

# **3º Quadro Comunitário de Apoio 2000-2006**

**PROGRAMA OPERACIONAL SAÚDE  
- SAÚDE XXI -**

**Complemento de Programação**

**Setembro 2000**

## COMPLEMENTO DE PROGRAMAÇÃO

1. Introdução .....	5
2. Análise Sucinta do Sector da Saúde .....	6
2.1 Diagnóstico da Situação de Saúde dos Portugueses.....	6
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.....	14
3. Objectivos Estratégicos do Programa .....	16
4. Eixos Prioritários, Indicadores e Metas do Programa .....	19
4.1 Eixos Prioritários .....	19
4.2 Medidas (Estrutura do Programa) .....	21
4.3 Indicadores e Metas .....	22
5. Fichas por Medida .....	25
Medida 1.1 - Informação, Promoção e Defesa da Saúde Pública .....	27
Medida 1.2 - Áreas de Actuação Estratégica.....	33
Medida 1.3 - Assistência Técnica.....	38
Medida 2.1 - Rede de Referenciação Hospitalar .....	44
Medida 2.2 - Tecnologias de Informação e Comunicação.....	49
Medida 2.3 - Certificação e Garantia da Qualidade .....	54
Medida 2.4 - Formação de Apoio a Projectos de Modernização da Saúde .....	60
Medida 3.1 - Criação e Adaptação de Unidades de Prestação de Cuidados de Saúde.....	66
6. Parcerias .....	73
7. Plano de Financiamento .....	74
8. Indicadores para Atribuição da Reserva de Eficiência .....	83
9. Avaliação do Programa .....	86
9.1 Análise Crítica das Medidas .....	86
9.2 Análise <i>SWOT</i> do Programa.....	92

9.3	Análise da Coerência entre os Objectivos dos Eixos Prioritários e das Medidas .....	93
9.4	Análise da Coerência e Pertinência das Medidas do Programa .....	96
10.	Gestão, Acompanhamento, Controlo e Avaliação do Programa .....	100
10.1	Gestão .....	101
10.2	Acompanhamento .....	105
10.3	Gabinete de Gestão (Estrutura de Apoio Técnico) .....	107
10.4	Avaliação .....	107
10.5	Controlo Financeiro .....	109
11.	Sistema de Informação .....	112
12.	Informação e Divulgação (Plano de Comunicação) .....	114
12.1	Objectivos e Públicos-Alvo .....	114
12.2	Conteúdo e Estratégia das Acções de Informação e Publicidade.....	115
12.2.1	Fase de Lançamento .....	115
12.2.2	Fase de Execução .....	118
12.3	Avaliação do Plano de Comunicação.....	118
12.4	Dotação Orçamental .....	119
12.5	Entidade Responsável pela Implementação do Plano de Comunicação .....	119
13.	Igualdade de Oportunidades .....	121
13.1	A Igualdade de Oportunidades Entre Homens e Mulheres.....	121
13.2	A Igualdade de Oportunidades para Grupos Sociais Desfavorecidos .....	124
<b>Anexos</b>		
Anexo 1	- Regime de Auxílios .....	127
Anexo 2	- Regime de Protecção da Rede Natura .....	128
	Resolução do Conselho de Ministros n.º 76/2000 .....	

## 1. INTRODUÇÃO

O Programa Operacional Saúde (Saúde XXI) está concebido como um dos suportes do 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 obter ganhos em saúde e melhorar o acesso a serviços de qualidade.

No Saúde XXI foram integradas as principais recomendações produzidas na avaliação intercalar do Sub-Programa Saúde 1994-1999, reforçando uma perspectiva de desenvolvimento estratégico, coincidente com a política definida para o sector.

A arquitectura desta intervenção operacional do 3º Quadro Comunitário de Apoio procura responder a necessidades efectivamente existentes e dar resposta a 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, na área da Saúde, dos sectores social e privado, em domínios carenciados.

O Saúde XXI 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 Saúde XXI teve-se em conta não só a possibilidade de articulação com a intervenção desconcentrada da Saúde incluída nos 5 programas regionais do Continente como, também, com algumas medidas e acções previstas noutros programas, que abrem perspectivas de interface com este sector, com particular destaque para a formação dos seus profissionais.

## **2. ANÁLISE SUCINTA DO SECTOR DA SAÚDE**

### **2.1 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE 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 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 100000 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 toxicodependência e as doenças sexualmente transmissíveis (DST), nomeadamente a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (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, sendo de 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, o que torna indispensável a reorganização da rede destes serviços;

- Tratamento deficiente dos resíduos hospitalares, com consequências negativas no meio ambiente, do que resulta a necessidade de implementação de um plano nacional de gestão destes resíduos;
- Insuficiente e incompleta resposta dos 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 lacunas, duplicações, omissões e ineficiências diversas;
- Deficiente articulação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados, bem como entre os prestadores públicos, os privados e os do sector social;
- 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, o que implica a 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 e 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 da crescente preocupação manifestada neste domínio pelos gestores e profissionais do sistema, importando corrigi-las através da instituição de programas sistemáticos de avaliação, monitorização e melhoria contínua da qualidade organizacional.

## 2.3 RECURSOS DISPONÍVEIS

A cobertura do País no que se refere à distribuição das infra-estruturas e 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 actuais condições físicas dos hospitais, considerando a antiguidade de construção, o estado de conservação e a tecnologia associada, permitem constatar 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, afastando o País 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 face às necessidades.

Os profissionais de saúde concentram-se nos hospitais, que reúnem 63,8% do total dos recursos humanos, dispoindo 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 (SPTT) registou, entre 1990 e 1996, um aumento significativo, quer em número de serviços, quer de camas, o que, conjuntamente com os serviços de saúde mental, contribuiu para um acréscimo da capacidade de resposta nesta área.

Em termos de eficiência hospitalar, há a assinalar a redução na demora média de internamento (7,9 dias 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 verifica-se também 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, 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;
- os sectores social e 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 têm uma expressão bastante reduzida, tendo atingido, em 1996, apenas 2% do total das despesas privadas da saúde.

Actualmente o SNS é 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 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 milhares de euros/ano aproximadamente).

Todavia, 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 quanto à utilização de grande parte dos instrumentos ao alcance de uma gestão moderna. Encontram-se, assim, disfunções preocupantes que constituem outros tantos desafios de mudança estrutural para o período 2000-2006.

Na perspectiva desta desejada 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.

Sob o ponto de vista da gestão e da afectação dos recursos disponíveis, 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 por hospitais e grupos de centros de saúde de determinada área geográfica, constituindo-se como dispositivos que reforçam a articulação e integração desses serviços. Envolvem, também, as entidades privadas e do sector social que tenham relação com a Saúde, com vista à partilha e maior racionalidade na afectação de meios.

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

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 das verbas programadas não permite ao Programa Operacional Saúde dar resposta à totalidade das situações existentes. Por outro lado, a solução para muitos dos problemas e ameaças apresentados reside em reformas estruturais, que transcendem as questões

financeiras. Torna-se, no entanto, conveniente identificar alguns dos pontos para os quais o Programa Operacional Saúde pode dar contributos significativos: reforçando e aprofundando algumas das forças identificadas; aligeirando algumas das fraquezas; criando condições e facilitando o aproveitamento atempado e adequado de algumas oportunidades; e, ainda, atenuando ou contribuindo para contrariar algumas das possíveis ameaças.

Assim, destacam-se como exemplos:

- a) Melhoria das condições de funcionamento e humanização da rede de instalações já existente;
- b) Aperfeiçoamento 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 e descoordenados (que originam ineficiências e bloqueios de acesso), de modo a ordenar as relações de cooperação e complementaridade, permitindo-lhes, assim, atingir massa crítica em termos do todo organizacional (redes de referência hospitalar);
- e) Estímulo à multiplicação de diversos tipos de experiências inovadoras, algumas delas já iniciadas;
- f) Remoção de barreiras ao acesso a cuidados de saúde, nomeadamente por deficiências de instalações e equipamentos e de défices ao nível da organização, gestão e informação da oferta de cuidados, o que leva a uma baixa utilização das 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 à construção e alargamento de respostas, tanto no sector público, como nos sectores social e privado (com regime de incentivos), para necessidades emergentes de cuidados de saúde, como é o caso dos cuidados continuados, entre outros;
- i) Desenvolvimento de práticas de qualidade na saúde;
- j) Estímulo à constituição de parcerias e a uma crescente participação dos cidadãos e das comunidades na procura de respostas para os problemas do sistema.



### **3. OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS DO PROGRAMA**

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

O Saúde XXI, ainda que constitua um instrumento essencial da política a executar 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 presente Programa insere-se num plano mais vasto de reforma e foi delineada numa perspectiva de maximização da mais-valia do contributo financeiro comunitário. Pretendeu-se, assim, que os resultados a obter pelo Saúde XXI não se limitassem às acções por ele financiadas, mas tivessem, igualmente, um efeito de indução de novas práticas, comportamentos e atitudes no sistema de prestação de cuidados de saúde em Portugal.

A selecção dos domínios 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 eficácia, 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, a necessidade 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 de produtividade do sistema que não deixarão de ter impacte positivo no seu funcionamento e no grau de satisfação dos cidadãos. O apoio a unidades privadas deverá permitir, por outro lado, a redução do esforço orçamental do Estado, ao mesmo tempo que criará novas pequenas 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 a que o Programa venha a contribuir 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 terá fundamentalmente a sua origem no 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 de 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 do 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 Programa 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 comunicação, equipamentos, "software", consultoria e assistência técnica;
- Assistência técnica pós-venda e vigilância de equipamentos e tecnologia médica;
- Consultoria de gestão, qualidade, avaliação de projectos e auditoria financeira;
- 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 Saúde XXI um efeito dinamizador da oferta de emprego nas áreas atrás exemplificadas, para corresponder às necessidades resultantes da execução e continuidade das diversas medidas e projectos, traduzido num possível reforço de aproximadamente 2000 postos de trabalho, distribuídos por diversos sectores e ramos de actividade.

De sublinhar 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 DO PROGRAMA**

### **4.1 EIXOS PRIORITÁRIOS**

Conforme já se referiu anteriormente, 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 enquadra a preocupação 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 nesta intervenção operacional.

Estas finalidades ficaram consagradas nos indicadores constantes do 3º Quadro Comunitário de Apoio e que aqui se reproduzem:

	Indicadores	Situação de Partida <sup>a)</sup>			Metas 2006		
		H	M	H/M	H	M	H/M
Obter ganhos em saúde	Esperança de vida	71,72	78,9	75,32	73,2	80,17	76,72
	Anos de vida potencial perdidos <sup>b)</sup>	378 708	169 831	548 539	359 000	155 000	514 000
Assegurar aos cidadãos o acesso a cuidados de saúde de qualidade	Despesa pública na Saúde (funcionamento e investimento) em % do PIB <sup>c)</sup>	5,6%			6,4%		
	Número de consultas por hab./ano	3,4			4,2		

a) A situação de partida refere-se ao ano de 1998, excepto a da despesa pública na Saúde que é a de 2000

b) Anos de vida potencial perdidos são os anos de vida perdidos até aos 70 anos (Elementos Estatísticos. Saúde/1997, DGS)

c) A despesa é referenciada ao universo Serviço Nacional de Saúde.

LEGENDA:

**H** - Homens

**M** - Mulheres

**H/M** - Homens/Mulheres

Na elaboração deste Programa privilegiou-se:

- **a promoção, protecção e segurança em saúde**, através do desenvolvimento da informação e comunicação de dados sobre o estado de saúde, 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 dirigentes da saúde e da utilização das novas 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 assenta em 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 infra-estruturas 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;
- Reforçar a utilização das novas tecnologias de informação e comunicação no Serviço Nacional de Saúde;
- Melhorar a prestação de cuidados de saúde, através da introdução de sistemas e práticas de qualidade, da preparação técnica dos recursos humanos para as novas tarefas e do desenvolvimento profissional dos dirigentes.

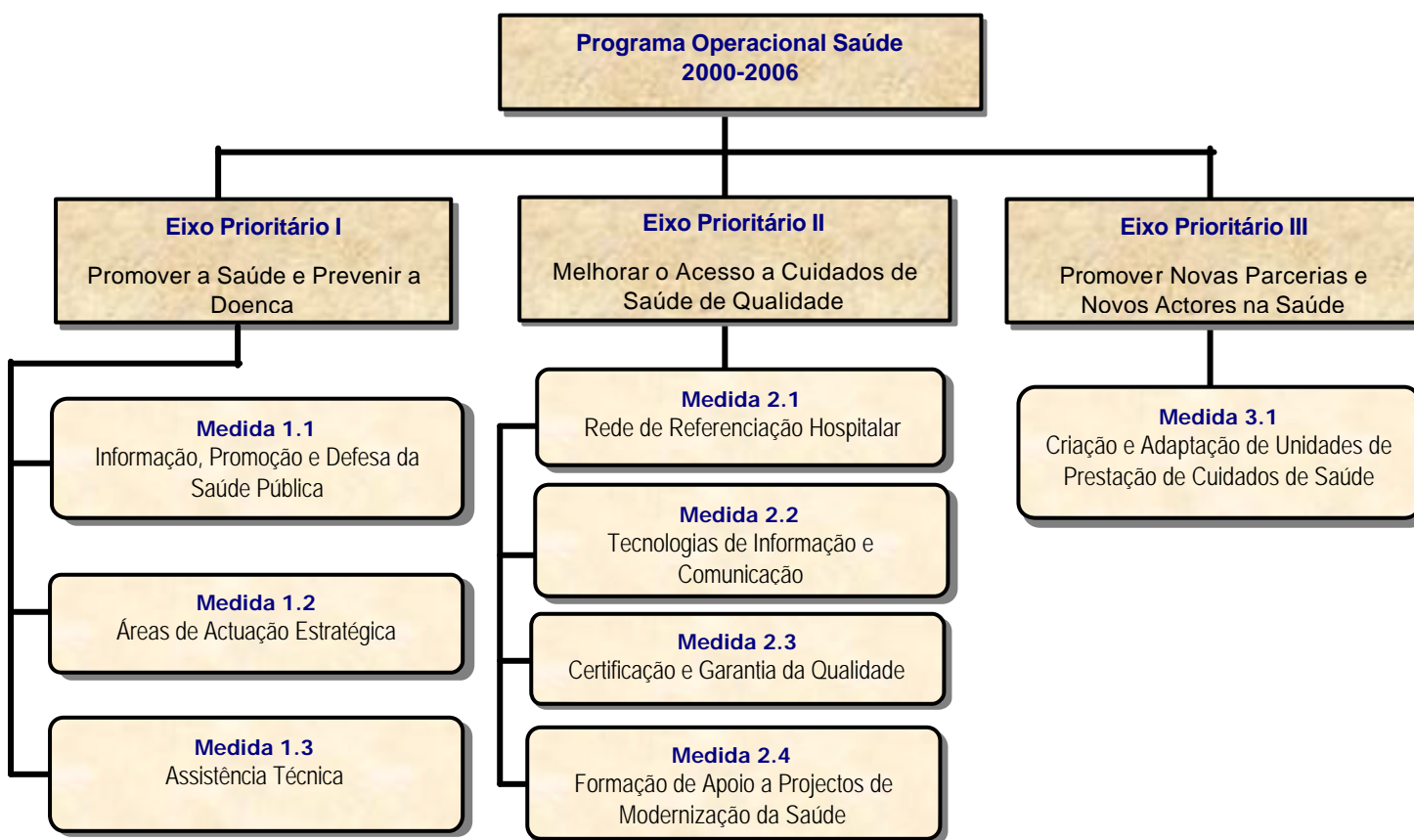
### Eixo Prioritário III - Promover Novas Parcerias e Novos Actores na Saúde

Este Eixo Prioritário visa especificamente:

- Incrementar e reforçar 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.

