovidos pelas instituições.

Relativamente à formação dos profissionais da saúde, seja no respeitante à formação inicial inserida no sistema de formação profissional, seja na relativa à formação contínua constante dos planos anuais das instituições de saúde públicas e privadas, ela será abrangida pelo Programa Operacional Emprego, Formação e Desenvolvimento Social.

A formação dos profissionais de saúde no quadro do sistema de educação (ao nível do ensino superior, nomeadamente, enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica) será coberta pelo Programa Operacional Educação (Medida 2 do Eixo Prioritário I do PRODEP).

Esta mesma intervenção operacional abrangerá a formação pedagógica dos formadores do sector.

A selecção das acções a financiar no âmbito desta Medida terá em consideração a sua pertinência face às necessidades formativas induzidas pelo desenvolvimento de projectos de modernização apoiados pelo Programa, bem como a sua consistência técnico-pedagógica.

Nenhum auxílio estatal, no sentido do nº 1 do artigo 87º do Tratado, foi acordado para esta Medida.

Objectivos gerais

É objectivo desta Medida promover a qualificação dos profissionais de saúde envolvidos na realização de projectos de modernização sectoriais, reforçando assim o desenvolvimento dos mesmos.

Beneficiários

- Organismos do Ministério da Saúde;
- Entidades públicas e privadas com projectos de investimento apoiados no âmbito do Programa Operacional.

Peso financeiro

Esta Medida deverá representar cerca de 2,7% das despesas públicas previstas no Programa, a financiar pelo FSE.

Entidade responsável

Ministério da Saúde

Eixo Prioritário III - Promover Novas Parcerias e Novos Actores na Saúde

Este Eixo Prioritário integra apenas uma Medida:

- **Criação e adaptação de unidades de prestação de cuidados de saúde.**

MEDIDA 3.1 - CRIAÇÃO E ADAPTAÇÃO DE UNIDADES DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Descrição

A Medida 3.1 responde a uma nova filosofia de abordagem do sistema de saúde, que deve ser constituído por redes de prestadores de natureza pública, social e privada que, em conjunto, prosseguem fins comuns.

Esta óptica encerra grandes potencialidades, na medida em que existem na sociedade portuguesa muitas organizações do sector social tradicionalmente activas na área da saúde e que, se devidamente apoiadas, podem fazer parte de uma rede intersectorial de complementaridades na prestação de cuidados.

Na realidade, esta abordagem permite não só orientar os contributos do sector privado no âmbito do Sistema Nacional de Saúde, integrando na sua órbita novas unidades, com modelos de funcionamento mais leves e potencialmente mais eficazes mas, igualmente, canalizar novos recursos, não públicos, para o investimento na saúde, criando um efeito de alavanca nos meios financeiros nacionais e comunitários postos à disposição do Programa.

O alargamento do leque de prestadores privados de cuidados de saúde passa pela criação de apoios à constituição de pequenas unidades empresariais na área dos cuidados na comunidade, nomeadamente cuidados continuados, cuidados no domicílio e apoio especializado em situações de dependência.

Nestes termos, a presente Medida integra, no essencial, dois eixos complementares de actuação:

- os incentivos à criação e reorganização de empresas de prestação de cuidados de saúde;
- os apoios destinados à adaptação e modernização de espaços já existentes, de entidades dos sectores social e privado, para a prestação de cuidados de saúde.

No primeiro caso, será criado um *Sistema de Incentivos* a projectos de empresas de micro e pequena dimensão, até 50 trabalhadores, que abrange subsídios a fundo perdido ou subsídios reembolsáveis à taxa nula para a aquisição, construção, adaptação e/ou remodelação de unidades de saúde e para a aquisição do equipamento necessário à prestação dos serviços.

O investimento candidato deverá corresponder a um custo mínimo de 25 mil euros e os apoios a conceder não ultrapassarão os 100 mil euros.

Os apoios atribuídos por este sistema de incentivos, após o investimento inicial, podem ser complementados com um contrato-programa com o Estado, anual ou plurianual, para a prestação de cuidados, que cobrirá as despesas de funcionamento.

Os projectos a abranger deverão visar um ou mais dos seguintes tipos de cuidados de saúde:

- cuidados de saúde continuados no domicílio, incluindo reabilitação, cuidados paliativos e terminais;
- intervenções especializadas de apoio às equipas de saúde que prestam cuidados continuados na comunidade - tanto na assistência aos doentes com incapacidade e dependência física e funcional marcadas, como na reabilitação e nos cuidados paliativos e terminais;
- cuidados de saúde em unidades de internamento e residenciais de estadia média e prolongada - como alternativa ao internamento em unidades vocacionadas para cuidados em internamento de curta duração (“hospitais de doença aguda”);
- cuidados de saúde familiar (incluindo cuidados no domicílio) - integrando cuidados de medicina geral e familiar e cuidados de enfermagem, em áreas geográficas carenciadas;
- meios complementares de diagnóstico e terapêutica em áreas geográficas carenciadas.

Embora o sistema de incentivos abranja todo o território continental português, a sua aplicação terá em conta as carências efectivas do sistema de saúde. Assim, periodicamente, será publicada uma matriz regiões/actividades, que definirá a tipologia de projectos e localizações a privilegiar, bem como a intensidade dos incentivos a conceder.

A atribuição dos incentivos terá por base um regime de concursos no qual só os projectos mais pontuados serão apoiados, face ao orçamento disponível para cada fase de candidaturas.

O sistema de incentivos será implementado através de legislação nacional que garantirá transparência na sua aplicação e respeitará as regras comunitárias em matéria de concorrência.

Quanto ao sistema de apoios para a *Adaptação de Unidades de Saúde de Instituições não Públicas*, ele está sobretudo orientado para as Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS), incluindo as Misericórdias, que não têm fins lucrativos.

Prevê-se apoiar os seguintes tipos de projectos:

- instalação de pequenas unidades de cuidados continuados (para apoio domiciliário a idosos, por exemplo);
- adaptação de unidades prestadoras de cuidados especializados;
- adaptação de instalações para a prestação de cuidados em internamento de média e longa duração.

O objectivo é, pois, não só a orientação das actividades das IPSS para áreas não cobertas ou deficientemente cobertas pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), mas, igualmente, facilitar o processo de reconversão de alguns “hospitais de doença aguda” da rede do SNS para hospitais vocacionados para o internamento de média e longa duração.

O esquema de apoio irá ser definido através de um regulamento que estabelecerá as regras, critérios e condições de atribuição de apoios às IPSS. Estes cobrirão apenas o investimento

inicial (infra-estruturas e equipamento) necessário à criação ou adaptação das unidades de saúde.

Os critérios de selecção a considerar decorrem directamente do grau de carência ou insuficiência de determinados tipos de prestação de cuidados em certas regiões do País, sendo a identificação destas necessidades actualizada anualmente. Será concedida prioridade aos projectos que melhor respondam às carências detectadas.

Todos os auxílios a empresas concedidos no âmbito desta medida serão, ou compatíveis com a regra de *minimis*, ou aplicados no quadro de uma regra de isenção, em conformidade com o regulamento do Conselho (CE) n° 994/98, de 7 de Maio de 1998 (vide quadro anexo).

Objectivos gerais

São objectivos desta Medida:

- Facilitar a criação de novas parcerias, com os sectores social e privado, para a prestação de cuidados de saúde em áreas carenciadas;
- Dinamizar e apoiar a criação e o desenvolvimento de micro e pequenas empresas de novos prestadores de cuidados de saúde;
- Contribuir para a diminuição das desigualdades em saúde, reforçando e alargando as complementaridades, e ampliando as possibilidades de escolha dos cidadãos.

Beneficiários

O beneficiário final na acepção dada pela alínea l) do artigo 9° do Regulamento (CE) n° 1260/99 do Conselho, de 21 de Junho de 1999, é o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde.

Os destinatários das ajudas são empresas, Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS) e outras entidades sem fins lucrativos.

Peso financeiro

Esta Medida deverá representar entre 4,5 e 5% das despesas públicas do Programa, a financiar pelo FEDER.

Entidade responsável

Ministério da Saúde

6. PLANO DE FINANCIAMENTO

A estratégia definida no presente Programa e os instrumentos que a corporizam são financiados por dois Fundos Estruturais - o Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER) e o Fundo Social Europeu (FSE) -, por recursos públicos nacionais provenientes do Orçamento de Estado e por recursos privados.

Apresentam-se de seguida seis quadros financeiros que identificam por eixos prioritários, por fontes, por anos e por regiões os recursos que financiarão a execução do Programa entre 2000 e 2006.

Todos os quadros estão apresentados em Euros correntes, tendo sido, de acordo com o artigo 7º do Regulamento Geral, indexados à taxa anual de 2%.

A elaboração dos quadros financeiros partiu de uma taxa média de co-financiamento dos Fundos Estruturais (FEDER e FSE) de 75% das despesas públicas elegíveis. A taxa a utilizar, em regra, será também de 75%, sem prejuízo de, em casos excepcionais e devidamente justificados, a comparticipação comunitária poder atingir 80% dos custos elegíveis, em conformidade com o nº 3 do artigo 29º do Regulamento Geral.

No que respeita ao Eixo Prioritário III, estimou-se uma taxa média de apoio público de 32%, envolvendo tanto empresas privadas prestadoras de cuidados de saúde, como instituições privadas de solidariedade social. Embora as regras a que estão sujeitos os dois tipos de entidades sejam distintas, tanto em matéria de concorrência, como de financiamento estrutural comunitário (as instituições privadas de solidariedade social não têm fins lucrativos e prosseguem actividades de interesse público, podendo ser consideradas equivalentes a entidades públicas) optou-se, na preparação dos quadros, por dar o mesmo tratamento aos dois tipos de contrapartida nacional não proveniente do Orçamento de Estado, incluindo-as na rubrica “Sector Privado”.

Quadro 1 – PLANO DE FINANCIAMENTO DO EIXO PRIORITÁRIO I

Promover a Saúde e Prevenir a Doença

(unid.: euros)

| Ano | CUSTO TOTAL | DESPESAS PÚBLICAS | | | | | | | | | | SECTOR PRIVADO | FUNDO COESÃO | OUTROS | BEI | | |
|--------------|--------------------|-------------------|-------------------|-----|-------|------|--------------------------------|-------------------|------------|-------------|-----------------|----------------|--------------|--------|-----|--|--|
| | | APOIO COMUNITÁRIO | | | | | FINANCIAMENTO PÚBLICO NACIONAL | | | | | | | | | | |
| | | TOTAL | FEDER | FSE | FEOGA | IFOP | TOTAL | Adm. Central | Adm. Local | Reg. Autón. | Emp.Púb. Outras | | | | | | |
| 2000 | 18.913.000 | 14.185.000 | 14.185.000 | | | | 4.728.000 | 4.728.000 | | | | | | | | | |
| 2001 | 18.077.000 | 13.558.000 | 13.558.000 | | | | 4.519.000 | 4.519.000 | | | | | | | | | |
| 2002 | 17.164.000 | 12.873.000 | 12.873.000 | | | | 4.291.000 | 4.291.000 | | | | | | | | | |
| 2003 | 16.413.000 | 12.309.000 | 12.309.000 | | | | 4.104.000 | 4.104.000 | | | | | | | | | |
| 2004 | 14.898.000 | 11.174.000 | 11.174.000 | | | | 3.724.000 | 3.724.000 | | | | | | | | | |
| 2005 | 15.664.000 | 11.747.000 | 11.747.000 | | | | 3.917.000 | 3.917.000 | | | | | | | | | |
| 2006 | 15.709.000 | 11.782.000 | 11.782.000 | | | | 3.927.000 | 3.927.000 | | | | | | | | | |
| TOTAL | 116.838.000 | 87.628.000 | 87.628.000 | | | | 29.210.000 | 29.210.000 | | | | | | | | | |

Nota: Este quadro inclui a verba relativa à Assistência Técnica do Programa (Medida 1.3) com um custo total de 16 000 000 euros, co-financiada apenas pelo FEDER (12 000 000 euros).

Quadro 2 – PLANO DE FINANCIAMENTO DO EIXO PRIORITÁRIO II

Melhorar o Acesso a Cuidados de Saúde de Qualidade

(unid.: euros)

| Ano/Componente | CUSTO TOTAL | DESPESAS PÚBLICAS | | | | | | | | | | FUNDO COESÃO | OUTROS | BEI | | | |
|------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-----|-------|------|--------------------------------|----------------|------------|-------------|--------------------|--------------|--------|-----|----------------|--|--|
| | | APOIO COMUNITÁRIO | | | | | FINANCIAMENTO PÚBLICO NACIONAL | | | | | | | | SECTOR PRIVADO | | |
| | | TOTAL | FEDER | FSE | FEOGA | IFOP | TOTAL | Admín. Central | Adm. Local | Reg. Autón. | E. Públ. Outros | | | | | | |
| 2000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Componente FEDER | 77.749.000 | 58.314.000 | 58.314.000 | | | | | | | | 19.435.000 | | | | | | |
| Componente FSE | 2.918.000 | 2.190.000 | 2.190.000 | | | | | | | | 728.000 | | | | | | |
| Total | 80.667.000 | 60.504.000 | 60.504.000 | | | | | | | | 20.163.000 | | | | | | |
| 2001 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Componente FEDER | 73.759.000 | 55.321.000 | 55.321.000 | | | | | | | | 18.438.000 | | | | | | |
| Componente FSE | 2.838.000 | 2.122.000 | 2.122.000 | | | | | | | | 716.000 | | | | | | |
| Total | 76.597.000 | 57.443.000 | 57.443.000 | | | | | | | | 19.154.000 | | | | | | |
| 2002 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Componente FEDER | 69.388.000 | 52.043.000 | 52.043.000 | | | | | | | | 17.345.000 | | | | | | |
| Componente FSE | 2.726.000 | 2.046.000 | 2.046.000 | | | | | | | | 680.000 | | | | | | |
| Total | 72.114.000 | 54.089.000 | 54.089.000 | | | | | | | | 18.025.000 | | | | | | |
| 2003 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Componente FEDER | 69.763.000 | 52.324.000 | 52.324.000 | | | | | | | | 17.439.000 | | | | | | |
| Componente FSE | 2.664.000 | 1.999.000 | 1.999.000 | | | | | | | | 665.000 | | | | | | |
| Total | 72.427.000 | 54.323.000 | 54.323.000 | | | | | | | | 18.104.000 | | | | | | |
| 2004 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Componente FEDER | 59.095.000 | 44.323.000 | 44.323.000 | | | | | | | | 14.772.000 | | | | | | |
| Componente FSE | 2.064.000 | 1.549.000 | 1.549.000 | | | | | | | | 515.000 | | | | | | |
| Total | 61.159.000 | 45.872.000 | 45.872.000 | | | | | | | | 15.287.000 | | | | | | |
| 2005 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Componente FEDER | 60.800.000 | 45.600.000 | 45.600.000 | | | | | | | | 15.200.000 | | | | | | |
| Componente FSE | 2.123.000 | 1.593.000 | 1.593.000 | | | | | | | | 530.000 | | | | | | |
| Total | 62.923.000 | 47.193.000 | 47.193.000 | | | | | | | | 15.730.000 | | | | | | |
| 2006 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Componente FEDER | 59.188.000 | 44.393.000 | 44.393.000 | | | | | | | | 14.795.000 | | | | | | |
| Componente FSE | 2.176.000 | 1.633.000 | 1.633.000 | | | | | | | | 543.000 | | | | | | |
| Total | 61.364.000 | 46.026.000 | 46.026.000 | | | | | | | | 15.338.000 | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Componente FEDER | 469.742.000 | 352.318.000 | 352.318.000 | | | | | | | | 117.424.000 | | | | | | |
| Componente FSE | 17.509.000 | 13.132.000 | 13.132.000 | | | | | | | | 4.377.000 | | | | | | |
| Total | 487.251.000 | 365.450.000 | 365.450.000 | | | | | | | | 121.801.000 | | | | | | |

Quadro 3 – PLANO DE FINANCIAMENTO DO EIXO PRIORITÁRIO III

Promover Novas Parcerias e Novos Actores na Saúde

(unid.: euros)

| ANO | Custo Total | DESPESAS PÚBLICAS | | | | | | | | | | Sector Privado | Fundo Coesão | Outros | BEI | | | |
|--------------|-------------|-------------------|-------------------|-------|-----|-------|------|--------------------------------|----------------|--------------|----------------|----------------|--------------|--------|-----|------------------|--|------------|
| | | Total | APOIO COMUNITÁRIO | | | | | FINANCIAMENTO PÚBLICO NACIONAL | | | | | | | | | | |
| | | | Total | Feder | Fse | Feoga | Ilop | Total | Admin. Central | Admin. Local | Regiões Autón. | | | | | Emp. Pub. Outras | | |
| 2000 | 15.151.000 | 4.823.000 | 3.617.000 | | | | | | | | 1.206.000 | | | | | | | |
| 2001 | 14.512.000 | 4.620.000 | 3.465.000 | | | | | | | | 1.155.000 | | | | | | | |
| 2002 | 13.817.000 | 4.398.000 | 3.298.000 | | | | | | | | 1.100.000 | | | | | | | |
| 2003 | 13.252.000 | 4.218.000 | 3.165.000 | | | | | | | | 1.053.000 | | | | | | | |
| 2004 | 12.605.000 | 4.012.000 | 3.008.000 | | | | | | | | 1.004.000 | | | | | | | |
| 2005 | 12.681.000 | 4.036.000 | 3.028.000 | | | | | | | | 1.008.000 | | | | | | | |
| 2006 | 12.211.000 | 3.887.000 | 2.915.000 | | | | | | | | 972.000 | | | | | | | |
| TOTAL | 94.229.000 | 29.994.000 | 22.496.000 | | | | | | | | 7.498.000 | | | | | | | 64.235.000 |