## 4.2 MEDIDAS (ESTRUTURA DO PROGRAMA)

O Programa Operacional Saúde desenvolve-se por 8 medidas, distribuídas pelos 3 Eixos Prioritários, como se pode observar no seguinte diagrama:



### 4.3 INDICADORES E METAS

Os indicadores seleccionados reflectem aspectos ou áreas relevantes do estado de saúde dos cidadãos merecedores de uma atenção especial. Naturalmente, que não se pretende, nem isso seria possível no contexto deste Programa, cobrir toda a complexidade das questões da saúde; antes se procura estabelecer metas que correspondam simultaneamente a resultados e efeitos da aplicação do Saúde XXI a áreas de actuação estratégica para a política de saúde.

Assim, dá-se particular relevância 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, privilegia-se a educação nas áreas da sexualidade e reprodução, dirigida aos adolescentes e às 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 impacte ambiental dos resíduos sólidos hospitalares e a necessidade de lhes dar um tratamento adequado constitui igualmente uma preocupação manifesta do Saúde XXI.

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 respeitantes a esta área de intervenção.

O esperado reforço das parcerias entre o SNS e os sectores social e privado medir-se-á, no quadro do Saúde XXI, 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 e alguns estudos disponíveis.

Assim, por se entenderem como os mais significativos, foram escolhidos 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 100000 hab.
  - Taxa de mortalidade por enfarto agudo do miocárdio no grupo etário dos 45-64 anos, por 100000 hab.
  - Incidência de tuberculose, por 100000 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 no âmbito do Saúde XXI
    - Número de acções de formação realizadas no âmbito do Saúde XXI.
- **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	
<b>I</b>	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%	
<b>II</b>	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		
<b>III</b>	1. Número de estruturas apoiadas pelo Regime de Incentivos	---	200	

\* Valor estimado entre 70 e 75% em 1999 (fonte DGS)

\*\* Transferência de dados

\*\*\* Internet, correio electrónico, transmissão de voz

As fontes e datas de referência dos indicadores constantes do Quadro são as seguintes:

(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) IGIIF, 1999; (13) IOS, 1999; (14) IOS, 1999



## **5. FICHAS POR MEDIDA**

**Eixo Prioritário I**  
**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

## 1. Designação da Medida

<b>Medida 1.1</b>	<b>Informação, Promoção e Defesa da Saúde Pública</b>
-------------------	---

## 2. Descrição da Medida

Esta Medida centra-se no desenvolvimento de acções que contribuam para a melhoria dos sistemas de informação sobre os estados de saúde da população portuguesa, o fomento da promoção da saúde, a prevenção da doença e, ainda, o fortalecimento da defesa da saúde pública.

No âmbito destas diferentes áreas, estão previstas intervenções de natureza bastante diversa, sendo de destacar as seguintes:

- Realização de análises e estudos epidemiológicos que possibilitem o conhecimento de novos dados e indicadores sobre os estados de saúde e de doença da população e dos seus determinantes;
- Aperfeiçoamento do sistema de informação de saúde, no sentido da sua articulação com os sistemas análogos dos países da União Europeia, por forma a permitir a aferição e comparação dos referidos estados de saúde dos portugueses e dos respectivos determinantes, no contexto da UE;
- Desenvolvimento de acções em áreas críticas de prevenção e promoção da saúde orientadas fundamentalmente para determinadas doenças (SIDA, tuberculose e as resultantes do consumo do tabaco e do álcool);
- Incremento de acções de intervenção comunitária de promoção da saúde e de prestação de cuidados dirigidas a populações em situação de exclusão social, com vista a melhorar os seus estados de saúde;
- Realização de projectos no âmbito da saúde da mulher, destinados especialmente a populações em situação de risco, nomeadamente a residente em meio prisional, visando o enriquecimento da informação sobre a saúde reprodutiva e o fomento da procura de cuidados nesta área;
- Criação de centros de desenvolvimento com capacidade de avaliação diagnóstica de necessidades especiais de saúde de crianças e jovens, por forma a assegurar a continuidade de cuidados e o seu encaminhamento;
- Lançamento de projectos de promoção da dádiva do sangue, incluindo os estudos que permitam caracterizar as especificidades das populações dadoras;

- Desenvolvimento de estudos de avaliação dos programas nacionais de vacinação, tendo em conta as alterações do padrão epidemiológico das doenças e a necessidade de os harmonizar com os programas europeus neste domínio;
- Implementação de sistemas de informação na área do medicamento no sentido de acompanhar o seu consumo, monitorizar os seus efeitos adversos e possibilitar dados actualizados aos utentes e agentes económicos;
- Reorganização da rede de Serviços de Saúde Pública, compreendendo a instalação de centros regionais de saúde pública, a fim de analisar os fenómenos da saúde e da doença, de definir estratégias nesta área e de reforçar as funções de planeamento em saúde;
- Readequação e qualificação de laboratórios de saúde pública, consolidando a sua capacidade para cumprir os imperativos legais nacionais e comunitários em matéria de qualidade da água e do ar e da vigilância de outros factores ambientais;
- Criação de um sistema de vigilância eficaz que permita a detecção precoce de situações de emergência em saúde pública e a actuação coordenada e atempada sobre as mesmas, quer no que se refere às doenças transmissíveis, quer nas áreas da farmacovigilância, da hemovigilância e da imunohemovigilância;
- Desenvolvimento de um conhecimento sistemático acerca da qualidade e segurança de bens e serviços existentes no mercado, com vista a garantir e a salvaguardar a saúde dos seus utilizadores e permitir a tomada de decisões e a informação ao público, particularmente na perspectiva de promover a interiorização de hábitos e padrões de consumo ambientalmente adequados;
- Requalificação de unidades de incineração, de acordo com o Plano Estratégico dos Resíduos Sólidos Hospitalares, para o tratamento do volume total dos resíduos produzidos do grupo IV, bem como a construção de entrepostos de colecta e de armazenamento equipados com sistema de refrigeração, com capacidade e qualidade para este tipo de resíduos, e a instalação de ecopontos nas unidades hospitalares para recolha selectiva de lixos.

A atribuição dos financiamentos tem por base um regime de candidaturas, em que só os melhores projectos são seleccionadas, face ao orçamento disponível.

A taxa de co-financiamento pode ir até 75% das despesas públicas elegíveis.

### 3. Objectivos Gerais

São objectivos desta Medida:

- Incrementar os processos de produção de informação e de monitorização sobre o estado de saúde da população portuguesa;
- Desenvolver programas de promoção e prevenção orientados para situações específicas, para a segurança de bens e serviços disponíveis no mercado e para 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 dos riscos ambientais;
- Capacitar o Serviço Nacional de Saúde para uma adequada gestão dos resíduos sólidos produzidos, diminuindo os impactes da tecnologia existente sobre a saúde pública e o ambiente.

#### **4. Tipologia dos Projectos**

As intervenções a financiar por esta Medida são fundamentalmente:

- Implementação e desenvolvimento de sistemas de informação (aquisição de equipamento e aplicações informáticas)
- Criação de bases de dados no domínio da segurança do consumidor
- Realização de estudos e ensaios
- Criação e desenvolvimento de centros de rastreio e de prestação de cuidados (adaptação, remodelação e equipamento)
- Instalação de unidades móveis de rastreio e de prestação de cuidados
- Lançamento de campanhas de informação e/ou sensibilização
- Produção de material de promoção e divulgação
- Instalação de cinco centros regionais de saúde pública (construção, remodelação e equipamento)
- Construção e adaptação de laboratórios e aquisição do respectivo equipamento
- Requalificação de unidades de incineração de resíduos hospitalares/tratamento térmico
- Construção de entrepostos de recolha e de armazenamento equipados com sistemas de refrigeração
- Instalação de ecopontos nas unidades do Serviço Nacional de Saúde.

#### **5. Condições Gerais de Acesso e Critérios de Selecção**

São susceptíveis de apoio através desta Medida os projectos que:

- a) se enquadrem nos objectivos do Programa e se integrem nos da presente Medida;

- b) disponham de projecto técnico de engenharia/arquitetura, quando aplicável, aprovado nos termos legais;
- c) apresentem estudo de viabilidade técnica, económica e financeira adequada à sua dimensão e complexidade, sempre que se justifique;
- d) comprovem possuir financiamento assegurado do montante correspondente à contrapartida nacional;
- e) tenham início físico num prazo máximo de seis meses após a data de aprovação da candidatura;
- f) não constituam candidatura apresentada para financiamento ou financiada por outro programa operacional do 3º Quadro Comunitário de Apoio.

Os projectos candidatos devem, para além de cumprir as condições gerais de acesso, demonstrar contribuir para a realização das metas definidas na Estratégia Nacional de Saúde.

As entidades promotoras dos projectos devem encontrar-se licenciadas de acordo com a legislação em vigor aplicável.

Na área da protecção ao consumidor, apenas têm acesso a esta Medida as Organizações Não Governamentais com protocolo estabelecido com o Instituto do Consumidor e para projectos de informação e realização de estudos que tenham como objectivo a protecção do direito à saúde e a segurança dos consumidores.

A selecção dos projectos apresentados pelas instituições referidas é efectuada tendo em conta os seguintes critérios:

- a) Consonância com a política nacional de saúde e prioridades estratégicas nacionais e regionais;
- b) Contributo para o maior número de objectivos definidos para esta Medida;
- c) Complementaridade com outros projectos no âmbito das restantes Medidas do Programa;
- d) Grau de carência, deficiência ou lacuna na área ou no território em que o projecto se vai desenvolver;
- e) Experiência prévia da entidade promotora na área de actuação específica do projecto;
- f) Qualidade técnica do projecto aos seguintes níveis:
  - Concepção geral, consistência e viabilidade técnica;
  - Monitorização e controlo de execução;
  - Formação associada ao projecto;
  - Metodologia de avaliação;

- Plano de informação e publicidade
- g) Impacte previsto nos parâmetros ganhos em saúde, redução de desigualdades, criação de postos de trabalho;
- h) Sustentabilidade e viabilidade financeira
- i) Correspondência aos grupos-alvo prioritários constantes da Estratégia Nacional da Luta contra a Droga, no caso da Toxicodependência

## **6. Categorias de Beneficiários Finais**

Organismos dos Ministérios da Saúde e da Justiça e de outros departamentos governamentais envolvidos em acções de promoção da saúde, Instituto do Consumidor, instituições particulares de interesse público e entidades privadas sem fins lucrativos.

## **7. Entidade Responsável**

Ministério da Saúde - Gabinete de Gestão do Programa Operacional Saúde

## 8. Calendário de Execução

. Período de Programação  
1 de Janeiro de 2000 a 31 de Dezembro de 2006

. Período de Elegibilidade das Despesas Públicas  
19 de Novembro de 1999 a 31 de Dezembro de 2008

## 9. Âmbito Geográfico

Esta Medida aplica-se em todo o território continental.

## 10. Indicadores de Acompanhamento

Indicadores	Situação Partida	Metas 2006
Número de campanhas de promoção e sensibilização realizadas	--	170
Número de unidades móveis criadas	--	80
Número de serviços e unidades adaptadas	--	90
Número de centros regionais de saúde pública instalados	--	5
Número de laboratórios construídos, remodelados e equipados	--	18
Número de hospitais com tratamento adequado de resíduos sólidos *	59	112
Número de subsistemas de informação criados	--	12

\* Relativamente aos hospitais com tratamento adequado de resíduos sólidos, os relatórios de execução apresentarão uma discriminação do equipamento instalado.

## 11. Peso Financeiro

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



## 1. Designação da Medida

<b>Medida 1.2</b>	<b>Áreas de Actuação Estratégica</b>
-------------------	--------------------------------------

## 2. Descrição da Medida

Esta Medida pretende dar resposta à necessidade de intervenção prioritária em doenças e situações de saúde para as quais se perspectiva uma evolução negativa a prazo, como é o caso do aumento, agravado pelo envelhecimento demográfico, de doenças de evolução prolongada, de situações específicas de desigualdade em saúde, de problemas relacionados com o comportamento e a saúde mental e de patologias cuja resposta dos serviços de saúde se encontra limitada por défice da capacidade instalada. Justifica-se, assim, algum investimento de carácter estratégico, com vista a limitar os efeitos dessas patologias, disfunções e desigualdades, na qualidade de vida e bem-estar individual, familiar e colectivo, através de uma actuação adequada em cada fase do ciclo da doença ou situação de saúde.

Consideram-se como áreas prioritárias neste domínio de intervenção as da saúde materno-infantil, a cardiologia, os acidentes vasculares cerebrais (AVC), a nefrologia, a oncologia, a traumatologia (acidentados), a infecciologia, a toxicoddependência e o alcoolismo, assim como as situações de excepção ou de catástrofe e a dos doentes em situação terminal.

Entre as acções previstas no âmbito desta Medida salientam-se as seguintes:

- Criação de unidades para a prestação de cuidados especializados, como os pós-anestésicos, de reabilitação precoce ou de terapia da dor;
- Implementação de dispositivos de urgência (vias verdes) para determinadas situações patológicas como a dor pré-cordial;
- Instalação de unidades especializadas de internamento destinadas a doentes em risco de contágio ou com fragilidades imunológicas;
- Desenvolvimento de respostas de apoio ao tratamento do alcoolismo crónico;
- Alargamento da rede de unidades de tratamento de toxicoddependentes, alguns dos quais em estabelecimentos prisionais;
- Desenvolvimento de unidades de cuidados paliativos, quer com intervenção hospitalar, quer domiciliária;
- Implementação de dispositivos para actuação em situações de emergência.

A atribuição dos financiamentos tem por base um regime de candidaturas, em que só os melhores projectos são seleccionados, face ao orçamento disponível.

A taxa de co-financiamento pode ir até 75% das despesas públicas elegíveis.

### **3. Objectivos Gerais**

São objectivos desta Medida:

- a) Desenvolver programas especiais de intervenção dirigidos a problemas de saúde específicos, com vista à obtenção de ganhos em saúde, nomeadamente, a redução da mortalidade e a melhoria da recuperação precoce;
- b) Acelerar a melhoria dos indicadores respeitantes à saúde materno-infantil;
- c) Alargar as redes de apoio ao tratamento de toxicodependentes, alcoólicos, doentes em situação terminal ou psiquiátricos.

### **4. Tipologia dos Projectos**

A tipologia das acções a realizar no âmbito desta Medida são, designadamente:

- Realização de estudos e análises;
- Criação, remodelação, adaptação e equipamento de unidades especializadas;
- Construção, adaptação e equipamento de centros de tratamento para toxicodependentes;
- Criação de unidade móveis equipadas para situações de emergência;
- Lançamento de campanhas de informação.

### **5. Condições Gerais de Acesso e Critérios de Selecção**

Podem candidatar-se ao financiamento desta Medida os projectos que:

- a) se enquadrem nos objectivos do Programa e se integrem nos da presente Medida;

- b) disponham de projecto técnico de engenharia/arquitectura, quando aplicável, aprovado nos termos legais;
- c) apresentem estudo de viabilidade técnica, económica e financeira adequada à sua dimensão e complexidade, sempre que se justifique;
- d) comprovem possuir financiamento assegurado do montante correspondente à contrapartida nacional;
- e) tenham início físico num prazo máximo de seis meses após a data de aprovação da candidatura;
- f) não constituam candidatura apresentada para financiamento ou financiada por outro programa do 3º Quadro Comunitário de Apoio.

Os projectos candidatos devem, para além de cumprir as condições gerais de acesso, demonstrar contribuir para a realização das metas definidas na Estratégia Nacional de Saúde.

As entidades executoras dos projectos devem encontrar-se licenciadas de acordo com a legislação em vigor, sempre que aplicável.

A selecção dos projectos é efectuada com base nos seguintes critérios:

- a) Consonância com a política nacional de saúde e prioridades estratégicas nacionais e regionais;
- b) Contributo para o maior número de objectivos definidos para esta Medida;
- c) Complementaridade com outros projectos no âmbito das restantes Medidas do Programa;
- d) Experiência prévia da entidade executora na área de actuação específica do projecto;
- e) Grau de carência, deficiência ou lacuna na área ou no território em que o projecto se vai desenvolver;
- f) Qualidade técnica do projecto aos seguintes níveis:
  - Concepção geral, consistência e viabilidade técnica;
  - Monitorização e controlo de execução;
  - Formação associada ao projecto;
  - Metodologia de avaliação;
  - Plano de informação e publicidade.

- g) Impacte previsto nos parâmetros ganhos em saúde, redução de desigualdades, criação de postos de trabalho;
- h) Garantia de sustentabilidade;
- i) Correspondência aos grupos-alvo prioritários constantes da Estratégia Nacional da Luta contra a Droga, no caso da toxicodependência.

## **6. Categorias de Beneficiários Finais**

Organismos dos Ministérios da Saúde e da Justiça e de outros departamentos governamentais envolvidos em acções de promoção da saúde, Instituto do Consumidor, instituições particulares de interesse público e entidades privadas sem fins lucrativos.

## **7. Entidade Responsável**

Ministério da Saúde - Gabinete de Gestão do Programa Operacional Saúde

## **8. Calendário de Execução**

. Período de Programação  
1 de Janeiro de 2000 a 31 de Dezembro de 2006

. Período de Elegibilidade das Despesas Públicas  
19 de Novembro de 1999 a 31 de Dezembro de 2008

## 9. Âmbito Geográfico

Esta Medida aplica-se em todo o território continental.

## 10. Indicadores de Acompanhamento

Indicadores	Situação Partida	Metas 2006
Número de áreas estratégicas abrangidas por intervenções	--	12
Número de unidades de prestação de cuidados criadas, adaptadas, remodeladas e equipadas	--	320
Número de unidades de tratamento da toxicodependência criadas ou remodeladas	51	77

## 11. Peso Financeiro

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

## 1. Designação da Medida

Medida 1.3	Assistência Técnica
------------	---------------------

## 2. Descrição da Medida

Esta Medida envolve um conjunto de actividades indispensáveis à execução, acompanhamento, controlo e avaliação da intervenção operacional e à garantia da concretização dos objectivos propostos, nas melhores condições de eficácia, eficiência e respeito pelos normativos comunitários e nacionais aplicáveis.

Visa apoiar a realização de estudos de suporte à tomada de decisão sobre acções a levar a cabo no âmbito do Programa e dotar a sua estrutura de gestão das condições logísticas indispensáveis à boa execução dos diversos Eixos Prioritários e Medidas e a um acompanhamento e controlo eficazes.

Constituirá um instrumento flexível ao serviço de todas as entidades participantes na gestão do Programa.

Nesse sentido, a utilização dos recursos de assistência técnica incide, designadamente, nas seguintes áreas:

- Programação e preparação das operações;
- Concepção e estabelecimento de um adequado sistema de informação, que seja complementar dos do QCA III, do FEDER e do FSE;
- Implementação de procedimentos de acompanhamento e controlo;
- Coordenação entre as diversas entidades envolvidas na gestão;
- Divulgação e informação do Programa e dos apoios dos Fundos Estruturais, nos termos definidos nos regulamentos comunitários;
- Cooperação e troca de experiências;
- Avaliação dos efeitos da execução do Programa;
- Procura de novas formas de cooperação entre os sectores público, social e privado.

A Medida é financiada exclusivamente pelo FEDER até uma taxa de 75% das despesas públicas elegíveis.

### 3. Objectivos Gerais

É objectivo fundamental desta Medida criar as condições para uma eficiente e eficaz implementação do Programa, tendo em vista as metas fixadas.

### 4. Tipologia dos Projectos

O apoio financeiro incluído nesta Medida destina-se a ser aplicado, designadamente, nas seguintes acções:

- Assessoria à preparação e apreciação técnica dos projectos, incluindo os que são abrangidos pelo regime de incentivos;
- Despesas relativas ao funcionamento da estrutura de gestão do Programa, incluindo o pessoal destacado em serviços centrais do Ministério da Saúde que participam na gestão das diversas Medidas;
- Formação dos quadros afectos à estrutura de gestão do Saúde XXI;
- Aquisição de serviços de consultadoria técnica e de estudos de avaliação necessários à boa execução do Programa;
- Aquisição de serviços e de equipamentos para implementação de um sistema de informação para a gestão, em articulação com o que vier a ser definido para o QCA III, podendo estender-se a alguns organismos do Ministério da Saúde e de outros que participem na gestão do Programa;
- Aquisição de serviços para implementação de um sistema eficaz de acompanhamento e controlo dos projectos apoiados (controlo de 1º nível);
- Recolha e tratamento de informação necessária para o seguimento da execução material e financeira dos projectos financiados;
- Estudos necessários à implementação cabal do Programa, quando não caiam no âmbito das restantes Medidas;
- Sessões de informação e esclarecimento junto dos beneficiários potenciais e finais dos financiamentos e produção dos respectivos suportes e instrumentos;
- Campanhas de divulgação e publicidade, em especial dos resultados obtidos através dos projectos apoiados;
- Cooperação técnica para análise das melhores práticas noutros países da União Europeia e sua difusão junto dos potenciais executores deste Programa.

### 5. Condições Gerais de Acesso e Critérios de Selecção

Uma vez que se trata de uma Medida de suporte à gestão do Programa, e não de um regime de candidaturas, a selecção das acções tem em conta apenas os seguintes factores:

- Respeito pela tipologia de projectos atrás descrita;
- Elegibilidade, considerando os regulamentos comunitários e nacionais aplicáveis, nomeadamente as disposições da ficha de elegibilidade nº 11 e as regras respeitantes aos contratos públicos;
- Importância e pertinência para a concretização e boa execução do Programa, em função da apreciação feita pelo Gestor.

## 6. Categorias de Beneficiários Finais

- Gabinete de Gestão do Programa;
- Organismos do Ministério da Saúde e de outros que participem na gestão, acompanhamento e coordenação das Medidas.

## 7. Entidade Responsável

Ministério da Saúde - Gabinete de Gestão do Programa Operacional Saúde

## 8. Calendário de Execução

Período de Programação  
1 de Janeiro de 2000 a 31 Dezembro de 2006

Período de Elegibilidade das Despesas Públicas  
19 de Novembro de 1999 a 31 Dezembro de 2008

## 9. Âmbito Geográfico

A Medida abrange todo o território continental



## 10. Peso Financeiro

Os montantes respeitantes à Assistência Técnica constam de nota inserida no Quadro 1 do Plano de Financiamento, sendo que o orçamento global para os 7 anos de vigência do Programa é de 16.000 milhares de euros, a que corresponde um financiamento comunitário de 12.000 milhares de euros.

Este orçamento representa cerca de 2,5% do total das despesas públicas elegíveis do Programa.

A distribuição da dotação global por grandes categorias de acções (ponto 2.1 da ficha de elegibilidade nº 11) é, possivelmente, a seguinte:

- Preparação, selecção, avaliação, acompanhamento e avaliação interna da intervenção e das respectivas operações: 12.800 milhares de euros;
- Reuniões da Comissão de Acompanhamento e de grupos técnicos relacionados com a execução das intervenções: 800 milhares de euros
- Auditorias e verificações das operações no terreno (controlo): 2.400 milhares de euros.

Quanto às despesas previstas no ponto 2.2 da mesma ficha, ou seja, as respeitantes às remunerações de pessoal, incluindo as contribuições para a segurança social, estima-se que as mesmas ascendam a cerca de 40% da dotação global (6.400 milhares de euros) das categorias acima elencadas.

A Assistência Técnica desdobra-se em 2 linhas de acção de acordo com a tipologia da despesa: "In" ou "Out".

As despesas a realizar serão classificadas caso a caso através de sistema contabilístico apropriado, que evidenciará claramente a categoria de cada uma delas.

Em suma, as verbas programadas para o período 2000-2006 são as seguintes:

(unid.: milhares de euros)

Tipologia de Despesa	Despesa Pública	Financiamento FEDER
Despesa "IN"	13.349	10.011
Despesa "OUT"	2.651	1.989
Total do Orçamento da Assistência Técnica	16.000	12.000

### Despesas do Plafond "IN"

Estima-se que as despesas respeitantes à Assistência Técnica do Programa Operacional Saúde que cairão no limite regulamentar (despesas IN) corresponderão a uma dotação de 13.349 milhares de euros e a um financiamento FEDER de 10.011 milhares de euros, o que representa 2,15% do total das despesas públicas do Programa.

Serão abrangidos por este "plafond" todas as despesas elegíveis de acordo com a já referida ficha de elegibilidade nº 11.

### **Despesas do Plafond "OUT"**

Prevê-se que as despesas respeitantes à tipologia designada "OUT" ascenderão a 2.651 milhares de euros, a que corresponde um financiamento FEDER de 1.989 milhares de euros

No âmbito desta linha de acção "OUT" serão fundamentalmente desenvolvidas as intervenções orientadas para estudos de avaliação, informação e publicidade e, ainda, as respeitantes ao sistema de informação a implementar.

## **Eixo Prioritário II**

### **Melhorar o Acesso a Cuidados de Saúde de Qualidade**

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

## 1. Designação da Medida

Medida 2.1	Rede de Referência Hospitalar
------------	-------------------------------

## 2. Descrição da Medida

A Rede de Referência Hospitalar (RRH) destina-se a estabelecer uma articulação funcional entre hospitais, de modo a garantir a satisfação das necessidades dos doentes, nas várias especialidades e, nomeadamente:

- Coordenar a prestação de cuidados entre as diversas unidades hospitalares integradas no SNS;
- Estabelecer canais privilegiados de comunicação entre os hospitais e outras unidades, utilizando as diferentes capacidades e competências, de modo a fomentar um apoio mútuo na área da prestação, treino e formação de profissionais de saúde, prestação de cuidados especializados e protocolos de actuação;
- Garantir a qualidade, adequabilidade e acessibilidade dos cuidados de saúde numa óptica de continuidade da prestação de cuidados.

Com esta intervenção, pretende-se regular e planear a complementaridade e o apoio técnico entre as instituições hospitalares, nas áreas da urgência, do ambulatório, incluindo hospitais-de-dia, dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica e do internamento, minimizando a duplicação e a sub-utilização dos equipamentos e das instalações. Assim se garantirá uma abertura do hospital à referência e contra-referência, que garanta a compatibilização e articulação das actuações e a satisfação das necessidades dos cidadãos.

A rede é organizada em função das especificidades e competências de cada hospital e permitirá que os doentes possam transitar entre eles de forma programada e tecnicamente adequada, de acordo com os recursos humanos e materiais instalados em condições de maior eficiência, eficácia e rentabilidade social, qualidade e segurança dos actos médicos e cirúrgicos.

Muitos hospitais asseguram uma função dupla: por um lado, estão integrados no sistema local de saúde da comunidade onde estão sediados e, por outro, constituem serviços e pólos

tecnológicos altamente diferenciados, que servem como referência para outros hospitais. No entanto, para que a RRH actue é necessário avaliar as necessidades em saúde, integrar os cuidados primários na dinâmica funcional das RRH, definir e responsabilizar as administrações pela produtividade face aos investimentos efectuados e aos recursos disponibilizados.