Quadro 4 – PLANO GLOBAL DE FINANCIAMENTO DO PROGRAMA

Total dos Eixos

(unidade: euros)

| Ano/Componente | Custo Total | DESPESAS PÚBLICAS | | | | | | | | | | | Fundo Coesão | Outros | BEI | | | |
|------------------|-------------|-------------------|-------------------|------------|-------------|-------|-------|--------------------------------|--------------|------------|-------------|---------------|--------------|--------|-----|----------------|--|------------|
| | | Total | Apoio Comunitário | | | | Total | Financiamento Público Nacional | | | | | | | | Sector Privado | | |
| | | | Total | Feder | Fse | Feoga | | Ifop | Adm. Central | Adm. Local | Reg. Autón. | E.Púb. Outros | | | | | | |
| 2000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Componente FEDER | 111.813.000 | 101.485.000 | 76.116.000 | | | | | | | | | 25.369.000 | | | | | | 10.328.000 |
| Componente FSE | 2.918.000 | 2.918.000 | | 2.190.000 | | | | | | | | 728.000 | | | | | | |
| Total | 114.731.000 | 104.403.000 | 76.116.000 | 2.190.000 | | | | | | | | 26.097.000 | | | | | | 10.328.000 |
| 2001 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Componente FEDER | 106.348.000 | 96.456.000 | 72.344.000 | | | | | | | | | 24.112.000 | | | | | | 9.892.000 |
| Componente FSE | 2.838.000 | 2.838.000 | | 2.122.000 | | | | | | | | 716.000 | | | | | | |
| Total | 109.186.000 | 99.294.000 | 72.344.000 | 2.122.000 | | | | | | | | 24.828.000 | | | | | | 9.892.000 |
| 2002 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Componente FEDER | 100.369.000 | 90.950.000 | 68.214.000 | | | | | | | | | 22.736.000 | | | | | | 9.419.000 |
| Componente FSE | 2.726.000 | 2.726.000 | 2.046.000 | | 2.046.000 | | | | | | | 680.000 | | | | | | |
| Total | 103.095.000 | 93.676.000 | 70.260.000 | 2.046.000 | | | | | | | | 23.416.000 | | | | | | 9.419.000 |
| 2003 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Componente FEDER | 99.428.000 | 90.394.000 | 67.798.000 | | | | | | | | | 22.596.000 | | | | | | 9.034.000 |
| Componente FSE | 2.664.000 | 2.664.000 | 1.999.000 | | 1.999.000 | | | | | | | 665.000 | | | | | | |
| Total | 102.092.000 | 93.058.000 | 69.797.000 | 1.999.000 | | | | | | | | 23.261.000 | | | | | | 9.034.000 |
| 2004 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Componente FEDER | 86.598.000 | 78.005.000 | 58.505.000 | | | | | | | | | 19.500.000 | | | | | | 8.593.000 |
| Componente FSE | 2.064.000 | 2.064.000 | 1.549.000 | | 1.549.000 | | | | | | | 515.000 | | | | | | |
| Total | 88.662.000 | 80.069.000 | 60.054.000 | 1.549.000 | | | | | | | | 20.015.000 | | | | | | 8.593.000 |
| 2005 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Componente FEDER | 89.145.000 | 80.500.000 | 60.375.000 | | | | | | | | | 20.125.000 | | | | | | 8.645.000 |
| Componente FSE | 2.123.000 | 2.123.000 | 1.593.000 | | 1.593.000 | | | | | | | 530.000 | | | | | | |
| Total | 91.268.000 | 82.623.000 | 61.968.000 | 1.593.000 | | | | | | | | 20.655.000 | | | | | | 8.645.000 |
| 2006 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Componente FEDER | 87.108.000 | 78.784.000 | 59.090.000 | | | | | | | | | 19.694.000 | | | | | | 8.324.000 |
| Componente FSE | 2.176.000 | 2.176.000 | 1.633.000 | | 1.633.000 | | | | | | | 543.000 | | | | | | |
| Total | 89.284.000 | 80.960.000 | 60.723.000 | 1.633.000 | | | | | | | | 20.237.000 | | | | | | 8.324.000 |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Componente FEDER | 680.809.000 | 616.574.000 | 462.442.000 | | 462.442.000 | | | | | | | 154.132.000 | | | | | | 64.235.000 |
| Componente FSE | 17.509.000 | 17.509.000 | 13.132.000 | | 13.132.000 | | | | | | | 4.377.000 | | | | | | |
| Total | 698.318.000 | 634.083.000 | 475.574.000 | 13.132.000 | 462.442.000 | | | | | | | 158.509.000 | | | | | | 64.235.000 |

Quadro 5 – PLANO GLOBAL DE FINANCIAMENTO POR TIPO DE REGIÕES

| Ano/Tipo de Regiões | Custo Total | DESPESAS PÚBLICAS | | | | | | | | | | Sector Privado | | | | | | |
|-------------------------------|-------------|-------------------|-------------------|-------------|------------|-------|------|--------------------------------|----------------|--------------|-------------|----------------|--------------|--------|-----|--|--|------------|
| | | Total | Apoio Comunitário | | | | | Financiamento Público Nacional | | | | | Fundo Coesão | Outros | BEI | | | |
| | | | Total | Feder | Fse | Feoga | Ifop | Total | Admin. Central | Admin. Local | Reg. Aut. | E. Púb. Outros | | | | | | |
| 2000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Regiões com apoio transitório | 23.891.000 | 22.031.000 | 16.525.000 | 16.050.000 | 475.000 | | | | | | 5.506.000 | | | | | | | 1.860.000 |
| Regiões sem apoio transitório | 90.840.000 | 82.372.000 | 61.781.000 | 60.066.000 | 1.715.000 | | | | | | 20.591.000 | | | | | | | 8.468.000 |
| 2001 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Regiões com apoio transitório | 24.002.000 | 22.134.000 | 16.601.000 | 16.123.000 | 478.000 | | | | | | 5.533.000 | | | | | | | 1.868.000 |
| Regiões sem apoio transitório | 85.184.000 | 77.160.000 | 57.865.000 | 56.221.000 | 1.644.000 | | | | | | 19.295.000 | | | | | | | 8.024.000 |
| 2002 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Regiões com apoio transitório | 23.316.000 | 21.501.000 | 16.126.000 | 15.662.000 | 464.000 | | | | | | 5.375.000 | | | | | | | 1.815.000 |
| Regiões sem apoio transitório | 79.779.000 | 72.175.000 | 54.134.000 | 52.552.000 | 1.582.000 | | | | | | 18.041.000 | | | | | | | 7.604.000 |
| 2003 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Regiões com apoio transitório | 13.661.000 | 12.598.000 | 9.448.000 | 9.176.000 | 272.000 | | | | | | 3.150.000 | | | | | | | 1.063.000 |
| Regiões sem apoio transitório | 88.431.000 | 80.460.000 | 60.349.000 | 58.622.000 | 1.727.000 | | | | | | 20.111.000 | | | | | | | 7.971.000 |
| 2004 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Regiões com apoio transitório | 7.851.000 | 7.239.000 | 5.429.000 | 5.273.000 | 156.000 | | | | | | 1.810.000 | | | | | | | 612.000 |
| Regiões sem apoio transitório | 80.811.000 | 72.830.000 | 54.625.000 | 53.232.000 | 1.393.000 | | | | | | 18.205.000 | | | | | | | 7.981.000 |
| 2005 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Regiões com apoio transitório | 6.959.000 | 6.417.000 | 4.813.000 | 4.675.000 | 138.000 | | | | | | 1.604.000 | | | | | | | 542.000 |
| Regiões sem apoio transitório | 84.309.000 | 76.206.000 | 57.155.000 | 55.700.000 | 1.455.000 | | | | | | 19.051.000 | | | | | | | 8.103.000 |
| 2006 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Regiões com apoio transitório | 3.462.000 | 3.193.000 | 2.394.000 | 2.325.000 | 69.000 | | | | | | 799.000 | | | | | | | 269.000 |
| Regiões sem apoio transitório | 85.822.000 | 77.767.000 | 58.329.000 | 56.765.000 | 1.564.000 | | | | | | 19.438.000 | | | | | | | 8.055.000 |
| TOTAL | 698.318.000 | 634.083.000 | 475.574.000 | 462.442.000 | 13.132.000 | | | | | | 158.509.000 | | | | | | | 64.235.000 |
| Regiões com apoio transitório | 103.142.000 | 95.113.000 | 71.336.000 | 69.284.000 | 2.052.000 | | | | | | 23.777.000 | | | | | | | 8.029.000 |
| Regiões sem apoio transitório | 595.176.000 | 538.970.000 | 404.238.000 | 393.158.000 | 11.080.000 | | | | | | 134.732.000 | | | | | | | 56.206.000 |

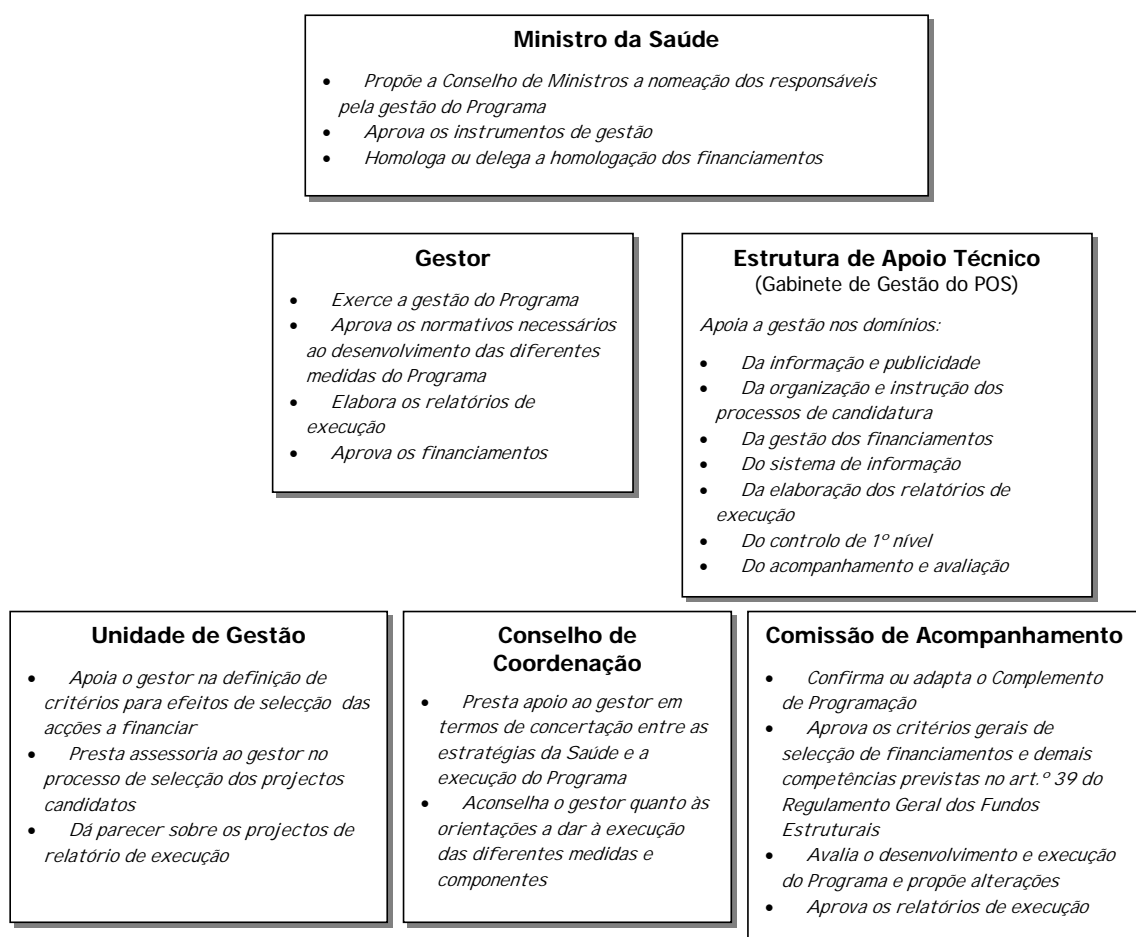
Quadro 6 – REGIONALIZAÇÃO DO INVESTIMENTO POR NUTS II

(unid.: euros)

| Eixo Prioritário | Norte | Centro | Lisboa e Vale do Tejo | Alentejo | Algarve |
|-----------------------------|--------------------|--------------------|------------------------------|-------------------|-------------------|
| Eixo Prioritário I | 39.735.000 | 34.770.000 | 17.257.000 | 13.919.000 | 11.157.000 |
| Eixo Prioritário II | 165.709.000 | 145.001.000 | 71.967.000 | 58.046.000 | 46.528.000 |
| Eixo Prioritário III | 32.046.000 | 28.042.000 | 13.918.000 | 11.225.000 | 8.998.000 |
| Total | 237.490.000 | 207.813.000 | 103.142.000 | 83.190.000 | 66.683.000 |

7. GESTÃO, ACOMPANHAMENTO, CONTROLO E AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

A estrutura institucional de implementação do Programa Operacional Saúde assenta no sistema de gestão, acompanhamento, controlo e avaliação do 3º Quadro Comunitário de Apoio, que assegura o princípio da segregação de funções, conforme poderá ser visualizado no diagrama que se segue:



Gestão

A gestão técnica, administrativa e financeira do Programa Operacional Saúde é exercida por um Gestor, nomeado pelo Conselho de Ministros, sob proposta do Ministro da Saúde.

O Gestor do Programa constitui a autoridade de gestão prevista no ponto i) da alínea d) do artigo 18º do Regulamento (CE) n.º 1260/1999 do Conselho, de 21 de Junho, sendo que, nomeadamente, lhe compete:

- a) Adoptar o Complemento de Programação definido na alínea *m*) do artigo 9º do Regulamento (CE) nº 1260/99, após o acordo da Comissão de Acompanhamento;
- b) Transmitir à Comissão, num documento único para informação, o Complemento de Programação, no prazo máximo de três meses a contar da Decisão da Comissão que aprova o Programa Operacional;
- c) Adaptar, por sua própria iniciativa ou sob proposta da Comissão de Acompanhamento, o Complemento de Programação, sem alterar o montante total da participação dos Fundos Estruturais concedidos ao Programa, nem os objectivos do mesmo;
- d) Informar a Comissão Europeia da adaptação do Complemento de Programação, no prazo de um mês após a aprovação pela Comissão de Acompanhamento;
- e) Garantir a regularidade das operações financiadas pelo Programa Operacional, designadamente pela aplicação de medidas de controlo interno compatíveis com os princípios da boa gestão financeira, bem como pela resposta às observações, pedidos de medidas correctivas e recomendações de adaptação apresentados pela Comissão Europeia nos termos dos n.º 2 do artigo 34º e n.º 4 do artigo 38º do Regulamento (CE) n.º 1260/1999 do Conselho, de 21 de Junho de 1999;
- f) Propor a regulamentação e assegurar a organização dos processos de candidaturas de projectos ao financiamento pelo Programa;
- g) Aprovar ou propor a aprovação das candidaturas de projectos ao financiamento pelo Programa, uma vez obtido o parecer da Unidade de Gestão;
- h) Assegurar o cumprimento por cada projecto ou acção das normas nacionais e comunitárias aplicáveis, nomeadamente a sua compatibilidade com as políticas comunitárias no que se refere ao respeito das regras de concorrência, à adjudicação de contratos públicos, à protecção e melhoria do ambiente e à promoção da igualdade de oportunidades entre homens e mulheres;
- i) Assegurar que são cumpridas as condições necessárias de cobertura orçamental dos projectos;
- j) Apreciar da conformidade dos pedidos de pagamentos que sejam apresentados pelos beneficiários finais e efectuar, ou assegurar que sejam efectuados, os referidos pagamentos;
- k) Elaborar e submeter à Comissão de Acompanhamento os relatórios anuais e final de execução do Programa;
- l) Assegurar que seja instituído um sistema de controlo interno adequado à verificação dos processos de candidaturas e dos pagamentos conforme aos normativos aplicáveis;

- m) Assegurar a recolha e o tratamento de dados físicos, financeiros e estatísticos fiáveis sobre a execução, para a elaboração dos indicadores de acompanhamento, para a avaliação intercalar e *ex-post* e para as eventuais avaliações temáticas ou transversais;
- n) Utilizar e assegurar a utilização pelos organismos que participam na gestão e na execução, de um sistema de contabilidade separada ou de uma codificação contabilística adequada para as transacções abrangidas pelo Programa;
- o) Assegurar o cumprimento das obrigações nacionais e comunitárias em matéria de informação e publicidade;
- p) Organizar a avaliação intercalar e a respectiva actualização, em colaboração com a Comissão, e colaborar na avaliação *ex-post* do Programa;
- q) Apresentar o relatório anual de execução e o relatório final de execução do Programa à Comissão Europeia, depois de aprovado pela Comissão de Acompanhamento;
- r) Praticar os demais actos necessários à regular e plena execução do Programa Operacional Saúde.

O Gestor do Programa Operacional Saúde é apoiado, no exercício das suas funções, por coordenadores de componentes que lhe prestam apoio especializado na gestão de cada uma das seguintes componentes:

- Promoção da Saúde
- Melhoria do Acesso
- Reforço das Parcerias

A função destes coordenadores é justificada pela heterogeneidade das diversas medidas e acções e pela diversidade dos potenciais beneficiários, exigindo um maior controlo e eficácia na sua execução, de forma a assegurar uma adequada integração das várias iniciativas nos objectivos gerais do Programa.

O endereço do Gestor do Programa é o seguinte:

Gabinete de Gestão do Programa Operacional Saúde - Ministério da Saúde

Edifício República - Av. da República, 50-5.º Esqº 1050-196 Lisboa.

O Gestor do Programa Operacional Saúde é, ainda, assistido, no exercício das suas funções, por uma Unidade de Gestão, à qual preside, e cujas competências são, essencialmente, as seguintes:

- Elaborar e aprovar o respectivo regulamento interno;
- Dar parecer sobre as propostas de decisão do Gestor relativas a candidaturas de projectos ao financiamento pelo Programa Operacional;
- Dar parecer sobre os projectos de relatório de execução elaborados pelo Gestor.

A Unidade de Gestão do Programa Operacional Saúde é presidida pelo Gestor e integra representantes dos seguintes organismos:

- Direcção-Geral da Saúde
- Direcção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde
- Departamento de Recursos Humanos da Saúde
- Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde
- Instituto da Qualidade em Saúde
- 5 Administrações Regionais da Saúde

Podem igualmente ser chamados a participar nos trabalhos da Unidade de Gestão sem direito a voto e quando as matérias a tratar o justifiquem, representantes de outros organismos do Ministério da Saúde, do Instituto do Consumidor, da Direcção-Geral dos Serviços Prisionais e do Ministério do Ambiente e do Ordenamento do Território.

As entidades responsáveis pela gestão nacional dos Fundos Comunitários, que contribuem para o financiamento do Programa Operacional Saúde, podem designar um seu representante, na qualidade de observador, para integrar a Unidade de Gestão.

O Gestor e a Unidade de Gestão são apoiados por uma Estrutura de Apoio Técnico, designada Gabinete de Gestão do Programa Operacional Saúde.

Conselho de Coordenação

Este Conselho, presidido pelo Gestor, é um órgão de coordenação sectorial e terá como competência principal assegurar uma adequada articulação entre as diferentes políticas da área da Saúde (funcionais e regionais) e a execução do Programa, aconselhando e apoiando o Gestor na orientação a dar às diferentes medidas.

Será constituído, nomeadamente, por:

- Dirigentes do Ministério da Saúde responsáveis pela definição das políticas funcionais do sector;
- Presidentes das Administrações Regionais de Saúde (ARS), na sua qualidade de coordenadores da intervenção desconcentrada da Saúde integrada nos programas regionais;
- Representantes de outros organismos do Ministério da Saúde, quando as matérias em análise o justifiquem;
- Um representante do Gabinete do Ministro da Saúde.

Acompanhamento

O acompanhamento do Programa Operacional Saúde é assegurado por uma Comissão de Acompanhamento, presidida pelo Gestor e composta por:

- a) Membros da Unidade de Gestão do Programa Operacional;
- b) Os coordenadores das componentes do Programa Operacional;
- c) Os coordenadores da intervenção regionalmente desconcentrada da Saúde;
- d) Um representante do Gabinete do Ministro da Saúde, na qualidade de observador;
- e) Representantes das entidades responsáveis pela gestão nacional dos fundos comunitários envolvidos, se estes não integrarem a Unidade de Gestão;
- f) Um representante do Ministério do Ambiente e do Ordenamento do Território
- g) Um representante do Ministro para a Igualdade;
- h) Representantes oriundos das instituições e dos ministérios vocacionados para apoiarem tecnicamente a formulação e o acompanhamento das políticas públicas relevantes, quando a natureza das matérias o justifique;
- i) Representantes dos parceiros económicos e sociais, incluindo organizações representadas no Conselho Económico e Social, nomeados por despacho do Ministro da Saúde;
- j) Um representante da Associação Nacional de Municípios Portugueses;
- l) Um representante da Inspeção Geral de Finanças, na qualidade de observador.
- m) Representantes da Comissão Europeia e do Banco Europeu de Investimentos, nos termos do Regulamento (CE) n.º 1260/1999, de 21 de Junho;

Compete especialmente à Comissão de Acompanhamento do Programa Operacional Saúde:

- a) Confirmar ou adaptar o Complemento de Programação, incluindo os indicadores físicos e financeiros a utilizar no acompanhamento do Programa;
- b) Analisar e aprovar, nos seis meses subsequentes à aprovação do Programa, os critérios de selecção das operações financiadas no âmbito de cada medida;
- c) Avaliar periodicamente os progressos realizados na prossecução dos objectivos específicos do Programa;
- d) Analisar os resultados da execução, nomeadamente a realização dos objectivos definidos para as diferentes medidas, bem como a avaliação intercalar prevista no artigo 42º do Regulamento (CE) nº 1260/1999, de 21 de Junho de 1999;
- e) Analisar e aprovar o relatório anual e o relatório final de execução antes do seu envio à Comissão Europeia;
- f) Analisar e aprovar todas as propostas de alteração ao conteúdo da Decisão da Comissão Europeia que aprova o Programa Operacional;
- g) Propor ao Gestor adaptações ou revisões do Programa que permitam alcançar os objectivos definidos ou aperfeiçoar a sua gestão, inclusivamente na sua vertente financeira.
- h) Analisar os critérios de repartição entre projectos nacionais sectoriais e regionais sectoriais.