Esta Medida inclui todo o investimento necessário (adaptação, remodelação de instalações hospitalares e equipamento) à concretização das diversas redes:

- cardiologia
- imunoalergologia
- infecciologia
- materno-infantil
- nefrologia
- neurologia
- oncologia
- reumatologia
- saúde mental
- transplantes
- traumatologia/ortopedia
- urgência e emergência, e de outras especialidades cujas redes venham a ser planeadas e aprovadas.

As redes informáticas internas e os equipamentos de diagnóstico e terapêutica necessários a actuações específicas das RRH especializadas, estão também aqui contempladas.

Nas RRH são integrados os serviços e unidades de hospitais centrais, distritais e especializados e podem abranger intervenções a nível nacional, regional e sub-regional. Podem incluir, ainda, outras instituições cuja actividade técnica se insira no apoio directo à prestação de cuidados de saúde e façam parte da estrutura da rede aprovada.

Esta Medida cruza-se, portanto, em termos de planeamento e investimento, com os Sistemas Locais de Saúde (SLS), cujo financiamento está contemplado nos 5 programas operacionais regionais do Continente (intervenção regionalmente desconcentrada da Saúde).

A atribuição dos financiamentos tem por base um regime de candidaturas, em que só os melhores projectos e os mais prioritários são seleccionados.

A Medida é financiada pelo FEDER até uma taxa de 75% das despesas públicas elegíveis.

### 3. Objectivos Gerais

São objectivos desta Medida remodelar e apetrechar unidades hospitalares com os meios necessários à sua integração em redes organizadas de prestação de cuidados, tendo em vista os principais problemas de saúde e as especificidades e competências de cada unidade hospitalar.

### 4. Tipologia de Projectos

As intervenções a financiar por esta Medida são fundamentalmente:

- Estudos de concepção, desenvolvimento e funcionamento das RRH
- Adaptação e remodelação de instalações no âmbito das RRH
- Aquisição de equipamentos de diagnóstico e terapêutica de apoio às RRH
- Aquisição de outro equipamento de suporte técnico das RRH
- Desenvolvimento de redes informáticas internas das unidades especializadas.

### 5. Condições Gerais de Acesso e Critérios de Selecção

São susceptíveis de apoio através desta Medida todos os projectos dos hospitais e de outras instituições cuja actividade técnica se integre na prestação de cuidados de saúde, no âmbito de uma determinada rede de referência hospitalar.

Podem candidatar-se ao financiamento desta Medida os projectos que:

- a) se enquadrem nos objectivos do Programa;
- b) apresentem estudo de viabilidade técnica, económica e financeira adequada à sua dimensão e complexidade;
- c) tenham viabilidade de funcionamento após a sua execução em termos de recursos humanos e financeiros;
- d) disponham de projecto técnico de engenharia/arquitectura, quando aplicável, aprovado nos termos legais;
- e) tenham início num prazo máximo de seis meses após a data de aprovação da candidatura;
- f) não constituam candidatura apresentada para financiamento ou financiada por outro programa operacional do 3º Quadro Comunitário de Apoio;

g) atinjam um montante mínimo de investimento de 25 mil euros (cerca de 5 mil contos).

A selecção dos financiamentos a atribuir aos hospitais e às outras instituições abrangidas é efectuada com base nos seguintes critérios:

- a) Consonância com a política nacional de saúde e prioridades estratégicas nacionais e regionais;
- b) Conformidade com as orientações e normas das redes de referenciação hospitalar aprovadas (transitoriamente, até ao final do 1.º semestre de 2001, no caso das redes de referenciação hospitalar cuja definição não estiver concluída, podem igualmente candidatar-se os projectos que tenham obtido despacho de aprovação do Ministro da Saúde);
- c) Integração em plano director hospitalar;
- d) Compromisso formal de estabelecimento de protocolos de apoio com os hospitais que pertencem à área de referenciação para cada rede;
- e) Qualidade técnica do projecto aos seguintes níveis:
  - concepção geral, consistência e viabilidade técnica;
  - monitorização e controlo de execução;
  - formação associada ao projecto;
  - metodologia de avaliação;
  - plano de informação e publicidade.
- f) Impacte previsto nos parâmetros melhoria de acesso, ganhos em saúde, redução de desigualdades;
- g) Demonstração de níveis de desempenho e de rentabilização dos equipamentos nos anos seguintes à implementação do projecto.

## 6. Categorias de Beneficiários Finais

Os beneficiários finais desta Medida são os hospitais e outras instituições do Serviço Nacional de Saúde cuja actividade técnica se integre na prestação de cuidados de saúde, no âmbito de uma determinada rede de referência hospitalar e, ainda, as entidades com competências em matéria de planeamento das redes de referência hospitalar.

## 7. Entidade Responsável

Ministério da Saúde - Gabinete de Gestão do Programa Operacional Saúde

## 8. Calendário de Execução

Período de Programação  
1 de Janeiro de 2000 a 31 Dezembro de 2006

Período de Elegibilidade das Despesas Públicas  
19 de Novembro de 1999 a 31 Dezembro de 2008

## 9. Âmbito Geográfico

A presente Medida é aplicável em todo o território continental.

## 10. Indicadores de Acompanhamento

Indicadores	Situação Partida*	Metas 2006
Número de redes de referência hospitalar com financiamento aprovado	--	12
Número de hospitais e outras instituições abrangidos por RRH	--	85
Número de serviços/unidades intervencionadas no âmbito das RRH	--	250
Número de serviços/unidades remodeladas ou equiparadas no âmbito das RRH	--	180

\* Situação nova, sem antecedentes.

## 11. Peso Financeiro

Esta Medida, a financiar pelo FEDER, representa cerca de 46% das despesas públicas elegíveis envolvidas no Programa.



## 1. Designação da Medida

Medida 2.2	Tecnologias de Informação e Comunicação
------------	---

## 2. Descrição da Medida

No âmbito da melhoria do acesso a cuidados de saúde de qualidade, as tecnologias de informação e comunicação constituem um instrumento fundamental para uma actuação rápida e eficaz na prevenção e tratamento da doença, para a afectação e conseqüente controlo do financiamento do sector e, em geral, para todo o processo de tomada de decisão dos vários níveis de gestão.

A concretização destes objectivos é conseguida através da implementação de sistemas de informação integrados, tecnologicamente actualizados, suportados por redes de comunicação fiáveis, que possibilitem a troca de dados intra e inter instituições de saúde, com a introdução de novos serviços (por exemplo, voz e imagem), dando especial relevo às ligações entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde hospitalares.

Espera-se obter melhorias qualitativas no conteúdo e tratamento da informação, criando novas funcionalidades, nomeadamente no que se refere à prática clínica, ao encaminhamento e gestão dos utentes, ao conhecimento e incidência da doença, associada ao cálculo do financiamento das instituições e ao controlo das prescrições.

Através desta Medida prevê-se melhorar, de modo significativo e directo, o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde, bem como definir e operacionalizar os interfaces de todas as componentes do sistema, facilitando a descentralização organizativa dos seus diversos níveis e das instituições de saúde.

Entre as áreas a desenvolver, podem nomear-se as que correspondem à expansão, aprofundamento ou evolução tecnológica da Rede de Informação da Saúde, do Cartão do Utente, do Sistema Integrado de Informatização Hospitalar, 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 de telemedicina, as acções são articuladas e complementadas com outros financiamentos que venham a ser atribuídos 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.

A atribuição dos financiamentos tem por base um regime de candidaturas, em que só os melhores projectos e os mais prioritários serão seleccionados.

A Medida é financiada pelo FEDER até uma taxa de 75% das despesas públicas elegíveis.

### **3. 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 obter ganhos de eficiência no Serviço Nacional de Saúde e no apoio à tomada de decisões;
- Dotar os serviços de saúde dos meios necessários à generalização da utilização de novas tecnologias de informação e comunicação.

### **4. Tipologia dos Projectos**

Os projectos a apoiar respeitam essencialmente a:

- Instalação de infra-estruturas básicas:
  - Reforço das redes internas das instituições;
  - Expansão da Rede Informática da Saúde nas actuais e futuras potencialidades;
- Desenvolvimento de aplicações informáticas e modernização e adaptação de algumas existentes;
- Aquisição do software de base e de hardware para as grandes áreas aplicacionais;
- Estudos associados aos projectos financiados.

## 5. Condições Gerais de Acesso e Critérios de Selecção

São susceptíveis de apoio através desta Medida os projectos que:

- a) se enquadrem nos objectivos do Programa e se integrem nos da presente Medida do Eixo Prioritário II;
- b) correspondam a necessidades objectivas e concretas das entidades executoras e do sistema de gestão;
- c) sejam propostos por instituições que demonstrem possuir capacidade de:
  - utilizar as potencialidades oferecidas pelas novas tecnologias;
  - assegurar a manutenção e funcionamento das aplicações e sistemas.
- d) disponham de projecto técnico quando aplicável;
- e) apresentem estudo de viabilidade técnica, económica e financeira adequado à sua dimensão e complexidade;
- f) comprovem possuir financiamento assegurado do montante correspondente à contrapartida nacional;
- g) tenham início físico num prazo máximo de seis meses após a data de aprovação do financiamento;
- h) não constituam candidatura apresentada para financiamento ou financiada por outro programa do 3º Quadro Comunitário de Apoio.

A selecção dos projectos será efectuada com base nos seguintes critérios:

- a) Consonância com a política nacional de saúde e prioridades estratégicas nacionais e regionais;
- b) Contributo para os objectivos definidos para esta Medida;
- c) Integração em planos estruturantes de sistemas de informação das instituições e serviços abrangidos pelos projectos e nas orientações globais sectoriais para esta área;
- d) Complementaridade com outros projectos apresentados no âmbito das restantes Medidas do Programa;
- e) Qualidade técnica do projecto aos seguintes níveis:
  - Concepção geral, consistência e viabilidade técnica;
  - Monitorização e controlo de execução;
  - Formação associada ao projecto;
  - Metodologia de avaliação;
  - Plano de informação e publicidade.

f) Impacte previsto nos parâmetros redução de burocracia, melhoria da gestão, eficácia e eficiência organizacional, qualidade dos cuidados, satisfação dos profissionais e dos utentes;

g) Garantia de manutenção e de evolução tecnológica.

## 6. Categorias de Beneficiários Finais

Organismos centrais e desconcentrados do Ministério da Saúde e instituições do Serviço Nacional de Saúde

## 7. Entidade Responsável

Ministério da Saúde - Gabinete de Gestão do Programa Operacional Saúde

## 8. Calendário de Execução

Período de Programação

1 de Janeiro de 2000 a 31 Dezembro de 2006

Período de Elegibilidade das Despesas Públicas

19 de Novembro de 1999 a 31 Dezembro de 2008

## 9. Âmbito Geográfico

Aplica-se a todo o território continental

## 10. Indicadores de Acompanhamento

Indicadores	Situação Partida	Metas 2006
Número de instituições que utilizam a Rede Informática da Saúde (RIS) com os serviços básicos a)	100	2 473
Número de instituições que utilizam a Rede Informática da Saúde (RIS) com outros serviços b)	--	464
Número de centros de saúde e extensões com o módulo clínico SINUS instalado	--	2 315
Número de centros de saúde com o CARDLINK 2 instalado	14	365
Número de hospitais com o software SONHO instalado	--	98

a) Entende-se por serviços básicos a transmissão de dados

b) Os outros serviços são a Internet, o correio electrónico e a transmissão de voz

## **11. Peso Financeiro**

Esta Medida, a financiar pelo FEDER, representa cerca de 23% das despesas públicas elegíveis envolvidas no Programa.

## 1. Designação da Medida

<b>2.3</b>	<b>Certificação e Garantia da Qualidade</b>
------------	---

## 2. Descrição da Medida

Esta Medida tem como objectivo melhorar a qualidade e o acesso aos cuidados de saúde prestados pelas instituições do Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente hospitais e centros de saúde.

A qualidade dos cuidados de saúde depende basicamente de dois factores, que são simultaneamente os dois eixos complementares de actuação da Medida:

- *Melhoria Contínua da Qualidade* - desenvolvimento de projectos que visam a revisão permanente e sistemática dos processos que levam à prestação de cuidados efectivos e eficientes, incluindo as necessárias estruturas formativas;
- *Certificação/Acreditação* - desenvolvimento de projectos para otimizar o modo de organização e de prestação dos serviços.

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.

Haverá antes uma 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, pretende-se dinamizar a criação de infra-estruturas de formação de âmbito nacional. Estas intervenções serão complementadas pelo reforço a realizar no âmbito da componente regionalmente desconcentrada - Sistemas Locais de Saúde.

Considera-se prioritário 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 que fazem parte da rede formativa dos profissionais deste sector.

A atribuição dos financiamentos tem por base um regime de candidaturas onde só os melhores projectos são seleccionados; o regulamento específico definirá os prazos de apresentação de candidaturas a esta Medida

A Medida é financiada pelo FEDER até uma taxa de 75% das despesas públicas elegíveis.

### 3. 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.

A concretização destes objectivos permitirá:

- Facilitar o reconhecimento externo da Qualidade em Saúde, apoiando a certificação e acreditação de unidades prestadoras de cuidados de saúde;
- Dinamizar e apoiar processos de melhoria contínua da qualidade em centros de saúde e hospitais, que se traduzam na prestação de melhores cuidados de saúde aos cidadãos;
- Contribuir para a diminuição da variabilidade na qualidade organizacional das unidades prestadoras de cuidados do Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente centros de saúde e hospitais;
- Contribuir para a homogeneidade dos cuidados de saúde prestados/recebidos pelos utentes do SNS;
- Criar sistemas de incorporação das expectativas dos utentes e dos profissionais do SNS na tomada de decisão estratégica;
- Criar um sistema de incorporação do impacte dos estados de saúde e ganhos em saúde das populações nas decisões estratégicas.