A Comissão de Acompanhamento constituirá um Grupo Técnico de Avaliação, com o objectivo de acompanhar o processo de avaliação.

Esta Comissão definirá, no regulamento interno, as modalidades de cooperação e articulação com o Grupo Temático Saúde, concretizadas, em particular, pela disponibilização das respectivas actas e dos dados constantes no sistema de informação do Programa.

Avaliação

O Programa Operacional Saúde será objecto de uma avaliação intercalar que analisará, tendo em conta a avaliação *ex-ante*, os seus primeiros resultados, a sua pertinência e a realização dos objectivos. Apreciará, igualmente, a utilização das dotações, bem como o funcionamento da execução e do acompanhamento. Na sequência desta análise, os montantes afectos serão objecto de um eventual ajustamento.

A avaliação intercalar do Programa efectua-se sob a responsabilidade da Autoridade de Gestão, em colaboração com a Comissão Europeia, devendo a Autoridade de Gestão do QCA assegurar a coordenação do calendário de lançamento das diferentes avaliações.

O Grupo Técnico para a Avaliação terá representantes da Autoridade de Gestão do Programa Operacional, da Comissão Europeia e da Autoridade de Gestão do QCA. O Grupo Técnico de Avaliação deve, nomeadamente, propor a metodologia dos estudos de avaliação e acompanhar o lançamento e a realização dos estudos de avaliação efectuados pelos avaliadores independentes, bem como pronunciar-se sobre os resultados dos referidos estudos.

A avaliação intercalar, realizada por avaliadores independentes, será apresentada à Comissão de Acompanhamento do Programa e, seguidamente, transmitida à Comissão Europeia até 31 de Dezembro de 2003.

No prolongamento da avaliação intercalar, será efectuada, até 31 de Dezembro de 2005, uma actualização dessa avaliação para o Programa Operacional Saúde.

A Autoridade de Gestão do Programa procederá, em colaboração com a Comissão Europeia, à selecção dos avaliadores independentes até final de 2002 no que respeita à avaliação intercalar e até final de 2004 no que se refere à sua actualização.

Será feito um esforço no sentido da avaliação intercalar do Programa ser apresentada à Comissão de Acompanhamento e transmitida à Comissão Europeia de forma articulada com a avaliação intercalar do Quadro Comunitário de Apoio.

O Programa será ainda objecto de uma avaliação *ex-post* destinada a dar conta da utilização dos recursos, da eficácia das intervenções e do seu impacte, bem como tirar ensinamentos para a política de coesão económica e social, tendo em conta os resultados da avaliação *ex-ante*. Esta avaliação incide nos factores de êxito ou de insucesso da execução, bem como nas realizações e nos resultados, incluindo a sua sustentabilidade.

A avaliação *ex-post* é da responsabilidade da Comissão Europeia, em colaboração com o Estado português e o Gestor, sendo realizada também por avaliadores independentes. Esta avaliação estará concluída, o mais tardar, três anos após o termo do período de programação.

A Autoridade de Gestão do Programa facultará todos os elementos necessários à realização das avaliações intercalar e *ex-post*, tomando as medidas necessárias para que essa informação seja disponibilizada aos avaliadores independentes.

Os avaliadores devem respeitar a confidencialidade no tratamento de dados a que tenham acesso.

A avaliação do Programa será articulada com o Sistema de Informação Global do QCA e com os Sistemas de Informação Específicos de cada Fundo Estrutural e terá em conta os dispositivos de avaliação estabelecidos.

A avaliação do Programa será realizada com a cooperação dos organismos responsáveis pela gestão de cada Fundo Estrutural.

Por iniciativa do Estado-Membro ou da Comissão Europeia após informação daquele, podem ser lançadas avaliações complementares, eventualmente temáticas, nomeadamente para identificar experiências transferíveis.

O Estado-Membro e a Comissão Europeia dotar-se-ão de meios adequados e reunirão todos os dados necessários para que as avaliações sejam efectuadas da forma mais eficaz. A avaliação utilizará neste contexto, os diferentes elementos que o sistema de acompanhamento pode fornecer, completados, se necessário, pela recolha de informação destinada a melhorar a sua pertinência.

Os resultados da avaliação serão postos à disposição do público, mediante pedido - salvaguardado o necessário acordo prévio da Comissão de Acompanhamento no caso da avaliação intercalar.

Circuitos Financeiros

As entidades responsáveis pela realização dos projectos aprovados apresentam ao Gestor do Programa os pedidos de pagamento, juntando para o efeito os documentos justificativos da despesa efectuada e paga aos beneficiários finais. A Estrutura de Apoio Técnico apreciará a elegibilidade das despesas e a sua conformidade com o projecto aprovado.

Verificada a conformidade dos pedidos de pagamento, o Gestor efectuará ou assegurará que sejam efectuados os pagamentos aos beneficiários finais, de acordo com as normas nacionais definidas para o efeito e no mais curto prazo possível.

Os fluxos financeiros relativos à contribuição dos Fundos Estruturais para o Programa Operacional seguirão o seguinte circuito: as contribuições comunitárias serão creditadas pelos serviços da Comissão Europeia directamente em contas bancárias específicas, criadas pelo Estado Português junto da Direcção Geral do Tesouro, e que corresponderão a cada uma das Autoridades de Pagamento. À Autoridade de Pagamento de cada Fundo Estrutural caberá a responsabilidade de efectuar transferências directas, em regime de adiantamento ou de reembolso, para o Gestor do Programa Operacional ou para entidades por ele designadas no Complemento de Programação. O Gestor autorizará a transferência dos montantes, após a confirmação dos comprovativos de despesa associados a cada pedido de pagamento, para os

beneficiários finais do Programa, entendidos na acepção do descrito na alínea l) do artigo 9 do Regulamento (CE) n.º 1260/99 do Conselho, de 21 de Junho.

As autoridades de pagamento incumbem, tal como está explicitado no Decreto-Lei n.º 54A/2000, publicado no dia 7 de Abril que constitui a estrutura do QCA III, às entidades responsáveis pela gestão nacional dos fundos comunitários:

- no caso do FEDER à Direcção-Geral do Desenvolvimento Regional -DGDR, (Rua de S. Julião, n.º 63, 1149-030 Lisboa;
- e no do FSE ao Instituto de Gestão do FSE (Rua Rosa Araújo, n.º 43, 4º andar, 1250-149 Lisboa).

As autoridades de pagamento devem certificar-se de que as declarações de despesa são exactas e assegurar-se que provêm de um sistema de contabilidade baseado em documentos de prova passíveis de verificação

Compete à autoridade de pagamento assegurar que os beneficiários finais receberão integralmente os montantes de contribuição dos Fundos Estruturais a que tenham direito. Nenhuma dedução, retenção ou encargo ulterior específico que tenha por efeito reduzir estes montantes pode ser efectuada (artigo 32º, n.º1, último parágrafo, do Regulamento 1260/99).

As disposições financeiras e de gestão devem ser adoptadas de forma concordante com quaisquer futuras regras de execução que venham a ser adoptadas a coberto do n.º 2 do artigo 53º do Regulamento (CE) n.º 1260/99.

Previsão dos Pedidos de Pagamento

De acordo com o previsto no art.º 32 do Regulamento CE n.º 1260/99 é assegurada a transmissão atempada às entidades competentes das informações necessárias para o estabelecimento e actualização das previsões dos montantes dos pedidos de pagamento a efectuar no ano em curso e no seguinte.

Controlo Financeiro

De acordo com o artigo 34º do Regulamento (CE) 1260/1999 do Conselho 21 Junho de 1999, o Gestor do Programa é responsável pela regularidade das operações co-financiadas e pela aplicação do sistema de controlo interno compatível com a boa gestão financeira, bem como pela análise e resposta às observações e pedidos de medidas correctivas apresentados pela Comissão Europeia ao abrigo do n.º 4, primeiro parágrafo do artigo 38º, ou às recomendações de adaptação formuladas ao abrigo do n.º 2 do artigo 34º do citado Regulamento.

O sistema de controlo dos Fundos Estruturais será organizado em três níveis:

- o **controlo de primeiro nível** tem a natureza de controlo interno constituindo, portanto, uma competência da Autoridade de Gestão. Compreende a fiscalização dos projectos nas suas componentes material, financeira e contabilística, quer nos locais de realização do investimento e das acções, quer junto das entidades que detém os originais do processo

técnico e documentos comprovativos de despesa. Estas competências deverão ser desempenhadas directamente, podendo ser subcontratadas empresas de auditoria ou outras, com capacidade de realizar as tarefas relativas ao controlo físico, financeiro e contabilístico dos projectos apoiados.

O controlo de primeiro nível será exercido pela Autoridade de Gestão, recorrendo esta ao apoio do organismo nacional responsável pelo Fundo em causa, sempre que as situações se revestirem de maior complexidade.

A Autoridade de Gestão assegurará igualmente a separação das funções de gestão das de controlo;

- o **segundo nível** dirige-se ao controlo externo sobre a gestão. Abrange a análise e avaliação do sistema de controlo de primeiro nível e, sempre que tal se mostre necessário para testar a eficácia deste, o controlo sobre as decisões tomadas pelo órgão de gestão e controlo sobre os beneficiários finais, bem como o controlo cruzado junto de outras entidades envolvidas, a fim de ter acesso às informações consideradas necessárias ao esclarecimento dos factos objecto de controlo. O controlo de segundo nível será exercido directamente pelos interlocutores nacionais dos Fundos Comunitários ou por organismos de controlo expressamente designados para o efeito, em estreita articulação com os departamentos competentes para o controlo no âmbito dos diversos Ministérios, sempre que respeite a áreas específicas de actuação destes. No âmbito do controlo das acções financiadas pelos Fundos Estruturais, poderá haver recurso a subcontratação de auditorias externas de natureza e com objectivos específicos;
- o **controlo de alto nível**, correspondente à coordenação global do sistema de controlo, cuja responsabilidade incumbirá à Inspecção Geral de Finanças, será concretizado através da articulação e coordenação das actividades desenvolvidas neste âmbito pelos diversos serviços e organismos que intervêm no sistema de controlo de Fundos Estruturais, pela avaliação dos sistemas de gestão e controlo do primeiro e segundo níveis e pela interacção com as instituições comunitárias de controlo, designadamente, a comunicação das irregularidades detectadas pelo sistema de controlo aos serviços competentes da Comissão Europeia, nos termos regulamentares aplicáveis.

A Comissão Europeia, na sua qualidade de responsável pela boa execução do orçamento geral das Comunidades Europeias, certificar-se-á da existência e funcionamento fiável dos sistemas de gestão e controlo do Estado-Membro, nos termos do n.º 2 do artigo 38º do Regulamento (CE) 1260/1999. Os serviços competentes da Comissão Europeia, em parceria com a Autoridade de Gestão do 3º Quadro Comunitário de Apoio e o organismo responsável pela coordenação global do sistema de controlo financeiro, efectuam um exame anual do funcionamento do sistema de controlo, antes do exame previsto no n.º 2 do artigo 34º do citado Regulamento. As observações e eventuais medidas correctoras serão transmitidas à Autoridade de Gestão, de acordo com o disposto nos números 4, 5 e 6 do artigo 38º do mesmo Regulamento.

A concretização desta parceria articula-se com a cooperação entre os serviços competentes da Comissão Europeia e o organismo nacional responsável pela coordenação global do sistema

de controlo financeiro, no que respeita aos programas, metodologias e aplicação dos controlos, a fim de maximizar o seu efeito útil.

Após verificação cabal, a Comissão Europeia pode decidir suspender a totalidade ou parte de um pagamento intermédio se verificar nas despesas em questão uma irregularidade grave que não tenha sido corrigida e para a qual se justifique uma acção imediata nos termos do disposto no n.º 5 do artigo 38º do Regulamento (CE) n.º 1260/1999, à qual se poderá seguir o procedimento previsto no artigo 39º do mesmo Regulamento se se verificarem os respectivos pressupostos. A Comissão Europeia informará o Estado-Membro das medidas a tomar e respectiva fundamentação, nos termos regulamentares aplicáveis.

Em conformidade com o disposto no n.º 3 do artigo 39 do Regulamento (CE) n.º 1260/1999, no caso de irregularidades graves, no termo do prazo fixado pela Comissão e na falta de acordo ou de correcções efectuadas pelo Estado-Membro, a Comissão Europeia pode decidir, no prazo de três meses e tendo em conta as eventuais observações do Estado-Membro, proceder às correcções financeiras necessárias suprimindo, parcial ou totalmente, a participação dos Fundos Estruturais na intervenção em causa.

Os juros gerados pelas contas bancárias através dos quais são efectuados os pagamentos dos Fundos Estruturais devem ser orçamentados como receitas. A forma de contabilização dos juros deverá permitir um controlo suficiente por parte das autoridades nacionais e das instituições comunitárias. A utilização dos juros deve ser compatível com os objectivos das intervenções estruturais e deve ser submetida aos mecanismos de controlo específicos dos fundos públicos em Portugal.

A Autoridade de Gestão deve conservar durante um período de três anos subsequentes ao pagamento pela Comissão Europeia do saldo relativo ao Programa Operacional, todos os elementos comprovativos relativos às respectivas despesas e controlos, em conformidade com o disposto no n.º 6 do artigo 38º do Regulamento (CE) 1260/1999.

O Tribunal de Contas, como órgão de controlo externo, desenvolve a sua actividade paralelamente às entidades acima referidas.

Este sistema servirá ainda de base à detecção, tratamento e comunicação trimestral de irregularidades à Comissão Europeia, nos termos regulamentares.

Sistema de Informação

De acordo com o artigo 34º do Regulamento (CE) n.º 1260/99 do Conselho, de 21 de Junho de 1999, a Autoridade de Gestão é responsável pela criação e funcionamento de um dispositivo de recolha e tratamento de dados físicos, financeiros e estatísticos fiável sobre a execução do Programa Operacional Saúde, visando apoiar a gestão, o acompanhamento e a avaliação.

O sistema de informação específico ao Programa, permitirá dar resposta ao mínimo comum definido nas orientações da Comissão (lista indicativa referida no artigo 36º do Regulamento 1260/99) e disponibilizará informação para a avaliação prevista nos artigos 42º e 43º.

Este sistema de informação será dotado dos recursos humanos necessários à sua estabilidade e funcionamento. Estes recursos serão sujeitos a acções de formação inicial e periódicas de

atualização de conhecimentos, no sentido de assegurar a eficiência permanente do sistema instituído.

O sistema de informação electrónico do Programa Operacional Saúde integrará o do Quadro Comunitário de Apoio e comportará os dados relativos aos Fundos Estruturais, tendo em consideração as suas características próprias. A compatibilidade e a transferência de dados entre o sistema nacional e os sistemas próprios de cada Fundo serão asseguradas independentemente das suas características próprias. O sistema permitirá a troca informatizada de dados com a Comissão Europeia, segundo o modelo a adoptar para o QCA e restantes programas operacionais.

Este sistema de informação integra dois níveis de acesso:

- um, que permite o acesso à informação para gestão, acompanhamento, avaliação e controlo;
- e, outro, de informação para divulgação.

O nível que integra e trata a informação necessária ao processo de tomada de decisão, ao acompanhamento, à avaliação e ao controlo, e providencia de forma casuística a informação previamente definida permite nomeadamente:

- a) Garantir a actualidade e consolidação de toda a informação do Programa Operacional Saúde e dos dois Fundos que o co-financiam (FEDER e FSE), bem como a homogeneidade dos instrumentos ao dispor da Unidade de Gestão;
- b) Quantificar os indicadores considerados relevantes;
- c) Criar registos históricos;
- d) Disponibilizar informação do Programa em formato electrónico a todos os potenciais interessados;
- e) Adoptar predominantemente a *Internet* como veículo de comunicação;
- f) Fornecer a informação actualizada de apoio à gestão, ao acompanhamento e à avaliação do Programa;
- g) Integrar módulos de apoio à decisão, de referência geográfica (GIS) e de exportação de informação.

A alimentação do sistema será feita ao nível do projecto.

A informação respeitante ao Programa será acessível a todos os potenciais interessados, com o objectivo de assegurar a maior universalização dos públicos-alvo, usando, designadamente, a *Internet*.

A informação a disponibilizar será definida e tratada por perfis de utilização, de acordo com interesses dos diferentes públicos-alvo, sendo facultada a informação aos interessados sem grandes exigências de requisitos tecnológicos.

A Autoridade de Gestão do Programa Operacional Saúde é responsável pelo sistema de informação do Programa e, nessa qualidade, é o interlocutor junto da Comissão Europeia.

O calendário das diferentes etapas de implementação do sistema de informação será discriminado no Complemento de Programação.

Adjudicação de Contratos Públicos

As acções ou medidas co-financiadas pelos Fundos Estruturais, no âmbito do Programa, serão executadas no respeito pelas normas comunitárias e nacionais em matéria de adjudicação de contratos públicos.

Os avisos enviados para publicação no Jornal Oficial das Comunidades Europeias apresentarão as referências dos projectos em relação aos quais tenha sido solicitada ou decidida a concessão de uma contribuição comunitária.

Relativamente aos projectos incluídos no Programa cujo valor global seja superior aos limites fixados nas Directivas “Contratos Públicos” de fornecimentos (77/62/CEE, 88/295/CEE), de obras (71/305/CEE, 84/440/CEE) ou de serviços (92/50/CEE), o relatório da comissão de análise de propostas, que suporta a decisão de adjudicação, será mantido à disposição da Comissão de Acompanhamento.

Informação e Publicidade

A informação respeitante ao conteúdo e execução do Programa será acessível a todos os potenciais interessados, encontrando-se definidos diferentes níveis de acesso: desde a informação pública até à informação restrita para utilização pelos organismos ou serviços da Administração, pelos parceiros sociais, beneficiários finais e instituições comunitárias visando:

- garantir a transparência, informando o público-alvo (parceiros sociais, agentes económicos e potenciais beneficiários finais) sobre os Fundos Estruturais e correspondentes modalidades de aplicação;
- aumentar a visibilidade da acção comunitária, sensibilizando a opinião pública para o papel dos Fundos Estruturais no apoio ao desenvolvimento regional e coesão económica e social em Portugal.

Recorrer-se-á, para atingir esse objectivo, a todos os meios disponíveis - desde a escrita, utilizando a divulgação de “Newsletters”, desdobráveis, panfletos, etc. até à electrónica, com a produção de CDs e páginas na Internet, video-filmes, etc., designadamente em articulação com o sistema de informação.

Em cumprimento do Regulamento CE nº 1159/2000 de 30.05.2000, a implementação das acções de Informação e Publicidade no âmbito do Programa Operacional, obedece a um “Plano de Comunicação” que definirá os objectivos, estratégia, públicos-alvo, dotação orçamental prevista, organismo responsável pela sua execução e critérios de avaliação para as acções desenvolvidas. Este plano será transmitido à Comissão Europeia no Complemento de Programação.

O Gestor designará um responsável em matéria de Informação e Publicidade.

8. COMPLEMENTARIDADES E SINERGIAS

8.1. O contributo de outras Intervenções Operacionais do QCA

Os objectivos do Programa Operacional Saúde não se materializam exclusivamente nas medidas previstas no seu âmbito, resultando também de acções de várias medidas de outras intervenções que integram o 3º Quadro Comunitário de Apoio, a saber:

- As que visam elevar o nível de qualificação dos portugueses contribuem, não só para a diminuição dos factores de doença, como também para a melhoria da qualidade, modernização e humanização dos serviços de saúde, o que resulta da consideração da população activa na sua dupla vertente de consumidores de serviços de saúde e de fornecedores de recursos à prestação desses serviços. Tal como se conclui na avaliação intercalar da Intervenção Operacional da Saúde 1994-99, a diminuição dos factores de doença passa, em grande medida, pela elevação dos níveis culturais da população ao permitir a adopção de estilos de vida mais saudáveis;
- As intervenções cujos objectivos são a melhoria da qualidade ambiental e das condições de vida das populações potenciam, igualmente, a diminuição dos factores de doença, contribuindo para a redução das assimetrias na União Europeia;
- As intervenções orientadas para o desenvolvimento de infra-estruturas e equipamentos poderão também influenciar a realização dos objectivos do presente Programa, na medida em que podem promover a melhoria das condições de habitação das populações;
- Do mesmo modo, as intervenções operacionais dirigidas às acessibilidades traduzir-se-ão num esforço que favorece, certamente, a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, um dos grandes eixos estratégicos deste Programa.

Porém, pese embora os enormes contributos de várias intervenções operacionais que confluem indirectamente para a consecução dos objectivos do Programa Operacional Saúde, em termos de complementaridades merecem destaque especial as seguintes:

Programas Operacionais Regionais do Continente

As acções a realizar neste Programa são complementadas pelos 5 Programas Regionais do Continente que, no seu Eixo Prioritário III, incluem a intervenção regionalmente desconcentrada da Saúde, que representa cerca de 31,5% dos fundos comunitários previstos para este sector. Tal actuação traduzir-se-á na implementação dos Sistemas Locais de Saúde (SLS), segmento fundamental da política sectorial, a dinamizar pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS), quer na vertente dos cuidados primários, quer no que respeita a acções em hospitais locais.

A opção de integrar nos programas regionais as acções relativas aos SLS decorre das competências cometidas às ARS, cujas competências principais dizem respeito ao

planeamento, distribuição de recursos, orientação e coordenação de actividades e avaliação do funcionamento das instituições e dos serviços prestadores de cuidados de saúde.

As ARS, pelas suas atribuições e pela sua inserção regional, apresentam-se como as entidades melhor posicionadas para coordenarem as acções do âmbito da saúde integradas nos programas regionais.

O período 2000-2006 representa, assim, para as Administrações Regionais de Saúde um desafio de inovação e eficiência, nomeadamente ao nível organizacional e de processos de gestão, que conduzirão a melhorias nos níveis de qualidade dos cuidados prestados aos utentes dos serviços de saúde de cada uma das 5 Regiões.

Um SLS é um conjunto de recursos da saúde articulados e organizados segundo um critério geográfico-populacional, implantado tanto nas zonas urbanas como nas zonas rurais, desenhado a partir das necessidades definidas em termos de risco de uma comunidade, responsável pelos cuidados a prestar aos indivíduos, às famílias e aos grupos sociais. É constituído pelo conjunto de centros de saúde, hospitais, instituições privadas, com e sem fins lucrativos, organizações não governamentais e instituições comunitárias com intervenção no domínio da saúde, existentes na respectiva área geográfica.

O âmbito de um Sistema Local de Saúde corresponde, em regra, a um agrupamento de concelhos definido pelas comunidades locais, em função do equilíbrio entre as necessidades de saúde e os recursos existentes. Estima-se que venham a ser constituídos cerca de 40 SLS no território continental, embora o seu número exacto e delimitação territorial decorram de processos de organização local, no quadro de abordagens *bottom-up*.

Todo o dispositivo é facilitador da participação social e detém a capacidade de coordenar os recursos disponíveis, concorrendo para a obtenção de ganhos em saúde. Constitui, assim, uma instância operacional capaz de mobilizar e racionalizar actuações na órbita local, com vista a reforçar a eficiência e efectividade do sistema.

A possibilidade de envolver numa estratégia comum as actuações de todos os intervenientes, independentemente do nível dos serviços e da propriedade dos meios, permite aproveitar sinergias e ganhar massa crítica para a resolução de problemas comuns, aumentando a rapidez das decisões dentro do sistema e, por conseguinte, a sua eficácia.

As parcerias entre as diversas entidades prestadoras de cuidados constituem o aspecto mais relevante dos Sistemas Locais de Saúde, pelo contributo que podem dar para a constituição de uma rede inter-sectorial de complementaridades, capaz de desenvolver programas e projectos comuns, aproveitando as competências e as capacidades instaladas.

Cada Sistema Local de Saúde poderá conter componentes de uma determinada rede de referência hospitalar cumprindo a sua quota de intervenção num dispositivo organizacional que se desenvolve a nível nacional.

Entre os projectos a apoiar no âmbito da intervenção regionalmente desconcentrada da Saúde, avulta o pré-tratamento de efluentes/águas residuais dos estabelecimentos hospitalares numa perspectiva da preservação de um ambiente saudável.

Programa Operacional Emprego, Formação e Desenvolvimento Social

A promoção de uma transição adequada dos jovens para a vida activa, a melhoria da qualificação profissional da população activa, numa perspectiva de formação ao longo da vida, a promoção da inserção sócio-profissional, o combate à exclusão social e o acompanhamento dos processos de reestruturação sectorial são alguns dos grandes objectivos do Programa Operacional Emprego, Formação e Desenvolvimento Social que se cruzam com os objectivos e metas da Saúde.

Efectivamente, seja a formação inicial de jovens inserida no sistema de formação profissional, que os habilitará a exercer profissões neste sector, algumas delas emergentes, seja a formação contínua de todos os profissionais de saúde, imprescindível quando se vivem mudanças constantes e de grande complexidade, seja também a formação pedagógica de uma vasta bolsa de formadores, são intervenções fundamentais para o sucesso do Programa Operacional Saúde.

O contributo do Programa Operacional Emprego, Formação e Desenvolvimento Social no domínio da formação é, pois, complementar e imprescindível.

Ainda no âmbito desta intervenção operacional será de referir o Eixo Prioritário “Promoção do Desenvolvimento Social”, que tem como objectivo, entre outros, o de incentivar a promoção e realização de iniciativas integradas de desenvolvimento social, nomeadamente:

- desenvolvimento de acções de formação para a reinserção de toxicodependentes e alcoólicos;
- desenvolvimento de acções de formação nas áreas do apoio domiciliário aos idosos numa dupla perspectiva: a de criação de mecanismos de apoio nas suas residências e a de integração social de desempregados de longa duração;
- sinergias com os centros de saúde para, em associação com o apoio social a idosos e a outras pessoas em situação de dependência, melhorar a prestação de cuidados de saúde domiciliários.

Programa Operacional Educação (PRODEP III)

A formação inicial dos profissionais de saúde inserida no sistema educativo, ao nível do ensino superior, é uma das prioridades no próximo período de programação.

Com efeito, continuam a verificar-se grandes carências de efectivos em determinados grupos profissionais, nomeadamente, enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica.

Desta forma, o PRODEP III, na Medida 2 do Eixo Prioritário I, contempla esta necessidade.

Programa Operacional Ciência, Tecnologia e Inovação

Conforme está previsto na Estratégia Nacional da Saúde, torna-se necessário, em colaboração com os Ministérios da Educação e da Ciência e Tecnologia, reavaliar, nos próximos anos, os dispositivos e projectos de investigação em curso no Ministério da Saúde e incentivar a investigação científica sectorial.

Pretende-se, assim, intervir mais activamente na definição de uma política nacional de investigação em saúde, desenvolvendo a investigação epidemiológica, clínica e em serviços de saúde (sócio-económica).

Embora estejam previstos no Programa Operacional Saúde alguns estudos no domínio da saúde, o contributo do Programa Ciência, Tecnologia e Inovação é também muito importante para que se atinjam os objectivos definidos na Estratégia, nomeadamente através dos apoios para a formação e qualificação científica dos recursos humanos, para a realização de projectos de investigação científica e para o desenvolvimento científico, tecnológico e de inovação, destacando-se, neste campo, o lançamento de uma Instituição Nacional para a Investigação Biomédica.

Programa Sociedade de Informação

O sector da saúde é um dos que regista maior intensidade de processamento de informação (suportada nos vários modos de apresentação - dados, texto, imagens e som), podendo, por conseguinte, ser motor do crescimento da Sociedade da Informação emergente.

Vista a questão do outro lado, as tecnologias de informação e de comunicação (TIC) e as tecnologias conexas oferecem um grande número de vantagens para o desenvolvimento dos serviços de saúde, nomeadamente no que respeita à recolha e análise de informação, à identificação de grupos de alto risco, à acessibilidade aos serviços de saúde dos grupos sociais desfavorecidos, ao apoio às actividades de promoção, protecção e segurança em saúde, etc.

A melhoria da eficiência dos serviços de saúde passa obrigatoriamente pelo incremento da utilização das TIC, processo já iniciado na Saúde, mas onde ainda há muito por fazer, dado o elevado número de serviços, utentes e actos de produção abrangidos.

Todas estas razões levaram a prever no Programa Operacional Saúde, no Eixo Prioritário II, uma medida exclusivamente orientada para o apoio ao desenvolvimento das TIC, que será complementada pelo Programa Operacional Sociedade da Informação, particularmente no que respeita ao desenvolvimento da telemedicina.

A telemedicina é reconhecida como um instrumento poderoso na prossecução do objectivo de melhoria da prestação de cuidados de saúde, seja aproximando-os do cidadão em termos de acessibilidade, de adequação, de extensão de cobertura, etc., seja como indutor da revisão e modernização dos processos e métodos de trabalho e, portanto, da mudança organizacional desejada.

Programa Operacional Ambiente

As acções previstas no Programa Operacional Saúde que surgem da intersecção de preocupações relativas à protecção do ambiente e à defesa da saúde pública, nomeadamente a gestão dos resíduos hospitalares e o desenvolvimento de sistemas de informação que irão permitir o *interface* Ambiente/Saúde, serão complementadas por outras intervenções a apoiar através do Programa Operacional Ambiente.

Programa Operacional Economia

O consumo energético nos serviços de saúde é bastante significativo, com impacte nos custos, sendo da maior conveniência criar mecanismos conducentes a ganhos de eficiência e melhor aproveitamento dos recursos.

O Programa Operacional Economia prevê o apoio a investimentos referentes à substituição dos equipamentos existentes por outros mais eficientes, sistemas de recuperação e/ou gestão de energia, conversão de equipamentos de queima para o gás natural, projectos de co-geração e aproveitamento de recursos energéticos endógenos.

Em particular, os hospitais e outras instituições de saúde podem beneficiar deste apoio no sentido de aumentar a sua eficiência neste campo.

Por sua vez, o sector privado da saúde, dada a sua natureza empresarial, pode recorrer a apoios previstos neste Programa Operacional, nomeadamente para:

- o reforço da sua capacidade técnica e tecnológica e da modernização das estruturas físicas;
- a introdução de tecnologias de informação e comunicação;
- a melhoria das condições de higiene e segurança;
- a implementação e certificação de sistemas de qualidade.

8.2. O contributo de Programas Comunitários na área da Saúde e da Protecção do Consumidor

Ao longo dos 7 anos de execução do Programa Operacional Saúde serão tidas em conta as prioridades e programas que vierem a ser definidos na União Europeia nas áreas da Saúde e da Protecção ao Consumidor, por forma a que seja possível assegurar uma adequada complementaridade entre as diversas intervenções comunitárias e as previstas no Quadro Comunitário de Apoio a Portugal nestes domínios, reforçando, ao mesmo tempo, as potenciais sinergias.

Por outro lado, será dedicada uma particular atenção às orientações e recomendações produzidas por algumas organizações internacionais, como a OMS, o Conselho da Europa e a OCDE, com objectivo de compatibilizar o desenvolvimento do Programa Operacional Saúde com as políticas definidas a nível internacional para o sector.

9. IGUALDADE DE OPORTUNIDADES

9.1. A Igualdade de Oportunidades entre Homens e Mulheres

A Igualdade do Género no QCA

A promoção da igualdade de oportunidades entre as mulheres e os homens corresponde a uma preocupação comunitária e nacional que assume expressão, quer no PDR, onde surge como elemento essencial duma estratégia de desenvolvimento sustentável, quer no QCA, onde o princípio da igualdade é expressamente referido como elemento integrador das diferentes intervenções operacionais.

Assim, de acordo com as orientações assumidas pela Comissão Europeia na sequência dos princípios incluídos na Agenda 2000, são quatro os domínios prioritários de intervenção em matéria de igualdade de oportunidades.

- Melhoria do quadro de vida no sentido de responder mais eficazmente às necessidades das mulheres;
- Aumento da acessibilidade das mulheres ao mercado de emprego;
- Melhoria da situação das mulheres no emprego;
- Promoção da participação das mulheres na criação de actividades económicas.

Para cada um destes domínios, é possível identificar dois tipos de acções, correspondentes a dimensões estratégicas separadas que, em conjunto, conduzem à igualdade de oportunidades: a primeira, abrange as intervenções destinadas a promover a equidade; a segunda, as acções que visam a atenuação das desigualdades.

As medidas que se incluem no âmbito desta segunda dimensão traduzem-se, geralmente, em acções positivas, enquanto que as primeiras devem, normalmente, assumir um carácter transversal aos vários domínios da acção política.

Neste âmbito, o QCA define como objectivo global a melhoria do quadro de vida da mulher através do reforço da sua participação na vida económica e, designadamente, por intermédio de acções dirigidas à conciliação entre a vida profissional e a vida familiar e da promoção do acesso da mulher ao mercado de trabalho e a melhoria da sua situação profissional. Ao mesmo tempo, o QCA define um conjunto de medidas destinado a facilitar o acesso das mulheres aos fundos estruturais, entre os quais se destaca a integração das associações femininas na parceria e a sua participação no processo de decisão, a definição de recursos financeiros afectos à promoção da igualdade e acções de formação e sensibilização dirigidas à Administração Pública e ao público em geral.

O presente Programa, de um sector onde a integração das mulheres na sua população activa ultrapassa os níveis médios nacionais, no que se refere às acções positivas, foi orientado essencialmente para a equidade na prestação dos cuidados e para a consideração especial dos problemas de saúde específicos das mulheres.

A realidade interna

Como é do conhecimento geral, no que se refere à situação das mulheres empregadas no sector, elas têm um peso muito elevado, o que é demonstrado, quer através do efectivo do Ministério (72%), quer das participações na formação financiada pelo FSE (65%) no âmbito do Sub-Programa Saúde integrado no 2º Quadro Comunitário de Apoio.

Em termos das profissões da saúde, a distribuição das mulheres não é uniforme, concentrando-se, sobretudo, nas carreiras de enfermagem, administrativa e de pessoal dos serviços gerais, onde a taxa de feminização era, em 1997, respectivamente de 82%, 80% e 81%.

O grupo dos técnicos de diagnóstico e terapêutica regista uma taxa de feminização de 79%, a qual deverá acentuar-se no futuro, tendo em conta o número de mulheres que frequentam o respectivo ensino.

No que diz respeito ao sector médico, embora a taxa de feminização seja de 43,5%, há uma tendência para um crescimento substancial, dado que já é de 56% nos profissionais com idade inferior a 44 anos, enquanto que acima dos 45 anos é de apenas 23%.

Neste contexto, não foram previstas no POS medidas especiais de promoção da integração das mulheres na população activa do sector da saúde.

A realidade externa

Considerando a problemática da mulher em Portugal, o Governo aprovou em 1997 o *Plano Global para Igualdade de Oportunidades*, através do qual foram definidos diversos objectivos e atribuídas competências a alguns ministérios para o seu cumprimento.

Porque o Ministério da Saúde é um dos actores-chave deste Plano Global, foram desencadeadas várias iniciativas, destacando-se as acções de formação promovidas pela Direcção-Geral da Saúde, com o apoio do FSE, subordinadas ao tema *A Violência contra as Mulheres*, destinadas aos profissionais das unidades de saúde que, diariamente, contactam com situações desta natureza.

A violência contra as mulheres, consagrada como tema do Objectivo 2 do referido Plano, enquanto assunto de discussão pública e objecto de atenção por parte das agências estatais, organizações não governamentais e meios de comunicação social, tem vindo a ganhar visibilidade ao longo das últimas décadas.

Lentamente, foi sendo ultrapassada, mas não completamente, a concepção de que este é um problema da esfera da intimidade e, como tal, da responsabilidade exclusiva dos indivíduos e das famílias.

A definição das situações de violência sobre as mulheres como problema de responsabilidade colectiva, manifestação da desigualdade de direitos entre os sexos e, finalmente, de justiça, tem levado a que muitas organizações objectivem intervenções diversas, no sentido de actuar sobre a sua génese e/ou sobre os seus efeitos.

Considerado como um problema com múltiplas dimensões - sócio-cultural, psicossocial, afectiva, sócio-económica, jurídica, educacional e de saúde - e de elevada complexidade, justificam-se, assim, as tentativas de articulação entre profissionais e instituições.

O programa dos cursos organizados pela Direcção Geral da Saúde aborda os aspectos sócio-culturais e psicossociais da relação entre os sexos: da representação aos comportamentos, a perspectiva do género, dados epidemiológicos, diagnóstico de situações e recomendações respeitantes ao encaminhamento de situações e das mulheres vítimas de violência.

De realçar também as razoavelmente bem sucedidas iniciativas do Ministério da Saúde ao nível do planeamento familiar e da saúde materno-infantil, havendo o objectivo de as prosseguir, algumas delas no âmbito do Programa Operacional Saúde 2000-2006.

O planeamento familiar em Portugal, em conformidade com o estipulado no Objectivo 6 do referido Plano, integrou-se num quadro de efectivação da igualdade real das mulheres, em relação com o seu processo de individualização, permitindo-lhe uma maior autonomia, ligada naturalmente à independência económica e ao seu nível de educação.

Torna-se necessário, no entanto, a continuação deste esforço com a criação de mais serviços de informação sobre contracepção e sexualidade, justificado sobretudo pela circunstância de Portugal registar uma taxa elevada de mães adolescentes com menos de 20 anos (7,1% do total em 1996), o que tem consequências preocupantes, nomeadamente o aumento de perturbações na gravidez (prematuros, abortos, etc.), o aumento do abandono de crianças no pós-parto e as dificuldades sócio-económicas.

O esforço de informação sobre planeamento familiar envolverá campanhas dirigidas aos jovens do sexo masculino, de forma a contribuir para um ambiente de responsabilização, no que respeita à saúde reprodutiva.

No campo da saúde materno-infantil, assinalam-se transformações positivas como a descida da mortalidade materna e da mortalidade infantil, o maior acompanhamento na gravidez e a taxa elevada (98,3%) de partos nos estabelecimentos hospitalares.