### 4. Tipologia de Projectos

Os projectos a contemplar com os financiamentos devem visar uma melhoria da qualidade organizacional ou da prática clínica e inserir-se, designadamente nas seguintes tipologias:

- Acreditação de hospitais;
- Certificação de serviços hospitalares;
- Certificação de laboratórios de instituições públicas de saúde;
- Qualificação de serviços de aprovisionamento hospitalares;
- Preparação de manuais de procedimentos para a admissão e encaminhamento de utentes em serviços hospitalares e em centros de saúde;



- Projectos de Melhoria da Qualidade Organizacional dos centros de saúde;
- Projectos de avaliação e monitorização da satisfação dos utentes em centros de saúde, em serviços hospitalares e em hospitais;
- Projectos de avaliação e monitorização da satisfação dos profissionais em centros de saúde, em serviços hospitalares e em hospitais.
- Projectos de Melhoria Contínua da Qualidade em centros de saúde e hospitais;
- Projectos de medição dos estados de saúde;
- Manuais de orientação clínica;
- Construção, remodelação e ampliação de estruturas formativas de âmbito nacional.

## 5. Condições Gerais de Acesso e Critérios de Selecção

Podem candidatar-se ao financiamento no âmbito desta Medida os projectos que:

- a) se enquadrem nos objectivos do Programa e se integrem nos da presente Medida do Eixo Prioritário II;
- b) disponham de projecto técnico de engenharia/arquitectura, quando aplicável;
- c) apresentem estudo de viabilidade técnica, económica e financeira adequado à sua dimensão e complexidade, sempre que se justifique;
- d) comprovem possuir financiamento assegurado do montante correspondente à contrapartida nacional;
- e) tenham início físico num prazo máximo de seis meses após a data de aprovação da candidatura;
- f) não constituam candidatura apresentada para financiamento, ou financiada, por outro Programa do 3º Quadro Comunitário de Apoio.

Têm prioridade os projectos que estejam enquadrados no desenvolvimento da política da Qualidade em Saúde definida pelo Ministério da Saúde, de acordo com parecer favorável do Instituto da Qualidade em Saúde, incluindo os que já iniciaram a sua execução.

Os critérios que vão permitir fazer a selecção entre as entidades candidatas e os projectos numa lógica concorrencial, são:

- a) Enfoque em áreas relacionadas com as prioridades estratégicas nacionais e regionais;
- b) Enquadramento na política de Qualidade em Saúde;
- c) Metodologia adoptada para o projecto;

- d) Dimensão qualitativa e quantitativa dos recursos alocados pela entidade candidata;
- e) Grau de envolvimento dos diferentes profissionais das entidades candidatas, em particular dos seus dirigentes;
- f) Qualidade técnica do projecto aos seguintes níveis:
  - Conceção geral, consistência e viabilidade técnica;
  - Monitorização e controlo de execução;
  - Formação associada ao projecto;
  - Metodologia de avaliação;
  - Plano de informação e publicidade;
- g) Impacte esperado nos parâmetros acessibilidade, satisfação dos utentes e dos profissionais, qualidade organizacional, ganhos em saúde;
- h) Garantia de continuidade.

São consideradas prioritárias as áreas geográficas ou instituições com piores resultados na última avaliação da satisfação dos profissionais e dos utentes efectuada e as áreas geográficas ou instituições com piores resultados na última avaliação da qualidade de vida realizada.

## **6. Categorias de Beneficiários Finais**

Os beneficiários finais são os centros de saúde, serviços ou departamentos hospitalares, hospitais, administrações regionais de saúde, laboratórios públicos e institutos públicos do Ministério da Saúde, bem como os Institutos de Medicina Legal.

## **7. Entidade Responsável**

Ministério da Saúde - Gabinete de Gestão do Programa Operacional Saúde

## **8. Calendário de Execução**

Período de Programação  
1 de Janeiro de 2000 a 31 Dezembro de 2006

Período de Elegibilidade das Despesas Públicas  
19 de Novembro de 1999 a 31 Dezembro de 2008

## 9. Âmbito Geográfico

Aplica-se a todo o território continental.

## 10. Indicadores de Acompanhamento

Indicadores *	Situação Partida	Metas 2006
Número de centros de saúde com avaliação da qualidade organizacional	109	260
Número de hospitais com avaliação da qualidade organizacional	5	45
Número de unidades de saúde com processos de certificação/acreditação concluídos	3	350
Número de unidades prestadoras de cuidados com programas de melhoria da qualidade	8	300
Número de unidades prestadoras de cuidados que monitorizam a satisfação das expectativas dos cidadãos	--	400
Número de unidades prestadoras de cuidados que monitorizam a satisfação das expectativas dos profissionais	--	400

\* Caso venha a verificar-se adesão ao Sistema EMAS, bem como certificação pela ISO 14001, será integrada nos relatórios de execução informação que evidencie as realizações neste domínio.

## 11. Peso Financeiro

Esta Medida, a financiar pelo FEDER, representa cerca de 5,5% das despesas públicas elegíveis envolvidas no Programa

## 1. Designação da Medida

Medida 2.4	Formação de Apoio a Projectos de Modernização da Saúde
------------	--

## 2. Descrição da Medida

O presente Programa Operacional pretende contribuir para uma significativa mudança na estrutura e funcionamento do sistema de saúde português através, não só de investimentos na criação, adaptação ou remodelação de estruturas, no desenvolvimento de actividades de promoção da saúde, na consolidação de sistemas de informação e de outros que estão previstos, mas também da preparação dos profissionais de saúde para o exercício de renovadas funções, induzidas por este esforço de mudança.

Assim, esta Medida visa o apoio a acções e projectos de formação que tenham como objectivo desenvolver as competências indispensáveis à concretização de determinados projectos de modernização dos serviços de saúde, aos quais são atribuídos financiamentos do FEDER.

No mesmo plano de necessidades, são apoiadas acções de formação destinadas a dirigentes do sistema de saúde com o objectivo de desenvolver competências de gestão exigidas pelo processo de reforma da Saúde.

No âmbito das acções a financiar destacam-se as seguintes:

- Programas de desenvolvimento de competências de gestão em saúde, particularmente orientados para os dirigentes dos serviços e administradores das instituições de saúde;
- Programas de formação associados a projectos inovadores de promoção da saúde;
- Programas de formação de apoio à reorganização da rede dos serviços de saúde pública;
- Programas e projectos de formação de suporte à implementação das redes de referência hospitalar, nomeadamente através de aquisições individuais de formação;
- Programas de formação para apoio à introdução e desenvolvimento das tecnologias de informação e comunicação na saúde;
- Programas de formação relativos à implementação do Sistema Nacional de Qualidade na Saúde;
- Programas de formação contínua associados a projectos contemplados pela Medida 3.1.

Estas acções formativas são desenvolvidas em articulação com a formação a ser apoiada pelo Programa Operacional Emprego, Formação e Desenvolvimento Social, que assegura a formação inicial dos profissionais de saúde inserida no sistema de formação profissional, a formação permanente não associada a projectos financiados pelo presente Programa e a formação pedagógica de formadores.

A atribuição dos financiamentos tem por base um regime de candidaturas onde só os melhores projectos são seleccionados.

A Medida é financiada pelo FSE numa taxa que pode ir até 75% das despesas públicas elegíveis.

### 3. Objectivos Gerais

São objectivos desta Medida:

- Viabilizar a implementação dos projectos de modernização sectoriais financiados no âmbito do Programa Operacional, através da qualificação dos profissionais de saúde directamente envolvidos na realização dos mesmos;
- Desenvolver as competências de gestão no sistema de saúde.

### 4. Tipologia de Projectos

As acções a financiar por esta Medida enquadram-se nos seguintes tipos de projectos:

- Projectos de formação, constituídos por cursos, seminários, conferências, encontros, etc.;
- Aquisição de participações individuais na formação;
- Projectos de investigação-acção;
- Produção de recursos didácticos, nomeadamente pacotes formativos temáticos;
- Realização de estudos sobre a formação sectorial, designadamente os conducentes a levantamentos de necessidades, desenvolvimento curricular e avaliação da formação realizada.

## 5. Condições Gerais de Acesso e Critérios de Selecção

Podem candidatar-se aos financiamentos desta Medida os projectos que:

- a) sejam apresentados por entidades executoras de acções apoiadas no âmbito das diferentes medidas do Programa, com unidades de formação acreditadas nos termos legais, ou de entidades do sector da saúde com competências no domínio da formação relativa a projectos de modernização financiados ao abrigo das referidas medidas;
- b) correspondam a formação destinada ao reforço das competências em gestão dos dirigentes da Saúde (inserida na reorganização e modernização dos serviços), coordenada por entidades e serviços com responsabilidades formativas;
- c) não constituam candidatura apresentada para financiamento ou financiada por outro programa do 3º Quadro Comunitário de Apoio;
- d) comprovem possuir financiamento assegurado do montante correspondente à contrapartida nacional.

A selecção dos projectos é efectuada tendo em conta os seguintes critérios:

- a) Consonância com a política nacional de saúde e prioridades estratégicas nacionais e regionais, nomeadamente em matéria de política de recursos humanos;
- b) Associação a projectos financiados no âmbito das restantes medidas e capacidade de viabilização dos mesmos;
- c) Existência de diagnóstico de necessidades de formação;
- d) Metodologias de formação adoptadas, nomeadamente para as acções realizadas em contexto organizacional;
- e) Qualidade técnica do projecto aos seguintes níveis:
  - concepção geral, consistência e viabilidade técnica;
  - metodologia de acompanhamento e avaliação;
  - plano de informação e publicidade.
- f) Produção de materiais pedagógicos inovadores, designadamente pacotes formativos temáticos de larga utilização na Saúde.

Para além destas condições, a aprovação dos financiamentos obedecerá ao disposto na regulamentação nacional de aplicação do Fundo Social Europeu e no regulamento específico da Medida.

## 6. Categorias de Beneficiários Finais

Entidades financiadas no âmbito das restantes medidas do Programa e entidades com competências no domínio da formação de dirigentes da saúde.

Entidades do sector da saúde com competências no domínio da formação relativa aos projectos financiados.

## 7. Entidade Responsável

Ministério da Saúde - Gabinete de Gestão do Programa Operacional Saúde

## 8. Calendário de Execução

Período de Programação  
1 de Janeiro de 2000 a 31 Dezembro de 2006

Período de Elegibilidade das Despesas Públicas  
19 de Novembro de 1999 a 31 Dezembro de 2008

## 9. Âmbito Geográfico

Esta Medida aplica-se em todo o território continental

## 10. Indicadores de Acompanhamento

Indicadores *	Situação Partida	Metas 2006
Número de entidades executoras da formação financiada	30	100
Número de acções realizadas	350	4 500
Número de formandos abrangidos	5 000	65 000
Número de horas de formação organizadas	5 500	115 000

\*Nos relatórios de execução será incluída informação respeitante aos indicadores de acompanhamento por ano, sexo, faixa etária, categoria profissional, área de formação e tipo de projecto.

Será igualmente evidenciada nos relatórios de execução informação sobre a formação na área ambiental, nomeadamente, número de acções de sensibilização e de promoção ambiental, bem como o número de formandos que as frequentem.

## **11. Peso Financeiro**

Esta Medida, a financiar pelo FSE, representa cerca de 2,7% das despesas públicas envolvidas no Programa.



**Eixo Prioritário III**

**Promover Novas Parcerias e Novos Actores na Saúde**

**Medida 3.1** – Criação e Adaptação de Unidades de Prestação de Cuidados de Saúde

## 1. Designação da Medida

Medida 3.1	Criação e adaptação de unidades de prestação de cuidados de saúde
------------	---

## 2. Descrição da Medida

Esta Medida integra um regime de incentivos que visa o apoio a projectos de investimento da iniciativa de micro e pequenas empresas até 50 trabalhadores e de projectos da iniciativa de Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), Misericórdias e outras entidades privadas sem fins lucrativos, com o objectivo de reforçar parcerias na prestação de cuidados de saúde em áreas carenciadas, bem como promover ganhos em saúde, designadamente pela redução de assimetrias e desigualdades.

Esta Medida responde a uma aposta do Ministério da Saúde e a uma nova filosofia de abordagem do sistema de saúde, integrando redes de prestadores de natureza pública, social e privada que, em conjunto, prosseguem fins comuns. Esta óptica encerra grandes potencialidades, porque existem na sociedade portuguesa muitas organizações do sector social tradicionalmente activas na área da Saúde e que, se apoiadas, podem vir a fazer parte de uma rede intersectorial de complementaridades na prestação de cuidados.

Esta abordagem permite não só orientar os contributos do sector privado que operam no Serviço Nacional de Saúde, integrando na sua órbita novas unidades, com modelos de funcionamento mais leves e potencialmente mais eficazes mas, também, canalizar novos recursos acrescidos, 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, nomeadamente para a prestação de cuidados continuados, cuidados no domicílio e apoio especializado noutras situações de dependência.

O objectivo é, pois, não só a orientação das actividades dos sectores social e privado para áreas não cobertas ou deficientemente cobertas pelo Serviço Nacional de Saúde, mas, igualmente, facilitar o processo de reconversão de alguns "hospitais de doenças agudas" para unidades vocacionadas para o internamento de média e longa duração.

Esta Medida integra, assim, no essencial, duas linhas de acção complementares:

- os incentivos à criação, expansão, remodelação e adaptação de empresas ou de cooperativas 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.

Os apoios a conceder aos projectos, a financiar pelo FEDER, podem assumir a modalidade de incentivos reembolsáveis e/ou não reembolsáveis até ao montante de 50% das despesas elegíveis.

No caso de projectos de unidades de tratamento de toxicodependentes esta taxa pode ser majorada em 10 pontos percentuais.

O montante máximo de apoio a conceder pela presente Medida é de 100 mil euros (20.048.200\$00), com excepção de projectos da iniciativa das entidades do sector social para unidades de tratamento de toxicodependentes e reconversão de instalações destinadas a internamento de estadia média e prolongada, em que os apoios podem atingir o máximo de 500 mil euros (100.241.000\$00).

### 3. Objectivos

São objectivos desta Medida:

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

### 4. Tipologia dos Projectos

A presente Medida visa a criação, expansão, remodelação e adaptação dos seguintes tipos de unidades de cuidados de saúde:

- a) Unidades de cuidados de saúde no domicílio, incluindo reabilitação, cuidados paliativos e terminais;
- b) Unidades especializadas, de base institucional, de apoio a 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;

- c) Unidades de internamento e residenciais de estadia média e prolongada, que possam constituir alternativa ao internamento em cuidados vocacionados para cuidados em internamento de curta duração;
- d) Unidades de saúde familiar, incluindo cuidados no domicílio e integrando cuidados de medicina geral e familiar e cuidados de enfermagem;
- e) Unidades de meios complementares de diagnóstico e terapêutica;
- f) Unidades de tratamento, recuperação e reabilitação de toxicodependentes, nomeadamente clínicas de desabilitação, comunidades terapêuticas e centros de dia.