Não obstante, importa garantir a equidade no acesso a cuidados pré-concepcionais e pré-natais de qualidade, com vista a obter ganhos em saúde, diversificando a aptidão dos serviços para a prestação deste tipo de cuidados, o que será alcançado através da constituição da rede de referenciação hospitalar de saúde materno-infantil.

A dimensão da igualdade de oportunidades nas fases de selecção, acompanhamento, controlo e avaliação dos projectos co-financiados será tida em conta, sempre que tal se justifique e seja possível.

9.2. Igualdade de Oportunidades para Grupos Sociais Desfavorecidos

A exclusão social apresenta-se como um fenómeno complexo e heterogéneo, traduzido por progressivas rupturas na relação de um indivíduo ou de um grupo com a sociedade, que conduzem inevitavelmente a situações de grande vulnerabilidade e desvantagem.

Estas situações, nas quais se podem englobar a pobreza, o desemprego, as minorias étnico-culturais, os sem-abrigo e alguns idosos, repercutem-se de forma negativa nos níveis de saúde e bem-estar das pessoas ou grupos atingidos, que se vêm progressivamente afastados do acesso ao mercado de trabalho e aos sistemas do domínio institucional, como o da saúde.

Criam-se, assim, ciclos de agravamento da exclusão de onde é difícil sair sem uma intervenção exterior, especificamente orientada para este tipo de situações, as quais, porque multideterminadas e multidimensionais, não encontram soluções em intervenções sectoriais isoladas, requerendo, antes, abordagens compreensivas e sistémicas, assentes no estabelecimento de parcerias entre os sectores público e privado.

A migração e a pobreza são dois factores desencadeantes e perpetuadores da exclusão social, da qual decorre a natural dificuldade de integração no novo meio de vida e a insuficiente procura de cuidados de saúde preventivos, o que torna, em termos de saúde pública, os migrantes e os habitantes em bolsas de pobreza particularmente vulneráveis.

De notar a circunstância destes fenómenos terem particular incidência nas grandes áreas urbanas, onde se assiste a uma degradação urbanística e das condições de vida e de saúde destas minorias sociais e étnicas.

Estes grupos tendem a consumir menos informação e serviços de saúde, ao mesmo tempo que registam hábitos e estilos de vida conducentes à excessiva exposição a riscos variados.

Existem indicadores que apontam para uma grande incidência de doenças emergentes ou re-emergentes nestes sectores da população, como a SIDA e a tuberculose.

Deste modo, esta problemática foi igualmente equacionada no Programa Operacional Saúde, prevendo-se, no âmbito do Eixo Prioritário I, projectos que têm como objectivo melhorar o acesso de pessoas e grupos socialmente excluídos a cuidados de promoção e prevenção da saúde e tratamento da doença.

Foi também considerada a organização preventiva dos cuidados de saúde destinada a migrantes e bolsas de pobreza.

Os projectos em causa baseiam-se predominantemente numa óptica pró-activa dos serviços de saúde, quer através da implementação directa de actividades de intervenção comunitária, quer pela mobilização de organizações não governamentais, orientadas para a prestação de cuidados de saúde a grupos específicos.

10. PROTECÇÃO DO AMBIENTE E APLICAÇÃO DO PRINCÍPIO DO POLUIDOR-PAGADOR

Aplicação do princípio do Poluidor-Pagador

As Autoridades Portuguesas tomarão as medidas apropriadas para ter em conta a aplicação do princípio do poluidor-pagador durante o período de programação e informarão a Comissão Europeia das medidas tomadas para aplicação progressiva daquele princípio antes da avaliação intercalar.

Compatibilidade com a política de Ambiente

As acções co-financiadas pelos Fundos Estruturais devem ser coerentes com os princípios e objectivos do desenvolvimento sustentável e da protecção e melhoria do ambiente referidos no Tratado e concretizados no programa comunitário de política e acção em matéria de Ambiente e Desenvolvimento Sustentável, referido na Resolução do Conselho de 1992.

As acções co-financiadas pelos Fundos Estruturais devem respeitar igualmente a legislação comunitária em matéria de ambiente.

O Estado-Membro dará a garantia formal que não deixará deteriorar os sítios a proteger ao título da rede *Natura 2000* aquando da realização das intervenções co-financiadas pelos Fundos Estruturais. Compromete-se igualmente, a fornecer à Comissão Europeia no momento da apresentação do Complemento de Programação as informações sobre as medidas tomadas para evitar a deterioração dos *Sítios Natura 2000* afectados pela intervenção.

Papel das Autoridades Públicas Ambientais

As autoridades públicas ambientais são associadas à execução do Programa Operacional Saúde, contribuindo, nomeadamente:

- na definição dos objectivos e metas ambientais e de sustentabilidade para todos os eixos prioritários de desenvolvimento do Programa;
- na definição da estratégia, do programa e das medidas específicas no domínio do ambiente;
- na definição de indicadores ambientais e de sustentabilidade;
- na participação activa no Grupo Temático “Ambiente” a criar no âmbito da Comissão de Acompanhamento do QCA III.

As autoridades públicas ambientais participarão ainda na definição das normas e dos procedimentos de execução para as referidas acções, incluindo a colaboração na determinação dos critérios de elegibilidade e de selecção de projectos.

As autoridades públicas ambientais estarão representadas no grupo técnico de avaliação do QCA.

Durante a execução das acções previstas no Programa neste domínio, estas autoridades serão associadas fundamentalmente a 2 níveis:

- serão responsáveis pela aplicação da política e legislação comunitária e nacional em vigor em matéria de ambiente, sendo também chamadas a emitir o seu parecer sobre os projectos de investimento no âmbito do processo de avaliação de impacte ambiental;
- participam na Comissão de Acompanhamento do Programa Operacional.

11. PARCERIA

O Programa Operacional Saúde foi elaborado a partir da estratégia nacional definida para o sector, tendo esta resultado de um processo que exigiu ampla participação de diversos actores, públicos e privados.

Durante os primeiros meses de 1999 o documento que consubstancia a Estratégia (Saúde, um Compromisso) foi divulgado por diversos meios, nomeadamente através de um *site* na *Internet*.

Foram igualmente organizados debates e recolhidos comentários à proposta do Ministério da Saúde, junto das Faculdades de Medicina, de Sociedades Científicas Médicas, ONG's ligadas ao sector, etc.

Os comentários recebidos produziram alterações e enriqueceram a configuração final da Estratégia.

O Programa Operacional Saúde, como instrumento de apoio ao processo de mudança estrutural da Saúde, beneficiou dos contributos daqueles parceiros.

As principais acções do processo de participação foram essencialmente divulgação, discussão pública e consulta.

No que respeita à execução do Programa, os parceiros económicos e sociais, designadamente os representantes do Conselho Económico e Social e da Associação Nacional de Municípios terão assento na Comissão de Acompanhamento, sendo-lhes, assim, assegurada a possibilidade de acompanhar o seu desenvolvimento.

12. CONCLUSÃO

12.1 Oportunidade e Coerência do Programa na Resposta a Problemas e a Fragilidades do Sistema de Saúde Português

Pode concluir-se que o POS 2000-2006 congrega eixos prioritários e medidas conducentes à resolução de problemas concretos, com significado no estado de saúde dos cidadãos ou no funcionamento do sistema de saúde português (Fig. I e II). O conjunto de acções previstas encerra um forte potencial de indução de mudanças em conformidade com as orientações políticas definidas para o sector.

Fig. I - Coerência do Programa Operacional Saúde na Resposta a Problemas e a Fragilidades do Sistema de Saúde Português

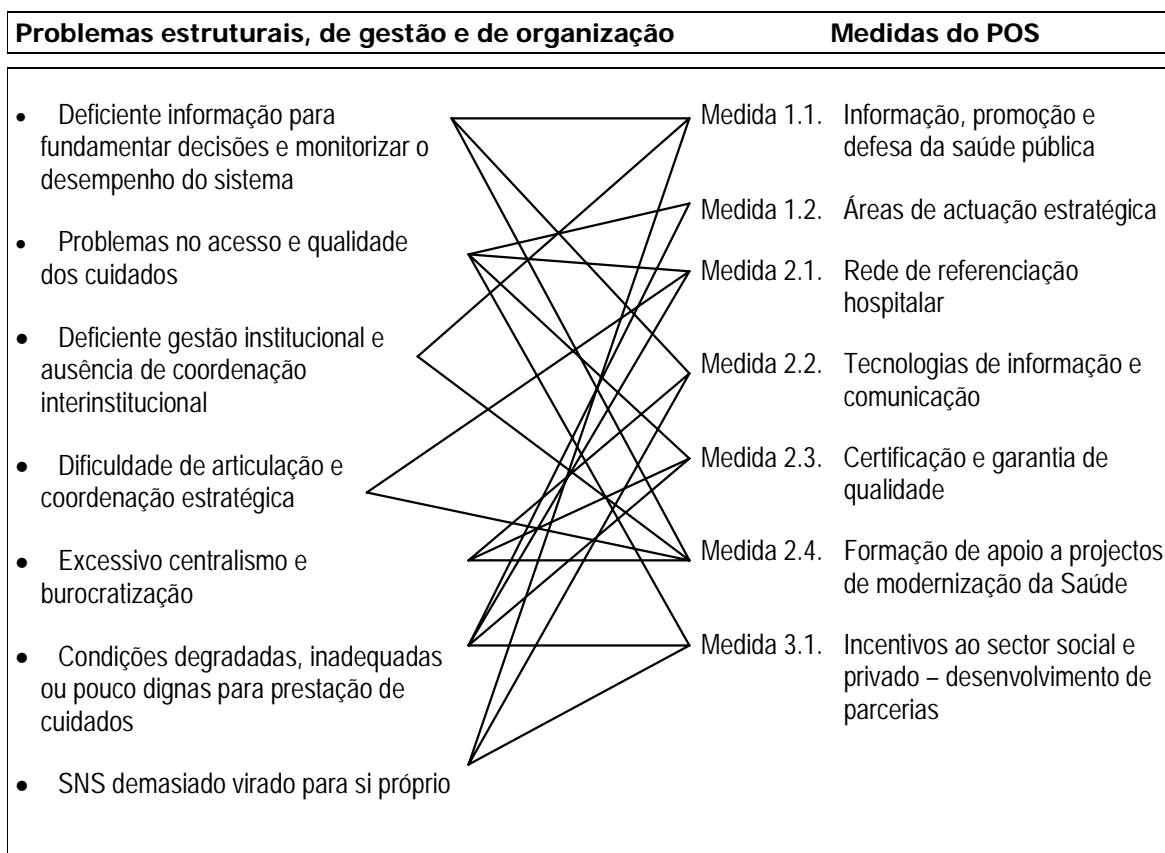
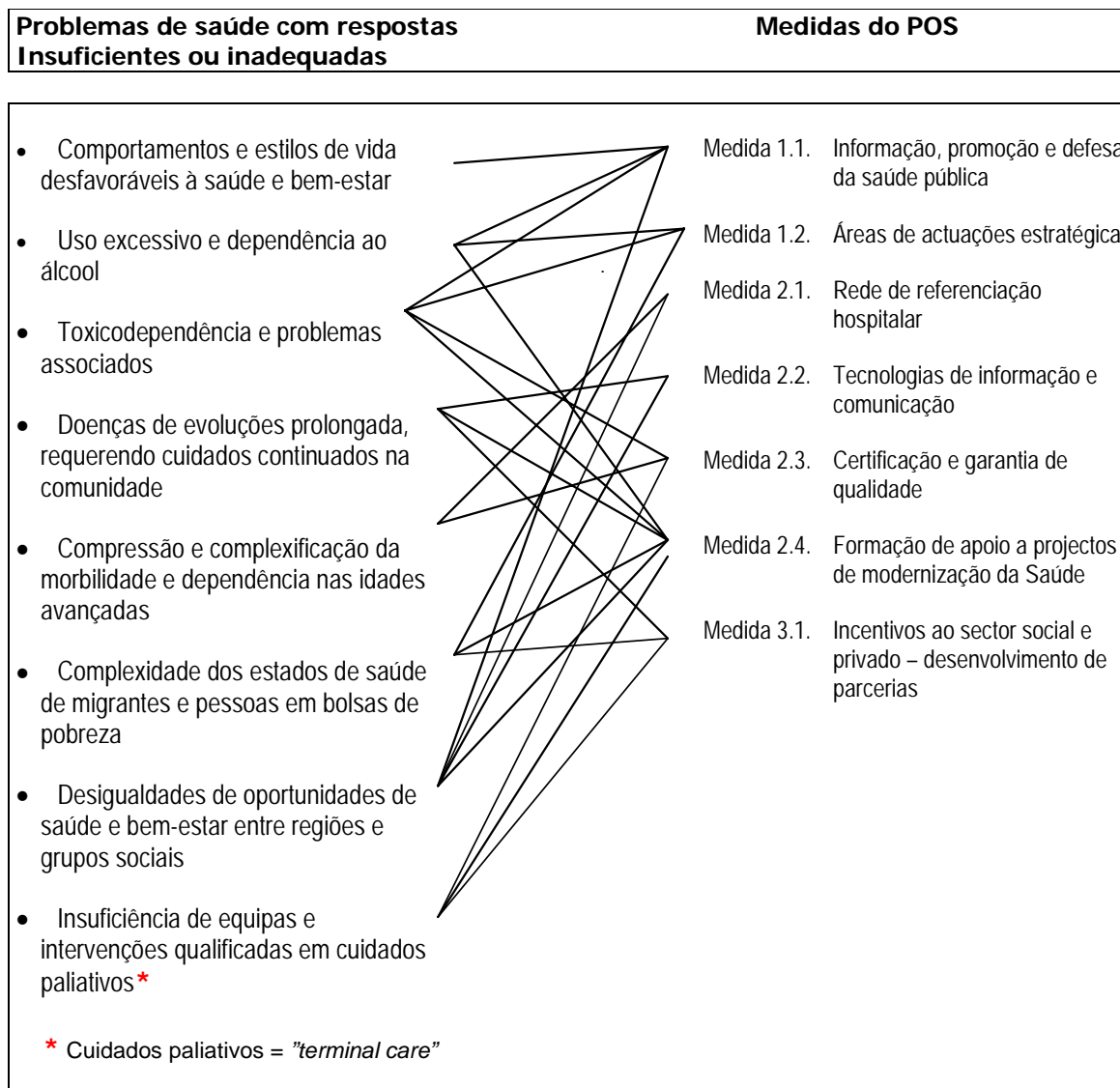


Fig. II - Coerência do Programa Operacional Saúde na Resposta a Problemas e a Fragilidades do Sistema de Saúde Português



12.2 Análise SWOT do Programa Operacional Saúde 2000-2006

| FORÇAS | FRAQUEZAS |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Está em consonância com a Estratégia de Saúde definida para Portugal • Tem como objectivos estratégicos contribuir para a obtenção de ganhos em saúde e para melhorar o acesso aos cuidados de saúde • Prevê apoios diversificados às actividades de promoção da saúde e de prevenção da doença • Individualiza o apoio a projectos específicos para o desenvolvimento da rede de serviços de saúde pública no país • Inclui um investimento substancial no sistema de informação e comunicação na Saúde • Promove uma organização mais racional e sistémica dos recursos de maior especialização através da constituição de redes de referenciação hospitalar • Cria incentivos para o desenvolvimento de parcerias com os sectores social e privado. | <ul style="list-style-type: none"> • Montante financeiro previsto quase simbólico no contexto da realidade actual do sector (2 % das despesas públicas anuais com a saúde) • A grande diversidade e quantidade de projectos previstos torna difícil a pré-definição de um sistema de indicadores do impacte do PO no seu conjunto. • As fragilidades do sistema de informação de saúde do País, às quais o PO procura dar resposta, acentuam a dificuldade da pré-definição dos indicadores e metas atrás referidos • A afectação predominante dos financiamentos ao SNS pode empobrecer a competição entre candidatos e a qualidade das candidaturas • Os incentivos às entidades dos sectores social e privado têm uma expressão pequena no global do PO • A sediação da formação contínua noutro PO pode dificultar a articulação entre esta formação e o conjunto das intervenções previstas para a Saúde. |
| OPORTUNIDADES | AMEAÇAS |
| <ul style="list-style-type: none"> • Grande expectativa social quanto ao QCA III e seu contributo para o desenvolvimento do País • Sentido social da urgência das medidas de reforma na saúde • Diversas experiências inovadoras e projectos “em carteira” que poderão tornar-se realidade através do POS • Possibilidade de constituição do GRUPO TEMÁTICO DA SAÚDE, interligando as diversas intervenções operacionais do QCA III e ampliando substancialmente o potencial de impacte deste QCA no sector da Saúde | <ul style="list-style-type: none"> • O POS, enquanto programa de apoio não enfrenta propriamente ameaças que possam surgir na sua envolvente. Tem, no entanto de responder adequadamente a alguns aspectos, tais como: <ul style="list-style-type: none"> - Eventual insuficiência de candidaturas no primeiro ano de vigência do QCA; - Cumprimento da calendarização da execução financeira; - Deficiente interpretação dos dirigentes sobre a natureza e sentido do apoio comunitário. |

AVALIAÇÃO EX-ANTE DO PROGRAMA OPERACIONAL SAÚDE 2000-2006

Notas:

- a) Este Sumário Executivo é da exclusiva responsabilidade da equipa de avaliadores independentes do Instituto Nacional de Administração.
- b) A avaliação realizada abrange, para além do Programa Operacional Saúde, a intervenção desconcentrada regionalmente da Saúde.
- c) As referências a sub-programas devem ser entendidas como relativas aos eixos prioritários.
- d) Os montantes e respectivas percentagens, referidas no ponto 2. da I.O. Saúde, não coincidem exactamente com os montantes que figuram na última versão do Programa, o que reflecte naturalmente os resultados das reuniões de negociação entretanto ocorridas.

Setembro de 1999

Sumário Executivo

1. SITUAÇÃO DO SECTOR DA SAÚDE

1.1 Indicadores de Saúde

1. Os principais indicadores de saúde dos portugueses continuam a manifestar um sentido de melhoria genérica, aproximando-se dos valores médios europeus. Mantêm-se, todavia, assimetrias regionais e intraregionais, agravadas pelo envelhecimento das populações e desertificação do interior.
2. Apesar de uma substancial diminuição na década 1985-1996, as taxas de mortalidade perinatal, neonatal, infantil e específica 1-4 anos continuam em Portugal a ser superiores à média da Europa dos 15. Portugal ocupa o segundo lugar europeu na taxa de mortalidade padronizada, com elevadas taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, doenças cerebrovasculares, doença crónica do fígado e cirrose e acidentes de trânsito. Verifica-se o crescimento das taxas de mortalidade específica por tumores malignos, doenças do coração, diabetes, pneumonia e gripe e por doenças transmissíveis.
3. A esperança de vida aumentou, na década em análise, para 74,9 anos, todavia a mais baixa de todos os países da UE, mantendo-se uma expressiva diferença entre homens e mulheres, mais de 10% que os homens.
4. Verifica-se uma diminuição recente do número de acidentes de viação e uma mais expressiva diminuição da mortalidade associada. Tendência inversa apresentam os acidentes de trabalho, com diminuição do número de ocorrências e crescimento da mortalidade associada. O tabagismo e o consumo de álcool e drogas continuam a ser factores associados aos estilos de vida que condicionam, de forma crescente, a saúde dos portugueses. Portugal apresenta um dos mais elevados consumos de álcool *per capita* e o consumo de drogas conhece um crescimento significativo. O tabagismo demonstra tendência para estabilizar, mas cresce o número de mulheres fumadoras.