No caso das IPSS podem ainda ser apoiadas:

- a adaptação de unidades prestadoras de cuidados de saúde para cumprirem condições de licenciamento;
- a adaptação de instalações inactivadas ou obsoletas, para prestação de cuidados em internamento de estadia média e prolongada, bem como de apoio em situações de dependência física e funcional marcadas (saúde mental, doentes crónicos e terminais, doentes em coma profundo, entre outros).

## **5. Condições Gerais de Acesso e Critérios de Selecção**

Embora a Medida abranja todo o território continental português, a sua aplicação tem em conta as carências efectivas do sistema de saúde. Assim, com base numa matriz regiões/actividades, é definida a tipologia de projectos e localizações a privilegiar, bem como a intensidade dos incentivos a conceder.

Face ao montante de recursos disponível, são seleccionados prioritariamente os projectos que se mostrem capazes de melhor responder às carências identificadas. São igualmente privilegiados os projectos cujos promotores, no todo ou em parte, sejam profissionais não vinculados ao Serviço Nacional de Saúde.

A atribuição dos incentivos aos investimentos privados é feita com base em concursos e só os projectos mais pontuados são apoiados, face ao orçamento disponível para cada fase de candidaturas.

O sistema de incentivos é regulado por legislação nacional e respeita as regras comunitárias em matéria de concorrência.

### **5.1 Elegibilidade do destinatário final – micro e pequenas empresas do sector privado e sociedades cooperativas**

As entidades privadas que queiram candidatar-se aos incentivos devem reunir os seguintes requisitos:

- encontrar-se regularmente constituídas nos termos da legislação em vigor;
- cumprir as condições necessárias à actividade, nomeadamente ter situação regularizada em matéria de licenciamento;
- possuir a situação contributiva regularizada perante o Estado e a Segurança Social;
- dispor de contabilidade organizada, nos termos do Plano Oficial de Contabilidade;
- demonstrar uma situação líquida positiva no ano anterior à data da candidatura, no caso de empresas já existentes;
- cumprir outras disposições específicas, designadamente gozar de capacidade jurídica necessária para a prossecução da actividade e comprometer-se a afectar o projecto à actividade e localização geográfica por um período mínimo de cinco anos, contados a partir da data de celebração do contrato com o Ministério da Saúde.

### **5.2. Elegibilidade do destinatário final – Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS)**

- ser IPSS constituída e registada nos termos da legislação em vigor;
- cumprir ou passar a cumprir, em resultado da realização do projecto de investimento, a legislação e normativos aplicáveis aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde;
- possuir a situação contributiva regularizada perante o Estado e a Segurança Social;
- dispor de contabilidade organizada;

- cumprir outras disposições específicas, nomeadamente gozar de capacidade jurídica necessária para a prossecução da actividade.

### **5.3. Elegibilidade do projecto**

#### **5.3.1 Condições gerais:**

- enquadrar-se nos objectivos estratégicos do Programa e nos da presente Medida;
- cumprir as condições necessárias à actividade, designadamente ter situação regularizada em matéria de licenciamento ou ter projecto aprovado nos termos legais, quando aplicável;
- ter estudo de viabilidade técnica, económica e financeira;
- não constituir candidatura apresentada para financiamento por outro programa do 3º Quadro Comunitário de Apoio.

#### **5.3.2 Condições específicas**

- **Para as entidades privadas, incluindo as sociedades cooperativas**
  - ser apresentado antes do início da sua execução, não sendo consideradas como integrantes do projecto as despesas pagas antes da sua candidatura, com excepção dos adiantamentos para sinalização, até 50%, e dos estudos realizados há menos de um ano ou, em casos devidamente justificados, de dois anos;
  - ter uma duração máxima de execução de 24 meses;
  - demonstrar que se encontram asseguradas as fontes de financiamento do projecto, devendo o contributo do promotor em capitais próprios representar pelo menos 25% do montante do investimento elegível, podendo incluir até 50% daquele valor de capitais próprios, suprimentos consolidados pelo período de execução do investimento;
  - corresponder a um investimento mínimo de 25 mil euros (5.012.050\$00).
- **Para as entidades do sector social**
  - ter início físico num prazo máximo de 6 meses após a aprovação da candidatura;
  - comprovar possuir financiamento assegurado no montante respeitante à contrapartida nacional.

### **5.4. Critérios de Selecção**

Na selecção dos projectos são considerados os seguintes critérios:

- a) Consonância com a política de saúde nacional e prioridades estratégicas nacionais e regionais;
- b) Contributo para os objectivos definidos para esta Medida
- c) Complementaridade e contributo para o desenvolvimento do sistema de saúde;
- d) Qualificação e experiência prévia das pessoas envolvidas no projecto;
- e) Qualidade técnica do projecto aos seguintes níveis:
  - Concepção geral, consistência e viabilidade técnica;
  - Monitorização e controlo de execução;
  - Formação associada ao projecto;
  - Metodologia de avaliação;
  - Plano de informação e publicidade.
- f) Envolvimento de pessoas sem vínculo ao SNS;
- g) Impacte previsto na obtenção de ganhos de saúde e na redução de desigualdades;
- h) Impacte previsto na criação de postos de trabalho;
- i) Garantia de continuidade/viabilidade financeira.

A aplicação destes critérios pode ser efectivada através de um sistema de pontuação.

## **6. Categorias de Beneficiários Finais**

O beneficiário final é o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF), que procederá aos pagamentos aos destinatários finais.

## **7. Destinatários Finais**

Os destinatários são empresas e sociedades cooperativas prestadoras de cuidados de saúde até 50 trabalhadores, Instituições Particulares de Solidariedade Social, Misericórdias e outras entidades privadas sem fins lucrativos

## 8. Entidade Responsável

Ministério da Saúde - Gabinete de Gestão do Programa Operacional Saúde

## 9. Calendário de Execução

Período de Programação  
1 de Janeiro de 2000 a 31 Dezembro de 2006

Período de Elegibilidade das Despesas Públicas  
19 de Novembro de 1999 a 31 Dezembro de 2008

## 10. Âmbito Geográfico

A presente Medida aplica-se a todo o território continental.

## 11. Indicadores de Acompanhamento

Indicadores		Situação Partida	Metas 2006
Adaptação de unidades de saúde de IPSS	N.º de projectos apoiados (número de unidades adaptadas)	--	30
	Número de postos de trabalho criados <sup>a)</sup>	--	100
Criação de unidades de prestação de serviços de saúde privados	Número de empresas criadas <sup>b)</sup>	--	170
	Número de empresas expandidas/adaptadas/qualificadas <sup>c)</sup>	--	80
	Número de postos de trabalho criados <sup>d)</sup>	--	900

a) O acompanhamento tem em conta os postos criados, por sexo e nível de qualificação.

b) O acompanhamento tem em conta o número de empresas ou sociedades cooperativas criadas, por sub-tipo de actividade/projecto.

c) O acompanhamento tem em conta o número de micro-empresas, pequenas empresas e sociedades cooperativas apoiadas por sectores de actividade.

d) O acompanhamento tem em conta os postos criados, por sexo e nível de qualificação.

## 12. Peso Financeiro

Esta Medida, a financiar pelo FEDER, representa cerca de 4,7% das despesas públicas elegíveis envolvidas no Programa.



## 6. PARCERIAS

O Programa Operacional Saúde foi elaborado a partir da Estratégia Nacional definida para o sector, tendo este 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, Organizações Não Governamentais (ONG's) ligadas ao sector, etc.

Os comentários recebidos produziram alterações, enriquecendo a configuração final da Estratégia.

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

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

De notar que durante o período de execução do Programa, os parceiros económicos e sociais, designadamente, os representantes das Ordens dos Enfermeiros, dos Farmacêuticos e dos Médicos e da Associação Nacional de Municípios, terão assento na Comissão de Acompanhamento, sendo-lhes, assim, assegurada a possibilidade de acompanhar o seu desenvolvimento e propor ajustamentos.

## **7. Plano de Financiamento**

**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	
		TOTAL	APOIO COMUNITÁRIO				FINANCIAMENTO PÚBLICO NACIONAL										
			TOTAL	FEDER	FSE	FEOGA	IFOP	TOTAL	Admin. Central	Adm. Local	Reg. Autón.	Emp.Púb. Outras					
<b>2000</b>	18.913.000	18.913.000	14.185.000	14.185.000					4.728.000	4.728.000							
<b>2001</b>	18.077.000	18.077.000	13.558.000	13.558.000					4.519.000	4.519.000							
<b>2002</b>	17.164.000	17.164.000	12.873.000	12.873.000					4.291.000	4.291.000							
<b>2003</b>	16.413.000	16.413.000	12.309.000	12.309.000					4.104.000	4.104.000							
<b>2004</b>	14.898.000	14.898.000	11.174.000	11.174.000					3.724.000	3.724.000							
<b>2005</b>	15.664.000	15.664.000	11.747.000	11.747.000					3.917.000	3.917.000							
<b>2006</b>	15.709.000	15.709.000	11.782.000	11.782.000					3.927.000	3.927.000							
<b>TOTAL</b>	<b>116.838.000</b>	<b>116.838.000</b>	<b>87.628.000</b>	<b>87.628.000</b>					<b>29.210.000</b>	<b>29.210.000</b>							

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

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	Ifop	Total	Admin. Central	Admin. Local	Regiões Autón.	Emp. Púb. Outras				
2000	15 151 000	4 823 000	3 617 000	3 617 000				1 206 000	1 206 000				10 328 000			
2001	14 512 000	4 620 000	3 465 000	3 465 000				1 155 000	1 155 000				9 892 000			
2002	13 817 000	4 398 000	3 298 000	3 298 000				1 100 000	1 100 000				9 419 000			
2003	13 252 000	4 218 000	3 165 000	3 165 000				1 053 000	1 053 000				9 034 000			
2004	12 605 000	4 012 000	3 008 000	3 008 000				1 004 000	1 004 000				8 593 000			
2005	12 681 000	4 036 000	3 028 000	3 028 000				1 008 000	1 008 000				8 645 000			
2006	12 211 000	3 887 000	2 915 000	2 915 000				972 000	972 000				8 324 000			
<b>TOTAL</b>	94 229 000	29 994 000	22 496 000	22 496 000				7 498 000	7 498 000				64 235 000			

**Nota:** Do total das despesas públicas programadas estima-se que 12.500.000 euros (cerca de 42%) se destinam a projectos do sector público e 17.494.000 euros (cerca de 58%) a intervenções no sector social que opera na área da Saúde.

Quadro 4 – PLANO GLOBAL DE FINANCIAMENTO DO PROGRAMA  
(TOTAL DOS EIXOS PRIORITÁRIOS)

(unid.: euros)

Ano/Componente	Custo Total	DESPESAS PÚBLICAS											Fundo Coesão	Outros	BEI		
		Total	Apoio Comunitário				Financiamento Público Nacional				Sector Privado						
			Total	Feder	Fse	Feoga	Ifop	Total	Adm. Central	Adm. Local		Reg. Autón.				Ent.Púb. Outros	
<b>2000</b>																	
Componente FEDER	111 813 000	101 485 000	76 116 000	76 116 000						25 369 000	25 369 000				10 328 000		
Componente FSE	2 918 000	2 918 000	2 190 000		2 190 000					728 000	728 000						
<b>Total</b>	114 731 000	104 403 000	78 306 000	76 116 000	2 190 000					26 097 000	26 097 000				10 328 000		
<b>2001</b>																	
Componente FEDER	106 348 000	96 456 000	72 344 000	72 344 000						24 112 000	24 112 000				9 892 000		
Componente FSE	2 838 000	2 838 000	2 122 000		2 122 000					716 000	716 000						
<b>Total</b>	109 186 000	99 294 000	74 466 000	72 344 000	2 122 000					24 828 000	24 828 000				9 892 000		
<b>2002</b>																	
Componente FEDER	100 369 000	90 950 000	68 214 000	68 214 000						22 736 000	22 736 000				9 419 000		
Componente FSE	2 726 000	2 726 000	2 046 000		2 046 000					680 000	680 000						
<b>Total</b>	103 095 000	93 676 000	70 260 000	68 214 000	2 046 000					23 416 000	23 416 000				9 419 000		
<b>2003</b>																	
Componente FEDER	99 428 000	90 394 000	67 798 000	67 798 000						22 596 000	22 596 000				9 034 000		
Componente FSE	2 664 000	2 664 000	1 999 000		1 999 000					665 000	665 000						
<b>Total</b>	102 092 000	93 058 000	69 797 000	67 798 000	1 999 000					23 261 000	23 261 000				9 034 000		
<b>2004</b>																	
Componente FEDER	86 598 000	78 005 000	58 505 000	58 505 000						19 500 000	19 500 000				8 593 000		
Componente FSE	2 064 000	2 064 000	1 549 000		1 549 000					515 000	515 000						
<b>Total</b>	88 662 000	80 069 000	60 054 000	58 505 000	1 549 000					20 015 000	20 015 000				8 593 000		
<b>2005</b>																	
Componente FEDER	89 145 000	80 500 000	60 375 000	60 375 000						20 125 000	20 125 000				8 645 000		
Componente FSE	2 123 000	2 123 000	1 593 000		1 593 000					530 000	530 000						
<b>Total</b>	91 268 000	82 623 000	61 968 000	60 375 000	1 593 000					20 655 000	20 655 000				8 645 000		
<b>2006</b>																	
Componente FEDER	87 108 000	78 784 000	59 090 000	59 090 000						19 694 000	19 694 000				8 324 000		
Componente FSE	2 176 000	2 176 000	1 633 000		1 633 000					543 000	543 000						
<b>Total</b>	89 284 000	80 960 000	60 723 000	59 090 000	1 633 000					20 237 000	20 237 000				8 324 000		
<b>TOTAL</b>																	
Componente FEDER	680 809 000	616 574 000	462 442 000	462 442 000						154 132 000	154 132 000				64 235 000		
Componente FSE	17 509 000	17 509 000	13 132 000		13 132 000					4 377 000	4 377 000						
<b>Total</b>	698 318 000	634 083 000	475 574 000	462 442 000	13 132 000					158 509 000	158 509 000				64 235 000		

Quadro 5 – PLANO GLOBAL DE FINANCIAMENTO POR TIPO DE REGIÕES

(unid.: euros)

Ano/Tipo de Regiões	Custo Total	DESPESAS PÚBLICAS											Sector Privado	Fundo Coesão	Outros	BEI		
		Total	Apoio Comunitário					Financiamento Público Nacional										
			Total	Feder	Fse	Feoga	Ifop	Total	Admin. Central	Admin. Local	Reg. Aut.	Ent. Púb. Outros						
<b>2000</b>																		
Regiões com apoio transitório	23.891.000	22.031.000	16.525.000	16.050.000	475.000			5.506.000	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	20.591.000					8.468.000				
<b>2001</b>																		
Regiões com apoio transitório	24.002.000	22.134.000	16.601.000	16.123.000	478.000			5.533.000	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	19.295.000					8.024.000				
<b>2002</b>																		
Regiões com apoio transitório	23.316.000	21.501.000	16.126.000	15.662.000	464.000			5.375.000	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	18.041.000					7.604.000				
<b>2003</b>																		
Regiões com apoio transitório	13.661.000	12.598.000	9.448.000	9.176.000	272.000			3.150.000	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	20.111.000					7.971.000				
<b>2004</b>																		
Regiões com apoio transitório	7.851.000	7.239.000	5.429.000	5.273.000	156.000			1.810.000	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	18.205.000					7.981.000				
<b>2005</b>																		
Regiões com apoio transitório	6.959.000	6.417.000	4.813.000	4.675.000	138.000			1.604.000	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	19.051.000					8.103.000				
<b>2006</b>																		
Regiões com apoio transitório	3.462.000	3.193.000	2.394.000	2.325.000	69.000			799.000	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	19.438.000					8.055.000				
<b>TOTAL</b>	<b>698.318.000</b>	<b>634.083.000</b>	<b>475.574.000</b>	<b>462.442.000</b>	<b>13.132.000</b>			<b>158.509.000</b>	<b>158.509.000</b>					<b>64.235.000</b>				
Regiões com apoio transitório	103.142.000	95.113.000	71.336.000	69.284.000	2.052.000			23.777.000	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	134.732.000					56.206.000				

**Quadro 6 – REGIONALIZAÇÃO DO INVESTIMENTO POR NUTS II**

(unid.: euros)

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



Quadro 7 - PLANO DE FINANCIAMENTO DAS MEDIDAS

(unid.: euros)

Eixo Prioritário/ /Medida	Domínio de Intervenção	Custo Total	DESPESAS PÚBLICAS											Sector Privado	Fundo Coesão	Outros	BEI	
			Total	Apoio Comunitário					Financiamento Público Nacional									
				Total	Feder	Fse	Feoga	Ifop	Total	Adm. Central	Adm. Local	Reg. Aut.	Ent.Púb. Outros					
<b>Eixo Prioritário I</b>		<b>116.838.000</b>	<b>116.838.000</b>	<b>87.628.000</b>	<b>87.628.000</b>						<b>29.210.000</b>	<b>29.210.000</b>						
Medida 1.1	36 (83%); 343 (17%)	57.622.000	57.622.000	43.216.000	43.216.000						14.406.000	14.406.000						
Medida 1.2	36	43.216.000	43.216.000	32.412.000	32.412.000						10.804.000	10.804.000						
Medida 1.3 *	411 (80%); 412 (5%); 413 (15%)	16.000.000	16.000.000	12.000.000	12.000.000						4.000.000	4.000.000						
<b>Eixo Prioritário II</b>		<b>487.251.000</b>	<b>487.251.000</b>	<b>365.450.000</b>	<b>352.318.000</b>	<b>13.132.000</b>					<b>121.801.000</b>	<b>121.801.000</b>						
Medida 2.1	36	290.177.000	290.177.000	217.637.000	217.637.000						72.540.000	72.540.000						
Medida 2.2	321 (40%); 322 (50%); 323 (10%)	144.650.000	144.650.000	108.491.000	108.491.000						36.159.000	36.159.000						
Medida 2.3	36	34.915.000	34.915.000	26.190.000	26.190.000						8.725.000	8.725.000						
Medida 2.4	23	17.509.000	17.509.000	13.132.000		13.132.000					4.377.000	4.377.000						
<b>Eixo Prioritário III</b>		<b>94.229.000</b>	<b>29.994.000</b>	<b>22.496.000</b>	<b>22.496.000</b>						<b>7.498.000</b>	<b>7.498.000</b>					<b>64.235.000</b>	
Total FEDER		680.809.000	616.574.000	462.442.000	462.442.000						154.132.000	154.132.000					64.235.000	
Total FSE		17.509.000	17.509.000	13.132.000		13.132.000					4.377.000	4.377.000						
Reg.c/ Ap. Trans.		103.142.000	95.113.000	71.336.000	69.284.000	2.052.000					23.777.000	23.777.000					8.029.000	
Reg.s/ Ap. Trans.		595.176.000	538.970.000	404.238.000	393.158.000	11.080.000					134.732.000	134.732.000					56.206.000	

\* Assistência Técnica

Quadro 8 – MAPA INDICATIVO DO FINANCIAMENTO DA REGIÃO DE LISBOA E VALE DO TEJO (POR EIXO E POR MEDIDA)

Eixo Prioritário/ /Medida	Domínio de Intervenção	Custo Total	DESPESA PÚBLICA											Sector Privado	(unid.: euros)			
			Total	Apoio Comunitário					Financiamento Público Nacional						Fundo Coesão	Outros	BEI	
				Total	Feder	Fse	Feoga	Ifop	Total	Admin.	Central	Ad. Local	Reg. Aut.					E.Púb. Outros
<b>Eixo Prioritário I</b>		<b>17.257.000</b>	<b>17.257.000</b>	<b>12.943.000</b>	<b>12.943.000</b>						<b>4.314.000</b>	<b>4.314.000</b>						
Medida 1.1	36 (59%); 343 (41%)	8.250.000	8.250.000	6.187.500	6.188.000						2.062.000	2062000						
Medida 1.2	36	3.220.000	3.220.000	2.415.000	2.415.000						805.000	805000						
Medida 1.3 *	411 (80%); 412 (5%); 413 (15%)	5.787.000	5.787.000	4.340.250	4.340.000						1.447.000	1.447.000						
<b>Eixo Prioritário II</b>		<b>71.967.000</b>	<b>71.967.000</b>	<b>53.975.250</b>	<b>51.923.000</b>	<b>2.052.000</b>					<b>17.992.000</b>	<b>17.992.000</b>						
Medida 2.1	36	40.600.000	40.600.000	30.450.000	30.450.000						10.150.000	10.150.000						
Medida 2.2	321 (40%); 322 (50%); 323 (10%)	23.771.000	23.771.000	17.828.250	17.828.000						5.943.000	5.943.000						
Medida 2.3	36	4.860.000	4.860.000	3.645.000	3.645.000						1.215.000	1.215.000						
Medida 2.4	23	2.736.000	2.736.000	2.052.000		2.052.000					684.000	684.000						
<b>Eixo Prioritário III</b>	<b>161 (80%); 166 (20%)</b>	<b>13.918.000</b>	<b>5.889.000</b>	<b>4.416.750</b>	<b>4.417.000</b>						<b>1.472.000</b>	<b>1.472.000</b>					<b>8.029.000</b>	
Total FEDER		100.406.000	92.377.000	69.284.000	69.284.000						23.093.000	23.093.000					8.029.000	
Total FSE		2.736.000	2.736.000	2.052.000		2.052.000					684.000	684.000						
<b>Total LVT</b>		<b>103.142.000</b>	<b>95.113.000</b>	<b>71.336.000</b>	<b>69.284.000</b>	<b>2.052.000</b>					<b>23.777.000</b>	<b>23.777.000</b>					<b>8.029.000</b>	

\* Assistência Técnica

## 8. INDICADORES PARA ATRIBUIÇÃO DA RESERVA DE EFICIÊNCIA

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

Os critérios e indicadores de gestão e de execução financeira, de acordo com o previsto no Quadro Comunitário de Apoio, são os seguintes:

### Critérios Comuns de Gestão

Critérios	Indicadores	Objectivos
Qualidade do Sistema de Acompanhamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Percentagem em valor das Medidas para as quais se encontram dados completos disponíveis sobre a respectiva execução financeira e física.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informação financeira o mais tardar 3 meses após a aprovação do PO: 100%</li> <li>Informação física a partir de 01.01.2001: 100%.</li> </ul>
Qualidade do Sistema de Controlo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Montagem de um sistema de controlo financeiro, de acordo com as modalidades previstas no QCA e no Programa Operacional;</li> <li>Percentagem das despesas dos Fundos Estruturais cobertas por auditorias financeiras e de gestão relativamente ao total da correspondente intervenção dos Fundos Estruturais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>até ao final de 2000;</li> <li>igual ou superior a 5% a partir do final de 2000 (em relação ao custo total dos projectos aprovados no ano)</li> </ul>
Qualidade dos Critérios de Selecção	<ul style="list-style-type: none"> <li>Percentagem dos compromissos respeitantes a projectos escolhidos em função de critérios de selecção objectivos e claramente identificados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>100% a partir do ano 2000.</li> </ul>
Qualidade do Sistema de Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>Relatórios de avaliação intercalar de qualidade adequada.</li> </ul>	De acordo com as normas de qualidade predefinidas no Doc. de Trabalho 4 (Critérios MEANS): 100%.

### Critérios Comuns de Execução Financeira

Absorção dos Fundos Estruturais	<ul style="list-style-type: none"> <li>Percentagem das despesas relativas aos Fundos Estruturais apresentadas e declaradas admissíveis anualmente à Comissão relativamente ao plano financeiro do Programa Operacional Saúde.</li> </ul>	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.
---------------------------------	--	---

### Critérios Específicos de Execução Financeira

Efeito de alavanca	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valor dos investimentos realizados em relação aos recursos públicos mobilizados.</li> </ul>	1,1
--------------------	--	-----

Os critérios de eficácia (realizações físicas e resultados) estabelecidos para o Saúde XII são os seguintes:

### Critérios de Realização Física

Medida	Indicadores	Quantificação			
		LVT	Situação de Partida	2003	2006
Med. 1.1 – Informação, Promoção e Defesa da Saúde Pública	Número de centros regionais de saúde pública construídos e instalados		n.a.	2	5
		LVT	n.a.	1	1
Med. 1.2 – Áreas de Actuação Estratégica	Número de áreas estratégicas abrangidas por intervenções		n.a.	5	12
		LVT	n.a.	5	12
Med. 2.1 – Rede de Referência Hospitalar (RRH)	Número de hospitais abrangidos por RRH		n.a.	25	85
		LVT	n.a.	10	15
Med. 2.2 – Tecnologias de Informação e Comunicação	Número de instituições que utilizam a Rede Informática da Saúde (RIS) com os serviços básicos		100	464	2.473
		LVT	50	100	577
Med. 2.4 – Formação de Apoio a Projectos de Modernização da Saúde	Número de formandos abrangidos por formação associada a projectos financiados		5.000	20.000	65.000
		LVT	2.300	6.000	21.000
Med. 3.1 – Criação e Adaptação de Unidades de Prestação de Cuidados de Saúde	Número de unidades criadas e adaptadas com apoio		n.a.	85	280
		LVT	n.a.	10	30

LVT – Lisboa e Vale do Tejo

n.a. – não aplicável, uma vez que no anterior QCA não foram financiados projectos desta natureza.

**CrITÉrios de Resultados**

Eixo PrioritÁrio	Indicadores	QuantificaçŁo			
		LVT	SituaçŁo de Partida	2003	2006
Eixo PrioritÁrio I - Promover a Saúde e Prevenir a DoençA	Número de toxicodependentes que a rede de cuidados especializados consegue atender, por ano		27.500	30.000	35.000
		LVT	10.500	11.500	13.500
Eixo PrioritÁrio II - Melhorar o Acesso a Cuidados de Saúde e Qualidade	% de primeiras consultas no total de consultas externas hospitalares		21,6%	22,5%	23,8%
		LVT	25,4%	25,9%	26,4%
	% do efectivo do SNS abrangida por acçŁes de formaçŁo-projecto		1,0%	4,0%	7,5%
		LVT	1,0%	3,5%	6,5 %
Eixo PrioritÁrio III – Promover Novas Parcerias e Novos Actores na Saúde	Número de postos de trabalho criados no âmbito do regime de incentivos		n.a.	250	1000
		LVT	n.a.	30	130

LVT – Lisboa e Vale do Tejo

n.a. – não aplicável, uma vez que no anterior QCA não foram financiados projectos desta natureza.

## **9. AVALIAÇÃO DO PROGRAMA**

Os objectivos estratégicos do Programa Operacional Saúde - **Obter ganhos em saúde e assegurar aos cidadãos o acesso a cuidados de saúde de qualidade** - estão estreitamente ligados entre si, uma vez que a acessibilidade, a qualidade e os ganhos de eficiência do sistema concorrem para a obtenção de ganhos em saúde.

Deste modo, as medidas previstas (informação, promoção e defesa da saúde pública, intervenção em áreas de actuação estratégica, estabelecimento da rede de referenciação hospitalar, implementação de tecnologias de informação e comunicação, desenvolvimento de medidas conducentes à certificação e garantia da qualidade, assim como a estimulação de parcerias com os sectores social e privado para a prestação de cuidados de saúde em áreas carenciadas) concorrem de diversas formas e intensidades para a concretização dos objectivos estratégicos e, portanto, do Programa.

A avaliação ex-ante do Complemento de Programação encontra-se expressa nos sub-capítulos seguintes respeitantes a:

- Análise crítica das Medidas
- Análise SWOT do Programa
- Análise da coerência entre as Medidas e os Eixos Prioritários.

Esta avaliação complementa a avaliação ex-ante do Programa, realizada pela mesma equipa de avaliadores independentes.

Em ponto autónomo do presente capítulo inclui-se ainda a análise da coerência e pertinência das medidas do Programa.

### **9.1 Análise Crítica das Medidas**

#### **Medida 1.1. – Informação, Promoção e Defesa da Saúde Pública**

Esta Medida integra intervenções nas seguintes áreas: sistemas de informação e vigilância, controlo de qualidade e adequação de produtos sanguíneos, saúde de populações em risco, combate a patologias prioritárias, saúde pública, ambiente, higiene e segurança.