1.2. Utilização dos Serviços de Saúde

5. Observa-se um aumento generalizado da utilização dos serviços de saúde, ainda que esta se mantenha em níveis inferiores à média da UE. As urgências continuam a apresentar taxas de utilização excessivas, em detrimento da utilização dos cuidados programados.
6. No que se refere às consultas de Cuidados Primários, realizados nos Centros de Saúde, verifica-se um crescimento pouco significativo (3% entre 1990 e 1996), com diminuição de mais de 1/3 das consultas domiciliárias, o que pode representar uma diminuição de acessibilidade por parte dos doentes em pior situação clínica. As consultas hospitalares demonstram tendência para a estagnação, com uma capitação/ano ligeiramente inferior, em 1996, à verificada em 1990 (0,58 e 0,60, respectivamente). Os cuidados ambulatoriais

programados em saúde mental e toxicod dependência demonstram tendência francamente crescente.

7. Realizaram-se, em 1996, 11,1 atendimentos de urgência, sendo os serviços públicos responsáveis por 93,6% (10,7 milhões), o que resulta numa taxa de frequência de 1,13 urgências por 1000 habitantes, contra 0,7/1000 em 1985 e 0,9/1000 em 1990.
8. O crescimento da utilização das urgências levanta problemas a dois níveis. Por um lado, o funcionamento dos serviços, principalmente dos hospitais, é gravemente prejudicado por uma utilização excessiva dos serviços de urgência, com consequências ao nível da sua actividade programada e o aumento de custos determinado pela necessidade de continuamente reforçar as escalas de serviço de urgência. Por outro, porque por detrás deste acesso aos cuidados de urgência poderão estar graves problemas de acessibilidade aos cuidados programados. Todavia, ao aumento das consultas hospitalares não corresponde sempre uma diminuição da utilização das urgências.
9. Relativamente ao internamento hospitalar, verifica-se, igualmente, um crescimento relativamente quer a 1985 quer a 1990 (mais 24,7% e mais 9,1%, respectivamente na primeira e na segunda metade da década considerada). Cerca de 22,5% dos internamentos são assegurados pelo sector privado. A frequência hospitalar global foi, em 1996, de 161/1.000 habitantes, semelhante aos valores médios dos países da OCDE em 1995 (16/1.000). Continua a verificar-se a diminuição dos internamentos em serviços de retaguarda ou evolução prolongada, com o encerramento dos sectores de internamento dos Centros de Saúde, designadamente os mais antigos, sem que seja criada alternativa para as inúmeras situações de internamentos hospitalares inapropriados, por falta de oferta de cuidados de menor diferenciação adequados às situações terminais, evolução prolongada ou de coexistência de condições sociais e sanitárias carecidas de cuidados integrados.

1.3 Recursos Humanos

10. O emprego na saúde (humana e veterinária) significava, em 1994 (últimos dados disponíveis), 2,98% do total do emprego e 5,46% do valor total de remunerações. O Serviço Nacional de Saúde (SNS) detinha, no mesmo ano, 78,8% dos efectivos com emprego na saúde, aos quais correspondiam 83,2% das remunerações. Em 1996, o emprego no SNS representava 4,7% da população activa do sector de serviços e 2,6% da população activa total com emprego, o que traduz a relevância do SNS como empregador.
11. Os recursos humanos concentram-se nas cidades de Lisboa, Porto e Coimbra. Continuam a verificar-se problemas de distribuição regional e intraregional dos recursos humanos da saúde e a carência significativa de enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica.
12. A formação das profissões da saúde continua a ignorar a carência de profissionais de alguns sectores. O ensino de enfermagem está atomizado, de pequena dimensão e capacidade formativa insuficiente. Admite-se que a sua integração no sistema de ensino

possa corrigir estas deficiências e dar respostas mais adequadas às necessidades do mercado de trabalho.

1.4 Recursos Materiais

13. Verifica-se uma intensa concentração dos recursos materiais nas cidades de Lisboa, Porto e Coimbra, com especial relevância nas camas hospitalares (48,4% do total). A análise regional e intraregional da distribuição das camas públicas revela assimetrias significativas, com uma concentração assinalável de camas em Lisboa e Vale do Tejo e no Centro.
14. A rede de cuidados primários públicos é constituída pelos Centros de Saúde (354 em 1996) e suas extensões (1888 em 1996), tendo-se mantido relativamente estável a sua quantidade nos últimos anos. A sua distribuição regional é relativamente equilibrada.
15. Continua a verificar-se regular crescimento das despesas com a saúde relativamente ao PIB, tendo em 1996 atingido os 8,2% dos quais 3,3% de despesa privada, a mais elevada da UE.
16. Em 1996, 89,4% do total de recursos financeiros utilizados pelos serviços do SNS teve a sua origem no Orçamento Geral do Estado (3.255.120.000 num total de 3.641.074.000 Euros). 49% do total do financiamento público destinou-se aos Hospitais, enquanto aos cuidados primários couberam 46% (o restante foi distribuído pela Saúde Mental, pelos Serviços Centrais, Ensino e Diversos). O total de transferências para o sector privado atingiu os 1.118.585.000 Euros (34,4% do total das despesas), sendo destes, 62,5% correspondente a despesas com medicamentos.
17. A distribuição regional da despesa *per capita* (despesas do SNS) e do investimento público em 1995 (ano a que se refere o último relatório e contas do SNS publicado) traduz diferenças substanciais entre as regiões. No que se refere às despesas de exploração do SNS elas representaram uma capitação média no Continente de 408 Euros, com a Região de Lisboa e Vale do Tejo apresentando a máxima capitação (425 Euros), seguida pelo Alentejo com 365 Euros, pela Região do Centro com 343 Euros, pela Região do Norte (320 Euros) e pelo Algarve, com 315 Euros. A relação entre a máxima capitação e a mínima traduz uma diferença de quase 1/4 do valor total, no montante de 110 Euros/habitante. Mas, se se analisar a despesa capitacional em comparticipação de medicamentos, o primeiro lugar é ocupado pelo Alentejo, com 90,5 Euros, seguido por Lisboa e Vale do Tejo com 77,5 Euros, do Centro com 77 Euros, do Algarve com 75 Euros e do Norte com 66 Euros.
18. O investimento do SNS em 1996 totalizou cerca de 227,5 milhões de Euros, 73,4% dos quais suportado pelo PIDDAC, correspondendo os restantes 26,6% a investimentos directos dos serviços. Dos 167 milhões de Euros de investimento PIDDAC, 69,2% correspondem a despesa nacional e 30,8% a Fundos Comunitários. O valor *per capita* de investimento público em saúde apresenta, igualmente, diferenças substanciais, com o Algarve a apresentar uma capitação de 28 Euros, seguido pela Região do Centro com

23,5 Euros, pelo Norte com 17 Euros e por Lisboa e Vale do Tejo, com um valor idêntico (12,5 Euros). As duas regiões melhor posicionadas no investimento apresentam capitações correspondentes ao dobro ou mais do dobro das duas regiões com valores mais baixos.

1.5 Administração do Sistema de Saúde

19. O SNS experimenta uma série de transformações e mudanças, designadamente no que respeita à criação de Sistemas Locais de Saúde, Agências de Contratualização e Acompanhamento, Programas de Acesso para redução de listas de espera, novos estatutos jurídicos para Hospitais e Centros de Saúde, privatização de serviços ou da sua gestão, programas de Garantia da Qualidade e desenvolvimento de modernos Sistemas de Informação.

2. A INTERVENÇÃO OPERACIONAL DE SAÚDE 2000-2006

2.1 Características

20. A Intervenção Operacional da Saúde (IOS) integrada no PDR 2000-2006 contempla um investimento total de 205.681 milhões de escudos (1.026,097 MEuros), dos quais 140,3 milhões de contos (699,9 MEuros) serão suportados pelo FEDER, 3,5 milhões de contos (17,5 MEuros) pelo FSE, 47,9 milhões de contos (238,962 MEuros) por recursos públicos nacionais e 14 milhões de contos (70 MEuros) por recursos privados nacionais, correspondendo aos seguintes valores percentuais:

Quadro 1. IOS - Fontes de Financiamento

| | |
|-----------------------------|--------|
| FEDER | 68,21% |
| FSE | 1,70% |
| Recursos Públicos Nacionais | 23,28% |
| Recursos Privados Nacionais | 6,81% |

21. Em termos regionais, considerando quer o investimento regionalizável dos Subprogramas, quer a Componente Desconcentrada Regionalmente (CDR), é a seguinte a distribuição pelas 5 Regiões de Portugal Continental:

| Regiões | Valor em 1000 Esc. | Valor em Euros | Valor % | Capitação (1.000 Esc.) |
|--------------------|--------------------|----------------------|-------------|------------------------|
| Norte | 67.463.368 | 336.559.580 | 32,8% | 19,08 |
| Centro | 59.236.128 | 295.515.729 | 28,8% | 34,58 |
| Lisboa e V. Tejo | 30.852.150 | 153.914.442 | 15% | 9,32 |
| Alentejo | 24.064.677 | 120.053.265 | 11,7% | 46,15 |
| Algarve | 19.745.376 | 98.505.243 | 9,6% | 57,09 |
| Não regionalizável | 4.319.301 | 21.548.024 | 2,1% | - |
| Total | 205.681.000 | 1.026.097.000 | 100% | 21,82 |

2.2 Objectivos e Estratégias

22. Os objectivos operacionais definidos para a IOS 2000-2006 são os seguintes:

- Obter ganhos em saúde
- Assegurar a todos os cidadãos o acesso a cuidados de saúde

23. As quatro linhas estratégicas essenciais para a prossecução dos objectivos definidos são as seguintes:

- Promoção da saúde e a prevenção da doença, através de um esforço de informação interna e externa ao SNS, da intervenção prioritária em áreas específicas e da implementação de políticas de saúde pública;
- Melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, através da introdução de sistemas de qualidade e certificação, do incremento da capacidade de formação dos recursos humanos, da utilização das tecnologias de informação e comunicação e do reforço tecnológico e capacidade de resposta dos serviços;
- A organização de programas de formação exigidos pelo desenvolvimento dos projectos estratégicos sectoriais;
- Abertura do sector a novas parcerias com os sectores social e privado.

2.3 Subprogramas e Medidas

24. A IOS 2000-2006 é composta por três Subprogramas integrando sete Medidas e por uma Componente Desconcentrada Regionalmente:

- Subprograma 1. - Promover a Saúde e Prevenir a Doença
 - Medida 1.1 - Informação, Promoção e Defesa da Saúde Pública
 - Medida 1.2 - Áreas de Actuação Estratégica
 - Medida 1.3 - Assistência Técnica
- Subprograma 2. - Melhorar o Acesso a Cuidados de Saúde de Qualidade
 - Medida 2.1 - Rede de Referenciação Hospitalar
 - Medida 2.2 - Tecnologias de Informação e Comunicação
 - Medida 2.3 - Certificação e Garantia de Qualidade
 - Medida 2.4 - Formação de Apoio a Projectos de Modernização do Sector
- Subprograma 3. - Regime de Incentivos ao Sector Privado
- Componente Desconcentrada Regionalmente (CDR)

25. É a seguinte a distribuição do investimento entre os Subprogramas e a CDR:

Quadro 3. IOS - Distribuição por Subprogramas e CDR

2.4 Análise Crítica

26. A IOS 2000-2006 apresenta, relativamente à IOS 1994-1999, uma clarificação estratégica, quer na perspectiva dos objectivos, centrados na obtenção de ganhos em saúde e no aumento do acesso aos serviços de saúde e sua qualidade, quer pelas sinergias entre as diferentes Medidas, tendo integrado as principais recomendações da Avaliação Intercalar da IOS 1994-1999. O potencial de mudança das intervenções a realizar ao abrigo da IOS é substancial e enquadra-se nas estratégias nacionais do sector.
27. Os Subprogramas e Medidas constantes da IOS 2000-2006 dirigem-se à resolução de problemas, com relevância no estado de saúde dos portugueses ou no funcionamento do sistema nacional de saúde.
28. Os objectivos estabelecidos para a IOS são de resultado (*outcome*) e não de mera realização física, o que demonstra uma preocupação com a efectividade das intervenções, em detrimento da perspectiva de mero crescimento da oferta de serviços ou cuidados.
29. As dotações financeiras dos Subprogramas e Medidas parecem genericamente adequadas à dimensão das intervenções a realizar, sendo sempre possível recorrer a transferências entre Medidas dentro do mesmo Subprograma para fazer face a eventuais desajustamentos iniciais.
30. A Assistência Técnica está integrada no Subprograma 1 - Promover a Saúde e Prevenir a Doença - como uma das suas Medidas (1.3), sem que pareça existir qualquer justificação atendível para o facto. Efectivamente, a Assistência Técnica é uma componente integradora, exterior ao conteúdo programático da IOS, mas essencial ao sucesso de todos os Subprogramas e da Componente Desconcentrada Regionalmente, pelo que se justifica a sua autonomização em Subprograma autónomo. Tal autonomização permitirá, igualmente, dotar a Assistência Técnica com as verbas efectivamente necessárias ao seu funcionamento adequado, agilizando o seu acompanhamento.
31. A execução financeira da IOS (nacional e desconcentrada) prevê o recurso a 32% do total do financiamento disponível nos dois primeiros anos de vigência. Trata-se de uma pressão excessiva sobre as entidades responsáveis pela implementação dos projectos, correndo riscos de execução financeira incompleta.
32. Exceptuando o Subprograma 3 - Promover Novas Parcerias a Novos Actores na Saúde -, nenhum dos outros Subprogramas ou a CDR possuem quaisquer mecanismos de competição entre os serviços eventualmente beneficiários dos financiamentos da IOS. A introdução de mecanismos de competição entre os serviços públicos no acesso ao

financiamento pela IOS determinaria uma maior qualidade dos processos de elaboração dos projectos, a sua mais rápida e efectiva execução e uma maior facilidade de controlo, permitindo seleccionar as soluções mais custo/efectivas e aumentar o número de projectos contemplados.

33. Nenhum dos Subprogramas tem como objectivo explícito e directo o aumento da eficiência interna dos serviços públicos de saúde, um dos problemas mais insistentemente referidos e com impacte negativo no funcionamento do SNS e na satisfação dos utilizadores. Todavia, a preocupação com a eficiência está presente no Sub-programa 2 de forma relevante e esperam-se impactes positivos da IOS sobre esta variável, designadamente através da consideração, nos regulamentos das Medidas, de mecanismos de selecção que potenciem os ganhos de eficiência.
34. A criação de novas estruturas como os Sistemas Locais de Saúde (estruturas orgânicas de coordenação local), a dotação de hospitais com serviços de referência, a criação de laboratórios de saúde pública, entre outras medidas, exigirão mais recursos humanos e determinarão acréscimos na despesa de exploração. Alerta-se para as implicações futuras destes acréscimos na já crónica capacidade financeira do SNS.
35. O facto de ter optado pela “deslocalização” da formação, concentrando a gestão de todos os meios do Ministério do Trabalho e da Solidariedade determinará dificuldades adicionais evitáveis. A formação é um recurso estratégico quando aliada aos processos de introdução de mudança sistémica e organizacional e constitui um instrumento essencial de actualização técnico-científica dos profissionais de qualquer sector. Num sistema complexo e altamente diferenciado como o da saúde, esta afirmação tem, ainda, mais sentido. Praticamente todas as Medidas e projectos contemplados na IOS 2000-2006 exigem mudanças mais ou menos radicais de capacidades, comportamentos e atitudes, para além dos conteúdos cognitivos essenciais à qualidade das soluções implementadas. Isso exigirá uma coordenação muito estreita do processo formativo, em simultâneo com a execução dos projectos, o que resulta difícil com a centralização referida.

3. ANÁLISE DOS SUBPROGRAMAS

3.1. Subprograma 1 - Promover a Saúde e Prevenir a Doença

36. Os objectivos do Subprograma 1 são os seguintes:

- Aperfeiçoar o sistema de informação em saúde, de modo a permitir conhecer melhor o estado de saúde dos portugueses e respectivos determinantes e accionar a tempo as medidas necessárias para corrigir tendências negativas;
- Reforçar as infra-estruturas de promoção e protecção da saúde, com especial incidência na implementação da Rede Nacional de Saúde Pública;
- Desenvolver projectos que contribuam para uma melhoria das condições ambientais e, consequentemente, da qualidade de vida dos portugueses.

Relativamente à anterior IOS 1994-1999, e no que diz respeito ao Subprograma em apreço, a IOS 2000-2006 apresenta as seguintes alterações essenciais:

- Procura-se melhorar o acesso através da capacitação e actualização tecnológica em valências pré-definidas com possibilidade de se integrarem em Sistemas Locais de Saúde para atender a problemas de Saúde Pública;
- Selecciona-se o acesso através de efectividades (ganhos em saúde - doenças específicas) e qualidade de prestações;
- A obtenção de “ganhos em saúde” permite realizar a avaliação dos impactes (*outcomes*) dos projectos integrados nas Medidas e não apenas nas prestações (*outputs*) e obriga à selecção de intervenções por custo / efectividade.

37. Considera-se que as áreas de intervenção propostas nas Medidas 1.1. e 1.2. respondem aos problemas e ambiente de actuação e se encontram enquadradas nas prioridades recomendadas por organizações internacionais, regionais e mundiais (UE e OMS).

38. Verifica-se que o conjunto das propostas de intervenção corresponde à sequência da História Natural da Doença (H.N.D.) e dos Níveis de Prevenção. As intervenções preconizam uma “malha cruzada” de estádios e níveis de intervenção que se adicionam para maior impacto. A sequência temporal de actividades reconhece a situação concreta da transição epidemiológica em Portugal e o tipo de doença-alvo. O conjunto de intervenções indicadas contribui para as metas globais da IOS / IIIQCA, com o objectivo de “obter ganhos em saúde”:

- Com as medidas gerais de promoção de saúde têm resultados “colaterais” e sinergias sobre a epidemiologia de várias das doenças alvo - emergentes (áreas de actuação estratégica);
- As áreas de actuação estratégica listam os problemas de saúde mais prevalentes e graves na situação de saúde actual e previsível a médio prazo;
- As áreas de actuação estratégica podem ter conteúdos operacionais (a confirmar nos Complementos de Programa) com viabilidade técnica comprovada e com sinais de contínua actualização de instrumentos técnicos, mais efectivos e a menor custos - possíveis de aplicar em grande escala na rede do SNS;
- Os resultados potenciais dessas intervenções podem somar-se no médio e longo prazo, representando reduções de mortalidade precoce e melhoria de qualidade de vida.

3.2. Subprograma 2 - Melhorar o Acesso a Cuidados de Saúde de Qualidade

39. Os objectivos do Subprograma 2 são os seguintes:

- Implementar uma rede de referenciação hospitalar por áreas de especialização prioritárias;
- Reforçar a utilização de tecnologias de informação e comunicação;

- Garantir a prestação de cuidados de saúde de qualidade, tanto através da introdução de sistemas e práticas de qualidade, como da qualificação e desenvolvimento dos recursos humanos.

40. Em comparação com a IOS 1994-1999, a componente hospitalar do Subprograma 2 revela um menor peso da construção de novos equipamentos e uma saudável preocupação com os aspectos relativos à qualidade dos cuidados, ao desenvolvimento de sistemas de informação, ao estímulo à criação de redes funcionais de cuidados hospitalares e à associação da formação aos principais processos de mudança.

41. O Subprograma 1 consta de 4 Medidas:

- Medida 2.1. Rede de Referência Hospitalar
- Medida 2.2. Tecnologias de Informação e Comunicação
- Medida 2.3. Certificação e Garantia de Qualidade
- Medida 2.4. Formação de Apoio a Projectos de Modernização da Saúde

As áreas de intervenção propostas nestas Medidas respondem aos problemas e ambiente de actuação e estão de acordo com as preocupações e desenvolvimento dos sistemas de saúde europeus. O conjunto de intervenções constantes do Subprograma 2 contribui para as metas globais da IOS 2000-2006, particularmente para o seu objectivo específico - Melhorar o acesso a cuidados de saúde de qualidade -, o que constitui uma forma de obter ganhos em saúde, o outro objectivo da IOS. No entanto, deve ser considerada a sua complementaridade com a Componente Desconcentrada Regionalmente, nomeadamente no que se refere à rede de referência hospitalar, o que exige uma especial atenção para evitar duplicações das componentes ou a não integração dos respectivos princípios estruturantes, nomeadamente o princípio da continuidade de cuidados.

42. A inclusão de uma Medida dedicada às Tecnologias da Informação e da Comunicação tem justificação e apresenta condições de sucesso, por duas razões principais:

- O II QCA para a Saúde não incluía nenhuma vertente dedicada aos SI/TIC. Assim, o esforço de investimento realizado no passado neste domínio foi predominantemente nacional (apenas em 1997 foi possível afectar cerca de 8 milhões de contos da vertente de Assistência Técnica ao projecto do “Cartão do Utente”). As dificuldades orçamentais estiveram na origem de uma situação deficitária no plano dos SI/TIC, o que transfere para o próximo futuro investimentos que não puderam ser feitos no passado;
- O Ministério da Saúde delineou uma estratégia para este domínio e tem já em curso projectos estruturantes, em linha com a estratégia seguida na generalidade dos países da UE.

43. Atendendo à situação de partida e aos objectivos, os projectos a financiar deverão concentrar-se em quatro vertentes:

- Alargamento da infraestrutura de rede (RIS e redes locais) e da infra-estrutura computacional a todo o universo do SNS;

- Desenvolvimento das funcionalidades plenas das aplicações estruturantes, usando o modelo integrado de informação que o Cartão do Utente proporciona, e sua instalação em todo o universo do SNS;
- Desenvolvimento dos novos serviços facilitados pela tecnologia disponível, como sejam o telediagnóstico e a telecirurgia;
- Desenvolvimento de aplicações sectoriais e específicas em que as TIC se apresentem como nucleares ou acrescentem valor aos serviços prestados.

3.3. Subprograma 3 - Regime de Incentivos ao Sector Privado

44. Os objectivos do Subprograma 3 são os seguintes:

- Facilitar a criação de novas parcerias para a prestação de cuidados de saúde em áreas carenciadas, em especial com os sectores social e privado;
- Dinamizar e apoiar o desenvolvimento de micro e pequenas empresas de novos prestadores de cuidados de saúde;
- Contribuir para a diminuição das desigualdades em saúde, reforçando a complementaridade e facilitando a escolha dos cidadãos

45. Verifica-se o acolhimento de uma das críticas formuladas pela Avaliação Intercalar à IOS 1994-1999, relativamente à necessidade de flexibilização e desinstitucionalização dos cuidados e uma resposta à necessidade, sentida de há muito, de desenvolver alternativas à hospitalização em situações de evolução prolongada não exigindo cuidados diferenciados, doença crónica ou terminal. De igual forma permitirá incrementar a contribuição do sector social e privado no sistema de saúde, criando directamente emprego fora do sector público.

46. O SubPrograma 3 desenvolve-se em duas vertentes:

- Criação de um Sistema de Incentivos a Projectos de Micro, Pequena e Média Dimensão, envolvendo o financiamento, a fundo perdido ou reembolsável a taxa nula, para aquisição, construção, adaptação e/ou remodelação de unidades de saúde e para aquisição de equipamento necessário à prestação de serviços;
- Adaptação de Unidades de Saúde de Instituições não Públicas (sobretudo Instituições Privadas de Solidariedade Social - IPSS) para prestação de cuidados continuados, cuidados integrados, cuidados a doentes de evolução prolongada e apoio social à dependência e para adaptação de unidades prestadoras de cuidados diferenciados para cumprirem condições de licenciamento.

47. As áreas de intervenção propostas no Subprograma respondem aos problemas e ambiente de actuação, estão de acordo com as necessidades de desenvolvimento das alternativas aos cuidados tradicionais disponíveis no sistema, e respondem à necessidade de garantir níveis de cuidados (e a sua deslocalização, desde que dela resultem maiores benefícios para os utilizadores) em situações de evolução prolongada, doença crónica ou terminal

e dependência. O seu desenvolvimento permitirá ganhos de eficiência na utilização de meios mais diferenciados (muitas vezes ocupados com as situações a cobrir pelo Subprograma) e de humanização, reduzindo a institucionalização dos doentes e o seu isolamento das famílias e comunidades de origem.

48. O conjunto de intervenções constantes do Subprograma 3 contribui para as metas globais da IOS 2000-2006, particularmente para o seu objectivo específico - Melhorar o acesso a cuidados de saúde de qualidade -, o que constitui, igualmente, uma forma de obter ganhos em saúde, o outro objectivo da IOS. Deve ser considerada a sua complementaridade com a Componente Desconcentrada Regionalmente, no que se refere à criação e actividade de empresas ou IPSS com actividades de âmbito local, com especial atenção à contratualização de actividades e à articulação com os serviços locais.

3.4. Assistência Técnica

49. A Assistência Técnica encontra-se integrada no Subprograma 1, justificando-se, no entanto, a sua autonomização (cfr. Ponto 30).
50. O financiamento da Assistência Técnica assegurará o funcionamento da estrutura de Apoio Técnico (Gabinete de Gestão da IOS), bem como as actividades de gestão, acompanhamento, controlo e avaliação das acções co-financiadas pelos Fundos Estruturais. Tal exige uma estrutura com capacidade própria de execução ou competência técnica para contratualizar a sua execução por entidades terceiras. Por outro lado, as acções de gestão, acompanhamento, controlo e avaliação constituem a garantia de execução dos Subprogramas, Medidas e Projectos ou Linhas de Actuação que integram a IOS, correspondendo a exigências da UE. Justifica-se, assim, o presente programa e a sua dotação com verbas adequadas ao conteúdo programático.

4. A IOS 2000-2006, A ECONOMIA, O MERCADO DE EMPREGO E O DESENVOLVIMENTO REGIONAL

51. O sector da saúde tende a funcionar de modo sub-eficiente, coexistindo sistemas de saúde públicos e privados que se sobrepõem, gerando duplicação de gastos. Após a progressão, em termos de resultados de saúde, verificada nas últimas décadas, entrou-se, aparentemente, numa zona de resultados marginais decrescentes: para obter um mesmo aumento de resultado de saúde é necessário dispendir cada vez mais recursos.
52. Observa-se, também, uma crescente dificuldade em financiar a componente pública do sistema. A existência de um défice no sector tem de ser interpretada como um fenómeno estrutural e não conjuntural, na medida em que esta situação é independente da evolução da actividade económica geral. O sector da saúde representa uma fonte de pressão sobre o Orçamento de Estado, o qual se encontra condicionado ao cumprimento dos valores de referência para o défice orçamental em percentagem do PIB consagrados no Pacto de Estabilidade e Crescimento, celebrado no âmbito da UE.

53. O sector da saúde e, em particular, as suas despesas de equipamento, contribuem também para o défice na Balança Comercial. Esta situação decorre do facto de a maior parte do equipamento médico ser importado. No entanto, este efeito tende a concentrar-se nos períodos de instalação de novos equipamentos como aquele que se tem vivido. As despesas com importação de equipamento médico representaram, em 1996, cerca de 15 milhões de contos, apenas cerca de 1% do défice da Balança Comercial.
54. O Programa Operacional da Saúde do QCA 2000-2006 não apresenta objectivos que possam ser associados de modo directo a questões económicas. No entanto, é possível identificar linhas de acção que visam a procura de ganhos de eficiência no sector. São intervenções que têm efeitos a nível orçamental, a nível dos preços dos serviços de saúde e na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.
55. Este plano não terá efeitos sobre o mercado de trabalho, não se esperando alterações salariais a ele associadas. Retoma-se a recomendação da Avaliação Intercalar de Fevereiro de 1997 que salienta a existência no mercado de trabalho de um excesso de procura de enfermeiros e técnicos de diagnóstico. Devido à extensa regulação existente, o ajustamento no mercado de trabalho é feito de forma pouco clara. Nomeadamente, o aumento da remuneração oficial destes profissionais não tem sido usado como mecanismo de re-equilíbrio de mercado, uma vez que considerações de posição relativa face a outros profissionais de saúde o impedem. As dificuldades de recrutamento de profissionais oriundos de outros países ainda limitam a expansão da oferta a curto prazo. O excesso de procura tem de ser colmatado por recurso a uma sobrecarga dos enfermeiros existentes (com e sem aumento da sua remuneração efectiva, consoante os casos) ou com uma organização sub-ótima da produção de cuidados.
56. Os fundos comunitários e respectivas contrapartidas nacionais centram-se nos primeiros anos do período 2000-2006, enquanto que os financiamentos adicionais (PIDDAC) registam uma evolução inversa. Esta situação não é eficiente. O número, a complexidade e a necessidade de uma gestão criteriosa dos projectos a pôr em marcha não são compatíveis com uma elevada utilização de recursos comunitários nos primeiros anos. Por outro lado, exige-se à despesa pública um esforço acrescido nos últimos anos do período, nos quais seria prudente alguma contenção orçamental. Esta contenção permitiria disponibilizar meios para o combate a eventuais choques associados ao fim do III QCA.
57. A consistência interna do programa face aos objectivos propostos pode ser analisada numa perspectiva económica. Existem neste várias medidas destinadas a promover uma melhor afectação dos recursos da saúde. Esta é uma orientação marcante, justificada face à situação do sector em Portugal e face às necessidades de controlo orçamental que se tornarão mais fortes no futuro. No entanto, as medidas mais importantes financeiramente continuam a ser ligadas à construção, remodelação e equipamento de novos estabelecimentos. Neste contexto, continua a verificar-se um maior peso dos investimentos em instalações de grande dimensão face aos investimentos em centros de saúde e suas extensões. Dado o peso financeiro das medidas ligadas à construção e remodelação de hospitais, será adequado retomar as recomendações da Avaliação Intercalar de Fevereiro de 1997 relativamente à necessidade de minimizar a diferença

entre os valores finais e os valores orçamentados das obras a executar, o que tem vindo a ser feito nos últimos três anos, com assinalável sucesso.

58. A consistência externa do plano em termos económicos pode ser avaliada identificando pontos de contacto com outros documentos sobre esta matéria. É aceite a ideia de que a mobilização de elevados recursos financeiros para uma dada área não assegura por si só a resolução de problemas. Ela tem de ser acompanhada de maior eficiência, a qual permitirá a redução dos défices orçamentais e um aumento da produtividade do factor trabalho pela via do aumento na qualidade dos cuidados. Esta tendência aumentará a competitividade externa da economia e o crescimento do produto.
59. É conveniente que se acompanhe a evolução de indicadores que poderão servir posteriormente para analisar a evolução do sector em termos dos objectivos e reformas a implementar, designadamente:
- Despesas na saúde (públicas e privadas) em percentagem do PIB - Esta medida permitirá avaliar agregadamente os ganhos de eficiência e a eliminação de sobreposição nas coberturas de saúde. Neste contexto, Portugal deveria simultaneamente gastar menos em saúde em percentagem do PIB e melhorar os indicadores de saúde. Só assim se efectiva uma aproximação à realidade da UE e da OCDE.;
 - Orçamento da Saúde no total do Orçamento do Estado – Esta medida permitirá analisar a sustentabilidade financeira do sector em termos da intervenção pública com reflexos orçamentais.
 - Número de dias perdidos com doença no total de dias de trabalho no ano - Esta medida indica os ganhos potenciais na produtividade do trabalho que podem ser obtidos com uma melhoria dos cuidados de saúde;
 - Desvio médio, em termos monetários e em termos de prazos de entrega, na construção de hospitais e centros de saúde - Avalia a eficiência na execução de investimentos.

5. A IOS 2000-2006 E O AMBIENTE

60. A IOS 2000-2006 contém um projecto de Gestão de Resíduos Hospitalares com intervenção na área dos resíduos sólidos, envolvendo:
- a requalificação ou a construção de duas unidades de incineração, com base nas conclusões de prévio estudo de impacto ambiental, com capacidade para tratar, de modo adequado, o volume total dos resíduos hospitalares produzidos e classificados, ao abrigo do Despacho n.º 242/96, de 13 de Agosto, do Ministério da Saúde, no grupo IV - Resíduos Hospitalares Específicos: resíduos de vários tipos de incineração obrigatória;
 - a construção de quarenta unidades de armazenamento de resíduos, equipadas com sistemas de refrigeração, ou a adaptação de armazéns já existentes a integrarem-se nos, a criar, Sistemas Locais de Saúde (SLS), de forma a estabelecer-se, em cada SLS,

um entreposto de colecta e de armazenamento de resíduos hospitalares, criando um *interface* entre os produtores locais de resíduos e as instalações de incineração;

- a instalação estratégica de ecopontos nas unidades hospitalares - cerca de cento e vinte - no sentido de incrementar, privilegiar ou alargar os circuitos de reciclagem e, ou de valorização, através de procedimentos de triagem ou recolha selectiva de diversos tipos de resíduos, nomeadamente no que se refere à inclusão, de fluxos de resíduos especiais nos serviços de saúde e a criação de uma rede especializada de transporte de resíduos.

61. Existe um conjunto de acções na IOS 2000-2006 em que as implicações de natureza ambiental são evidentes e que, aparentemente, não se encontram nem identificadas nem contabilizadas. Trata-se de projectos relacionados com a construção, a remodelação e/ou o equipamento de instalações destinadas a trabalho laboratorial do mais diverso tipo, no âmbito da “Rede Nacional de Saúde Pública”, ou de outras infraestruturas necessárias ao funcionamento da “Rede de Referência Hospitalar”, ou ainda de projectos no âmbito da vertente “Adaptação de Unidades de Saúde de Instituições Não Públicas”, abrangidas, respectivamente, em medidas de Subprogramas 1, 2 e 3, no contexto da Intervenção Operacional Nacional. Também a Intervenção Desconcentrada Regionalmente engloba a construção, a remodelação, e o equipamento de hospitais de nível regional e local, bem como de hospitais de dia, de centros e de extensões de saúde. Se, no que respeita aos resíduos sólidos produzidos nos diversos tipos de estabelecimentos de saúde se pode admitir que o projecto “Gestão de Resíduos Hospitalares”, dá resposta à gestão desses resíduos, o mesmo não pode ser dito no caso das emissões gasosas e, principalmente, dado o seu maior significado sanitário e ambiental, no que respeita às águas residuais dos estabelecimentos de saúde, a remodelar ou a construir.

6. A IOS 2000-2006 E A IGUALDADE DE OPORTUNIDADES ENTRE MULHERES E HOMENS

62. Os indicadores de diagnóstico da situação da saúde em Portugal apresentadas na IOS não discriminam os problemas mais prevalentes num ou noutro sector. Apesar de revelarem algumas preocupações por grupos específicos, não evidenciam uma preocupação clara de intervir e avaliar no âmbito das questões específicas da igualdade de oportunidades e do género. Todavia, essa preocupação está latente ao propor-se *“reorientar todo o sector da saúde para a obtenção de ganhos em saúde concretos para todos os cidadãos”* bem como *“tornar os serviços de saúde mais sensíveis aos direitos, necessidades e as expectativas dos cidadãos”* e na melhoria de acesso e humanização dos serviços.

63. A avaliação dos ganhos em saúde será mais precisa se houver um sistema de recolha de informação discriminante do género. A equidade estará mais garantida se as intervenções atenderem aos dados e informações relativos às especificidades dos diferentes grupos.

64. O tipo de problemas é diferente, assim como o serão as suas determinantes. Por exemplo, no sexo masculino têm particular magnitude as situações de toxicod dependência, suicídios, homicídios e acidentes de trânsito de veículo a motor. A prevenção destes problemas deveria ter em conta os factores de vulnerabilidade do sexo masculino. Nas mulheres, a prevalência de determinadas patologias exige serviços capazes de um diagnóstico precoce das mesmas, capacitando as utentes para a vigilância do seu estado de saúde ; pelo que será desejável que tais serviços se localizem o mais próximo possível das suas clientelas, isto é, na comunidade. As questões ligadas aos maus tratos deveriam merecer uma intervenção prioritária a fim de preparar os prestadores de cuidados face a este tipo de ocorrências que continuam a ter uma expressão escondida na nossa sociedade. Os encaminhamentos nesta área devem merecer especial atenção.

7. MODELOS PROPOSTOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO E MONITORIZAÇÃO DA IOS

7.1. Estrutura de Gestão e Acompanhamento

65. O gabinete de Gestão da IOS deverá garantir a supervisão sobre as Medidas 1.1., 1.2. e 1.3. (Assistência Técnica) e sobre o Subprograma 3 (Regime de Incentivos). A Direcção Geral da Saúde (DGS) assegurará a supervisão sobre a execução da Medida 2.1. (Rede de Referenciação Hospitalar), o Instituto de Gestão Informática e Financeira (IGIF) será responsável pela Medida 2.2. (Tecnologias de Informação e Comunicação), o Instituto da Qualidade da Saúde (IQS) pela Medida 2.3. (Certificação e Garantia da Qualidade), excluindo os projectos ligados às infra-estruturas de formação e, finalmente, o Gabinete de Desenvolvimento da Formação (GDF) será responsável pela gestão da Medida 2.4. e pelos projectos de infra-estruturas centrais de formação. Para efeitos de funcionamento do modelo atrás descrito, os organismos envolvidos constituirão estruturas próprias - Equipas de Projecto - às quais serão atribuídos os meios necessários às tarefas que lhe forem cometidas, sendo dirigidas por um Subdirector-Geral. As diversas Equipas de Projecto estarão na dependência funcional do Gestor do Programa, funcionando como extensões do Gabinete de Gestão.

66. Esta solução de desconcentração de responsabilidades, sem afectar a responsabilidade última do Gestor da IOS, apresenta três vantagens: as entidades envolvidas detêm capacidades técnicas específicas nos domínios das diversas informações; permitirá ao Gabinete de Gestão da IOS manter-se como estrutura relativamente flexível e ligeira; poderá potenciar o aparecimento de equipas de projecto no interior dos organismos envolvidos, dando lugar a mudanças organizacionais e ao desenvolvimento de competências com impacte na qualidade do funcionamento dessas entidades.

67. O modelo proposto apresenta, igualmente, desvantagens e riscos: podem verificar-se situações em que os beneficiários finais são, directamente, os organismos responsáveis pela gestão das Medidas ou Projectos sem garantia de separação entre a decisão e o

controlo, por um lado, e os benefícios decorrentes desses financiamentos, por outro; desconhece-se se existe, em todos os organismos propostos, capacidade para assegurar, de forma adequada, as funções cuja desconcentração se propõe, designadamente no que respeita aos aspectos formais e burocráticos que devem ser garantidos; alguns dos organismos propostos são estruturas de missão, de natureza temporária, o que não garante a persistência temporal da entidade gestora; finalmente, o modelo proposto pode potenciar conflitualidade entre os organismos responsáveis e o Gabinete de Gestão da IOS, por razões de dupla dependência. No entanto, não parece haver nenhuma alternativa que garanta a exequibilidade da IOS melhor do que a proposta desconcentração. Por isso se recomenda que sejam adoptadas as medidas que permitam fazer a profilaxia do seu insucesso.

68. Não existindo, ainda, definição sobre o modelo a adoptar para o III QCA, recomenda-se que devam manter-se os níveis de controlo e fiscalização em cascata e de âmbito interno e externo à Administração existentes no II QCA, sendo, todavia, desejável induzir uma maior simplificação processual e uma mais célere operacionalização de tais actividades. Nesse sentido, manifesta-se acordo de princípio com a proposta de que o controlo de 1º nível (realizado aos beneficiários dos financiamentos) deva ser adjudicado a uma ou mais entidades externas tecnicamente especializadas em auditoria.

7.2. Gestão Financeira da IOS

69. Na IOS 1994-1999, existiam duas entidades pagadoras - DAFSE para os pagamentos FSE e Direcção Geral do Tesouro (DGT) para os pagamentos FEDER - as quais pagavam, directamente aos beneficiários finais, perante ordens de pagamento emitidas pelo Gestor. As hipóteses de alteração desta situação, geradora de evitáveis dificuldades práticas, passam pela concentração dos pagamentos numa única entidade, podendo tal entidade ser uma das actuais pagadoras (e só se antecipa que possa ser a DGT).

70. Actualmente, o Gabinete de Gestão da IOS está dependente, em termos orçamentais e de apoio logístico, da Direcção Geral da Saúde, entidade sem autonomia financeira o que provoca, naturalmente, dificuldades no acesso e utilização, pelo Gabinete de Gestão da IOS, das verbas da Assistência Técnica. A transferência das actividades de apoio logístico e financeiro para outro organismo do Ministério da Saúde com autonomia financeira constitui a solução mais expedita e económica, sendo que tal organismo deverá ser o Instituto de Gestão Informática e Financeira (IGIF), pela evidente correspondência de tais actividades com as que já hoje desenvolve.

8. QUANTIFICAÇÃO DE OBJECTIVOS

71. Os objectivos da IOS 2000-2006 são:

- Obter ganhos em saúde;
- Assegurar a todos os cidadãos o acesso a cuidados de saúde de qualidade.

8.1. Ganhos em Saúde - Indicadores e Metas

72. Os indicadores propostos são:

- Taxa de mortalidade < 15 anos, por sexo;
- Taxa de mortalidade entre os 15 e os 59 anos, por sexo;
- Taxa de mortalidade entre os 60 e os 69 anos, por sexo.

73. Todos os indicadores propostos reúnem aos atributos de validade, viabilidade, fiabilidade, carácter discriminante, custo-efectividade e sensibilidade. No entanto, dado que as taxas de mortalidade são influenciadas por um número considerável de factores, não será possível discriminar a componente determinada pela execução das Medidas da IOS das determinadas por factores exógenos a essa intervenção (melhoria da rede rodoviária, saneamento básico, aumento do nível de instrução, crescimento do rendimento das famílias, etc.).

74. O quadro seguinte reúne informação relativa ao efeito potencial de redução da mortalidade por cada um dos problemas-alvo da IOS 2000-2006. As doenças que unem elevada mortalidade a prevalência nas idades com maiores contingentes populacionais assumem, naturalmente, maior importância actual e potencial para redução em número absoluto de mortes evitadas. Ressaltam as patologias Cardiovasculares, o Alcoolismo e Cirrose, os Acidentes de Viação e o Carcinoma da Mama feminino.

Quadro 5. Metas de Redução da Mortalidade Antes dos 70 Anos

Somatório das Reduções de Mortalidade Prematura Esperada com as Intervenções (por 100.000 Habitantes) Efectividade Média

| INTERVENÇÕES | Redução de Mortalidade | Red. Mortal. Popul. Cont. | Anos de Vida Ganhos / Ano |
|--------------------------|------------------------|---------------------------|---------------------------|
| ASMA | 0,34 | 32 | 485,7 |
| DI CORONÁRIA | 3,05 | 288 | 3752,0 |
| DÇAS CEREBRO-VASCULARES | 4,28 | 403 | 4187,0 |
| DÇAS CARD-VASC. EM GERAL | 1,67 | 158 | 1959,0 |
| CIRROSE -ALCOOLISMO | 1,29 | 122 | 2307,9 |
| INSUF. RENAL - DIABETES | 0,92 | 87 | 1236,1 |
| ACIDENTES VIAÇÃO | 2,03 | 191 | 7390,1 |
| CARCIN. MAMA | 1,45 | 137 | 1652,8 |
| CARCIN. COLO ÚTERO | 0,52 | 49 | 435,5 |
| CARCIN. COLÓN E RECTO | 0,32 | 30 | 383,4 |
| CARCIN. PRÓSTATA | 0,63 | 59 | 455,0 |
| CUID. ITENS. NEO-NATAIS | 0,00007 | 0,007 | 0,5 |
| TOTAL | 16,51 | 1555 | 24245 |

75. No que respeita à mortalidade em idades inferiores a 15 anos, como acontece noutros países com semelhante grau de desenvolvimento sócio-económico e transição demográfica, a mortalidade neste intervalo de idade é relativamente reduzida. Deve, no entanto, monitorizar-se a evolução das diferenças regionais actualmente existentes, particularmente

no que se refere às elevadas taxas de mortalidade neonatal e perinatal das Subregiões de Saúde de Bragança e Viana do Castelo. O potencial impacte das intervenções previstas na IOS 2000-2006 não é negligenciável, considerando que integram intervenções ao nível pré-natal e neonatal. Cerca de 65% da mortalidade perinatal e neonatal é devida a prematuridade ou dificuldade respiratória do recém-nascido, representando aproximadamente 22,3% de toda a mortalidade no grupo etário com idade inferior aos 15 anos.

76. O facto da mortalidade no grupo com menos de 1 ano de idade ser justificada por razões muito específicas associadas aos cuidados pré e pós-natais, enquanto a partir do 1º ano de vida serem os acidentes de viação e domésticos as principais causas de morte até aos 14 anos, justifica que se desagreguem as mortalidades, acompanhando-se a evolução das respectivas taxas em crianças com menos de 1 ano e nas crianças com idades entre 1 e 14 anos.

77. Na Mortalidade entre os 15 e os 59 anos de idade, importa conhecer e acompanhar diferenças entre os géneros mas, considerando que o potencial impacte de redução da mortalidade é maior a partir dos 45 anos de idade, será recomendável acompanhar autonomamente a mortalidade do grupo 45-59 anos.

8.2. Acesso aos Cuidados de Saúde - Indicadores e Metas

78. Os indicadores propostos são:

- Relação entre as urgências hospitalares e consultas externas;
- Número de consultas dos Centros de Saúde em relação às dos hospitais;
- Número de primeiras consultas em relação ao total de consultas.

79. Estes indicadores reúnem os atributos essenciais (validade, viabilidade, fiabilidade, carácter discriminante, custo-efectividade e sensibilidade) para a sua utilização. É necessário, no entanto, que o Ministério da Saúde produza regras de normalização da recolha e tratamento de dados estatísticos, bem como garanta mecanismos de controlo e avaliação da qualidade e fiabilidade da informação produzida a nível institucional, de forma a eliminar as anomalias e erros detectados nos documentos produzidos pelo próprio Ministério (cfr. Anexo sobre Eficiência Hospitalar).

80. A IOS 2000-2006 prevê investimentos na capacitação dos Centros de Saúde (Componente Desconcentrada Regionalmente), no desenvolvimento da rede de referência hospitalar, em intervenções estratégicas de saúde pública com compromisso de especialidades hospitalares em programas de rastreio e controlo e no desenvolvimento de sistemas de informação, potenciando impactes positivos nos indicadores propostos, os quais permitem avaliar a evolução da orientação de doentes na utilização do sistema (relação entre as urgências hospitalares e as consultas externas), a integração da actividade dos diversos serviços de saúde (número de consultas dos Centros de Saúde em relação às dos hospitais) e o acesso de novas entradas no sistema (número de primeiras consultas em relação ao total de consultas).

9. CONCLUSÕES

81. A IOS 2000-2006 apresenta, relativamente à IOS 1994-1999, um maior desenvolvimento estratégico, quer na perspectiva dos seus objectivos, centrados na obtenção de ganhos de saúde e no aumento do acesso aos serviços de saúde e sua qualidade quer na perspectiva das sinergias entre as diferentes Medidas, tendo integrado as principais recomendações da Avaliação Intercalar da IOS 1994-1999.
82. A IOS 2000-2006 prossegue, na área da saúde, os objectivos constantes do PDR, apresentando assinalável integração e consonância com o seu conteúdo.
83. Os Subprogramas e Medidas constantes da IOS 2000-2006 dirigem-se à resolução de problemas concretos com relevância no estado de saúde dos portugueses ou no funcionamento do sistema nacional de saúde.
84. Os objectivos estabelecidos para a IOS são objectivos de resultado (outcome) e não de mera realização física, o que demonstra uma preocupação com a efectividade das intervenções, em detrimento da perspectiva de mero crescimento da oferta de serviços ou cuidados de saúde. Reúnem as características necessárias a um acompanhamento efectivo dos impactes esperados. Devem, no entanto, considerar a possibilidade de análise mais fina, designadamente nos casos da mortalidade de crianças até 1 ano de idade e entre 1 e 14 anos e, na mortalidade dos adultos dos 45 aos 59 anos e dos 60-69 anos, por se considerarem grupos etários em que serão mais evidentes os impactes das intervenções integradas na IOS. No que respeita aos indicadores de acesso, deverá, igualmente, considerar a possibilidade de uma análise mais fina do aumento do acesso, designadamente nas especialidades cuja participação nas intervenções estratégicas em saúde pública é mais directa e/ou nas que apresentam maior frequência de utilização.
85. As metas estabelecidas para cada um dos objectivos são razoáveis e exequíveis.
86. O potencial de mudança das intervenções a realizar ao abrigo da IOS é substancial e enquadra-se nas estratégias nacionais do sector.
87. A calendarização da execução financeira da IOS 2000-2006 é exigente, pressupondo uma significativa capacidade de execução das entidades responsáveis respectivas.
88. As dotações financeiras dos Subprogramas e Medidas parecem genericamente adequadas à dimensão das intervenções a realizar, sendo sempre possível recorrer a transferências entre Medidas dentro do mesmo Subprograma para fazer face a eventuais desajustamentos iniciais.
89. A dimensão relativa da Componente Desconcentrada Regionalmente (31,4%) e a necessidade de garantir a sua estreita articulação com a componente nacional exige o desenvolvimento de mecanismos de troca de informações frequentes e periódicas e de homologação em cascata, de forma a garantir a homogeneidade de objectivos e de execução das duas componentes.

10. RECOMENDAÇÕES

10.1. De Âmbito Geral

90. A Assistência Técnica deve ser autonomizada do Subprograma 1, em Subprograma próprio.
91. Eventual revisão da calendarização da execução financeira, diminuindo os investimentos previstos para os dois primeiros anos e reforçando os relativos aos 4º e 5º ano.
92. Criação de instrumentos de gestão financeira (aos níveis micro/institucional e macro/ Ministério da Saúde) que permitam dotar as instituições beneficiárias com os meios necessários, em tempo útil, para a execução dos projectos, de modo a evitar e/ou reduzir atrasos de execução que ponham em causa a dotação atribuída.
93. Criação, nos regulamentos a elaborar para as Medidas, de mecanismos de competição ente os serviços candidatos ao financiamento no quadro da IOS, de forma a garantir a maior qualidade dos projectos e a consideração do custo/efectividade das intervenções. Estes mecanismos devem ser dotados de sistemas de critérios prévios de selecção que possibilitem a sua aplicação a todas as medidas, incluindo as que pressupõem alguma espécie de planeamento, como é o caso da “Rede de Referenciação Hospitalar”.
94. Estabelecimento, ao nível dos regulamentos das Medidas, de mecanismos que garantam ganhos de eficiência nos serviços abrangidos pelo financiamento IOS. Pode tratar-se de um sistema de contrapartidas que faça depender o financiamento da prévia obtenção ou garantia de níveis de eficiência ou produtividade predeterminadas, do compromisso de não proceder a aumentos do número de efectivos, etc.
95. Alargamento das experiências já avaliadas de gestão privada de serviços públicos de saúde, bem assim como a adopção de novas e criativas modalidades de parceria e associação com o sector privado ou profissionais organizados no que se refere à programação, financiamento, exploração e gestão de novos equipamentos públicos (hospitais, cuidados primários, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, serviços de logística, etc.).
96. Adopção de medidas ao nível da gestão dos recursos humanos do SNS que visem aumentar a produtividade e flexibilidade da utilização do factor pessoal do sistema.
97. Constituição, no Programa Operacional dependente do Ministério do Trabalho e da Solidariedade (MTS), de uma Medida autónoma para o sector da Saúde, dotado com verbas adequadas e destinado a suportar as acções de formação contínua no sector, a ser gerida pelo Ministério da Saúde, mediante celebração de contrato-programa e com dotação financeira semelhante à atribuída, para formação contínua, no QCA2.

98. Ou, em alternativa, criação de um sistema simples, desburocratizado e expedito de obtenção dos financiamentos para formação contínua no sector da saúde. O modelo pode replicar o utilizado na IOS 1994-1999, com todos os projectos neste âmbito a serem centralizados e avaliados pelo Gabinete de Gestão da IOS, os quais os propria para financiamento pelo MTS.
99. Criação de um regulamento de integração da IOS e da Componente Desconcentrada Regionalmente, que garanta a articulação entre as componentes nacional e regional e assegure o respeito pelos princípios e objectivos do PDR. Designadamente, devem ser contemplados mecanismos de troca de informações frequentes e periódicas e de homologação superior de projectos acima de determinada expressão financeira ou que determinem aumento dos custos de exploração do SNS.
100. Criação, na estrutura da IOS, de uma função de acompanhamento da execução da componente regional.

10.2. No Âmbito do Subprograma 1

101. Aprofundamento do conjunto de acções a incluir nas intervenções de Informação, Educação e Comunicação.
102. Esclarecimentos da inserção dos Centros e Laboratórios Regionais de Saúde Pública na malha hierárquica e funcional de serviços já existentes, a fim de não comprometer os meios de reacção rápida e ameaças da saúde pública.
103. Desenvolvimento das medidas e modelos de articulação entre Cuidados Primários e Hospitalares no que respeita à execução de acções de prevenção secundária e de combate a doenças incluídas nas “Áreas Estratégicas”.
104. Determinação da capacidade curativa, paliativa ou de reabilitação funcional instalada nos hospitais para fazer face ao previsível aumento de procura que será determinado pelo rastreio de complicações de certas patologias e sua adaptação às necessidades adicionais determinadas pelo Subprograma.
105. Definição de um quadro de referências que presida às relações de complementaridade entre a saúde e outros sectores, como é o caso dos serviços prisionais.
106. Eventual inclusão, na IOS, de um projecto estruturante relativo à “Drenagem, Tratamento e Destino Final das Águas Residuais” dos serviços de saúde. Em alternativa, deve a IOS articular com o Programa Operacional do Ambiente, no sentido de garantir a execução de projectos nesta área.
107. O número de instalações de incineração a adaptar ou construir de raiz deve ser, no mínimo de duas.
108. Parece existir subdotação financeira no projecto “Gestão dos Resíduos Hospitalares”, pelo que é aconselhável uma revisão, em alta, da dotação respectiva.

10.3. No Âmbito do Subprograma 2

109. Criação de normativos de referenciação hospitalar, de regras de normalização do transporte de doentes e dos modelos de financiamento aplicáveis a doentes transferidos dentro da rede de referenciação.
110. Criação de instrumentos que permitam deslocalizar os recursos humanos concentrados nas grandes cidades, de forma a permitir a dotação da rede de referenciação hospitalar com os meios humanos necessários ao seu funcionamento.
111. Consideração, dentro de limites aceitáveis e de acordo com os recursos existentes, da liberdade de escolha e de circulação dos doentes.
112. Consideração das capacidades instaladas e subutilizadas (públicas e privadas), designadamente no que respeita aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica.
113. Criação, ao nível dos regulamentos próprios, de condições de igualdade de acesso aos financiamentos para os sectores público, social e privado no que diz respeito aos programas de formação de apoio a projectos de modernização da saúde e de formação contínua.

10.4. No âmbito do Subprograma 3

114. O regime de incentivos deve, na sua regulamentação, claramente definir normas de discriminação positiva relativamente aos projectos que integram profissionais não vinculados ao Estado ou que dele se desvinculem para dirigir ou apoiar pequenas empresas ou instituições de saúde, IPSS ou Mutualidades.
115. Devem privilegiar-se os projectos de natureza empresarial ou voluntária, designadamente os que visem o estabelecimento de redes de apoio vicinal, a exemplo do que já se verifica em alguns países da UE.
116. Deve ser preparado um plano de desafecção eventual de pequenas instalações de prestação de cuidados de saúde, hoje integradas no SNS e que podem vir a ser devolvidas aos seus anteriores proprietários (IPSS), por efeito da execução desta medida.

10.5. No Âmbito da Estrutura de Gestão da IOS

117. Desconcentração, em termos a regulamentar de forma precisa, de algumas funções do Gabinete de Gestão da IOS para organismos do Ministério da Saúde, nos termos do documento sobre a matéria.
118. Simplificação e aumento da eficiência e efectividade dos órgãos de acompanhamento, através da revisão da sua constituição e modelo de funcionamento.
119. Criação de mecanismos informais de articulação com os Ministérios da Educação, da Justiça, da Ciência e Tecnologia, do Ambiente e, essencialmente, com o do Trabalho e da Solidariedade, com cujos Programas Operacionais existem pontos de contacto e complementaridade evidentes.

120. Maior recurso a entidades contratualizadas para realização de funções de avaliação e controlo de 1º nível.
121. Concentração dos pagamentos (FSE e FEDER) num único organismo - Direcção Geral do Tesouro.
122. O apoio logístico e financeiro ao Gabinete de Gestão da IOS deve ser transferido para o Instituto de Gestão Informática e Financeira do Ministério da Saúde.

ANEXO**REGIME DE AUXÍLIOS**

Respeito pelas regras comunitárias em matéria de concorrência no domínio dos auxílios de estado

Programa Operacional Saúde

| Referência da Medida (cod. e designação) | Título do Regime de auxílios ou do auxílio (1) | Número do regime de auxílio (2) | Referência da carta de aprovação (2) | Duração de Regime (2) |
|--|--|---|--------------------------------------|-----------------------|
| Medida 3.1 - Criação e Adaptação de Unidades de Prestação de Cuidados de Saúde | Regime de incentivos a unidades prestadoras de cuidados de saúde | Não notificável (Regime <i>de minimis</i>) | | 2000-2006 |

(1) No caso de não estar acordada nenhuma medida deve ser incluído o seguinte texto:

“Nenhum auxílio de estado, no sentido do artigo 87.1 do tratado, foi acordado para esta Medida”.

No caso de auxílio da medida respeitar as condições de *de minimis* ou posta em prática na sequência de um regulamento isento por categorias, deverá ser incluído um dos textos seguintes:

“Os auxílios de estado concedidos por esta Medida serão compatíveis com a regra de *de minimis*”.

ou

“Os auxílios de estado concedidos por esta medida serão acordadas na sequência de um regulamento de isenção, como definido pela Comissão na aplicação do regulamento (CE) do Conselho nº 994/98 de 7/05/1998, relativo aos artigos 87 e 88 do Tratado de certas categorias de auxílio horizontais, (JO L 142 de 14.05.1998)”.

(2) No caso onde o regime de auxílios já foi notificado, o número do auxílio de estado será indicado; no caso em que o regime foi aprovado, deve ser indicada a referência à carta de aprovação e a duração do regime.