As acções ao nível da educação para a saúde, da profilaxia da doença e da defesa da saúde pública constituem-se, genericamente, como mais custo-efectivas do que as directamente associadas à prestação de cuidados de saúde de natureza curativa.

Esta Medida possui, pois, um elevado potencial de impacte sobre as situações que visa enfrentar, colmatando uma das mais relevantes insuficiências do sistema de saúde português nos últimos vinte anos - a fragilidade da actuação a este nível e a escassez de recursos financeiros atribuídos a este campo de acção sanitária.

O elevado número de projectos que podem integrar a Medida e a grande diversidade de áreas de intervenção aconselham o desenvolvimento de actividades de coordenação e de articulação estreita, de forma a eliminar eventuais duplicações (quer de recursos, quer de actividades), a potenciar as evidentes sinergias que podem ser desenvolvidas entre eles e a aumentar a sua capacidade para produzir os efeitos desejados sobre as áreas-alvo das actividades.

### **Medida 1.2. – Áreas de Actuação Estratégica**

Esta Medida abrange intervenções nas seguintes áreas: cuidados pós-anestésicos, cuidados e reabilitação precoce nos doentes com doença cerebrovascular, terapêutica da dor crónica, cuidados coronários, saúde mental, psiquiatria e alcoologia, apoio a toxicodependentes, ajuda humanitária e situações de excepção e catástrofe, cuidados paliativos, unidades especializadas de internamento.

Trata-se de uma Medida que visa dotar a rede nacional de serviços prestadores de cuidados de saúde com capacidade de resposta para uma série de situações patológicas que, pela dimensão que assumem na morbilidade e mortalidade dos portugueses, devem merecer especial atenção. Por outro lado, integra também actuações ao nível das actividades de socorro em situação de catástrofe no país ou no estrangeiro.

Se é certo que a Medida vem permitir colmatar insuficiências ao nível do aparelho de prestação de cuidados em situações que, actualmente, ou não têm resposta suficiente ou são atendidas em condições desadequadas, não é menos certo que a implementação desta Medida exige um especial cuidado.

Por um lado, porque não se encontra esgotada a capacidade de resposta dos serviços de saúde portugueses a uma série de situações nela previstas, exigindo-se, antes, um esforço organizativo e de aumento de produtividade e eficiência dos recursos humanos e técnicos já disponíveis.

Por outro lado, porque a Medida pode determinar um crescimento dos custos de exploração do sistema, sem que existam soluções ao nível do financiamento que os permitam suportar.

Finalmente, porque a sua implementação exige, no mínimo, o desenvolvimento de acções de formação de recursos humanos e, quase certamente, a deslocalização de profissionais de saúde diferenciados, o que é contrariado pela estrutural carência de alguns profissionais (médicos, enfermeiros ou técnicos) e pela inexistência de mecanismos efectivos de incentivo à deslocação desse tipo de profissionais para zonas consideradas menos atractivas.

### **Medida 2.1.- Rede de Referenciação Hospitalar**

Esta Medida visa a ampliação e modernização de hospitais, a aquisição e instalação de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, a criação e equipamento de serviços altamente diferenciados (cuidados intensivos, unidades transplante, radioterapia) e a gestão dos riscos hospitalares.

As questões suscitadas por esta Medida são, genericamente, semelhantes às da Medida 1.2.. De facto, está em causa um substancial financiamento para a criação e ampliação da oferta de cuidados hospitalares, que levanta problemas, quer ao nível dos custos de exploração, quer do recrutamento e fixação de recursos humanos altamente qualificados. Numa perspectiva de rede hospitalar, é conveniente que os diversos níveis da Rede detenham as capacidades necessárias para responderem às necessidades específicas que lhes compete satisfazer. Todavia, para além das questões atrás citadas, importa considerar que hoje, mercê das melhorias significativas das acessibilidades rodoviárias, Portugal é um país de maiores proximidades. O esforço de deslocação geográfica é hoje substancialmente menor do que há uma ou duas décadas atrás, o que exige um planeamento mais consentâneo com esta nova realidade. A disseminação de estruturas hospitalares, com as suas exigências próprias em recursos humanos, físicos e financeiros, as quais aumentam com o grau de diferenciação dos cuidados oferecidos, deve pautar-se por critérios de racionalidade, oportunidade e custo-efectividade, sob pena de se agravarem dramaticamente as carências já hoje experimentadas por muitos equipamentos localizados no exterior da faixa litoral ou fora dos três grandes pólos de concentração de recursos da saúde - Lisboa, Porto e Coimbra. É desejável o desenvolvimento da capacidade de resposta imediata a grande parte das situações que exigem a intervenção dos serviços prestadores de cuidados de saúde. Mas haverá ainda muito a obter dos actuais recursos disponíveis, designadamente, no que respeita aos cuidados primários e à sua articulação com os cuidados hospitalares. Esta é uma área em que qualquer investimento, por menor que seja (tanto mais que é ao nível organizacional e de gestão que o maior esforço é necessário), tem um impacte positivo garantido. Outro factor a considerar é a rede existente de prestadores privados, os quais, em articulação contratualizada com o Serviço Nacional de Saúde, podem assegurar um amplo leque de cuidados, tornando desnecessário parte do investimento previsto. Ignorar a existência do sector privado e o contributo que pode representar



para uma rede de cuidados diferenciados representa uma irracionalidade do planeamento estatal e a oportunidade de concretizar uma relação mais responsável e rigorosa entre os sectores público e privado da saúde.

### **Medida 2.2. - Tecnologias de Informação e Comunicação**

Esta Medida contempla o apoio a projectos no âmbito da criação e desenvolvimento de sistemas de informação e comunicação em saúde.

Trata-se de uma Medida efectivamente estruturante, que permite criar o esqueleto básico de conhecimento e actuação sobre o sistema de saúde em geral e sobre o Serviço Nacional de Saúde em particular. A sua concretização desencadeará uma multiplicidade de impactes sobre praticamente todas as áreas de gestão do sector - do controlo das actividades convencionadas à produtividade dos recursos humanos, do financiamento dos serviços ao aumento da acessibilidade dos cidadãos.

No entanto, a grande quantidade e diversidade dos projectos que integram esta Medida obrigarão a um substancial esforço de coordenação, no sentido de se evitarem duplicações desnecessárias e de se potenciarem as sinergias evidentes que existem entre os diversos projectos. A sua aplicação deve considerar a oferta existente no mercado no que se refere a sistemas de informação e, eventualmente, ao estabelecimento de parcerias com empresas privadas para o desenvolvimento de soluções.

Um outro problema que pode decorrer da concretização desta Medida é o da utilização da informação. Trata-se de uma quantidade imensa de nova informação, disponibilizada muitas vezes em tempo real. Ora, actualmente, não parece existir capacidade para os destinatários dos sistemas de informação existentes lidarem com a relativamente parca informação produzida, pelo que, no futuro, com uma muito maior quantidade de informação disponibilizada, esta incapacidade resultará mais agravada. É, pois, necessário um esforço suplementar de formação dos utilizadores da informação, bem como de criação de novas competências no âmbito da interpretação e utilização dos dados, sob risco de se criar um sistema produtivo de utilização com reduzida eficácia ao nível decisional, qualquer que seja o nível - central, regional, local, institucional ou individual - dos respectivos utilizadores.

### **Medida 2.3. – Certificação e Garantia da Qualidade**

Esta Medida compreende intervenções no âmbito da criação de sistemas de certificação de serviços de saúde públicos e privados, de sistemas de garantia da qualidade e dos sistemas de informação necessários ao seu funcionamento e desenvolvimento. Integra, ainda, financiamento à construção, remodelação e ampliação de estruturas formativas, de âmbito nacional.

Trata-se de uma Medida igualmente estruturante. A principal debilidade desta Medida tem a ver com o contexto da sua aplicação aos serviços públicos. Como é sabido, os serviços públicos de saúde portugueses funcionam num contexto do qual está ausente, praticamente, qualquer concorrência ou competição. O acesso dos doentes está sujeito a regras administrativas, o financiamento dos serviços tem apenas uma base mínima de remuneração da produção, a liberdade de escolha do prestador, mesmo dentro do âmbito público, é muito limitado. Ora, tal contexto determina que a qualidade não seja um elemento essencial do sucesso dos serviços e organizações públicas, não tendo qualquer impacte, quer sobre a sua "clientela", quer sobre a remuneração da sua actividade. O que, finalmente, remete a questão da certificação e garantia da qualidade ou para o exercício do mero e transitório voluntarismo dos órgãos de gestão ou dos profissionais ou, pior, para o exercício do poder de tutela, obrigando os serviços públicos à certificação e à garantia da qualidade. É, por isso, necessário desenvolver os mecanismos que tornem as intervenções integradas nesta Medida estratégicas e essenciais ao sucesso dos serviços públicos de saúde, criando efeitos ao nível do financiamento, ao nível do desenvolvimento e diferenciação e, ainda, ao nível da responsabilização dos gestores. Sem a criação de um contexto competitivo, em que a qualidade organizacional e técnica sejam, efectivamente, essenciais à sobrevivência e ao sucesso dos serviços públicos, sem o desenvolvimento de uma cultura de responsabilização dos gestores e profissionais, esta Medida verá os seus efeitos limitados no âmbito e no tempo, desperdiçando-se uma oportunidade única de crescimento organizacional e de benefício para os cidadãos que utilizam os serviços de saúde.

#### **Medida 2.4. - Formação de Apoio aos Projectos de Modernização da Saúde**

Esta Medida integra as actividades de formação necessárias à implementação dos projectos constantes das outras Medidas. Na inexistência de uma Medida específica de formação contínua para o sector da saúde, por integração no Programa Emprego, Formação e Desenvolvimento Social, gerido pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade, esta Medida permitirá, pelo menos, assegurar formação essencial à concretização do Saúde XXI (2000-2006), isentando-o de um processo de financiamento que se prevê complexo e demorado, tal como se antevê venha a acontecer com a formação contínua.

Dada a relativa exiguidade de verbas previstas para esta Medida, é essencial que a sua gestão se pautar por rigorosos critérios de selecção das actividades a financiar, tendo em atenção, principalmente, dois factores: por um lado, a adequação das acções a financiar relativamente aos projectos de concretização do Saúde XXI e, por outro, a avaliação dos resultados de tal formação.

#### **Medida 3.1. – Apoio a Unidades de Prestação de Cuidados de Saúde dos Sectores Social e Privado (Regime de Incentivos)**

Esta Medida visa facilitar o aparecimento de pequenas e médias empresas do sector privado ou social que desenvolvam a sua actividade em complementaridade com o Serviço Nacional de Saúde, respondendo a necessidades de saúde dos cidadãos com menor diferenciação técnica.

A aparente exiguidade do financiamento previsto para o desenvolvimento desta Medida, a maior parte do qual será de origem privada, e a limitação de âmbito dos projectos a financiar poderão, eventualmente, constituir óbices à sua plena concretização. Esta Medida cria também a oportunidade de, mediante outro tipo de iniciativas do Governo, permitir um maior campo de actuação possível aos prestadores privados (principalmente aos de natureza empresarial privada ou social) em complementaridade e articulação com o sector público e aprofundar os mecanismos de contratualização dessa complementaridade, designadamente, através do desenvolvimento de projectos de investimento privado na rede pública (quer hospitalar quer de cuidados primários). Tais iniciativas governamentais terão, certamente, um impacte muito significativo no actual tecido prestador de cuidados de saúde (público, social e privado), potenciando a reforma de todo o sistema com um mais amplo leque de bases de referência (ao nível da gestão, da eficiência interna dos recursos, da acessibilidade).

## 9.2 Análise SWOT do Programa Operacional Saúde 2000-2006

FORÇAS	FRAQUEZAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Está em consonância com a Estratégia de Saúde definida para Portugal</li> <li>• Tem como objectivos estratégicos contribuir para a obtenção de ganhos em saúde e para melhorar o acesso aos cuidados de saúde</li> <li>• Prevê apoios diversificados às actividades de promoção da saúde e de prevenção da doença</li> <li>• Individualiza o apoio a projectos específicos para o desenvolvimento da rede de serviços de saúde pública no país</li> <li>• Inclui um investimento substancial no sistema de informação e comunicação na Saúde</li> <li>• Promove uma organização mais racional e sistémica dos recursos de maior especialização através da constituição de redes de referenciação hospitalar</li> <li>• Cria incentivos para o desenvolvimento de parcerias com os sectores social e privado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Montante financeiro previsto quase simbólico no contexto da realidade actual do sector (2,5 % das despesas públicas/ano com a saúde)</li> <li>• 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.</li> <li>• 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</li> <li>• A afectação predominante dos financiamentos ao SNS pode empobrecer a competição entre candidatos e a qualidade das candidaturas</li> <li>• Os incentivos às entidades dos sectores social e privado têm uma expressão pequena no global do PO</li> <li>• A sediação da formação contínua noutro PO pode dificultar a articulação entre esta formação e o conjunto das intervenções previstas para a Saúde.</li> </ul>
OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grande expectativa social quanto ao QCA III e seu contributo para o desenvolvimento do País</li> <li>• Sentido social da urgência das medidas de reforma na saúde</li> <li>• Diversas experiências inovadoras e projectos "em carteira" que poderão tornar-se realidade através do Saúde XXI</li> <li>• Constituição do Grupo Temático da Saúde, no âmbito da Comissão de Acompanhamento do QCA III, interligando os diversos PO e ampliando substancialmente o potencial de impacte deste Quadro no sector da Saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saúde XXI, 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"> <li>- Cumprimento da calendarização da execução financeira</li> <li>- Eventual insuficiência de candidaturas no âmbito de algumas medidas.</li> </ul> </li> </ul>

PO – Programa Operacional

### 9.3. ANÁLISE DA COERÊNCIA ENTRE OS EIXOS PRIORITÁRIOS E AS MEDIDAS

#### Eixo prioritário I – Promover a Saúde e Prevenir a Doença

Objectivos do Eixo das Medidas	1 - Aperfeiçoar o sistema de informação em saúde, conhecer melhor o estado de saúde dos portugueses e respectivos determinantes e accionar, em tempo, as medidas necessárias para corrigir tendências negativas	2 - Reforçar as infraestruturas de promoção, protecção e segurança da saúde, com especial incidência na implementação da rede de serviços de saúde pública	3 - Desenvolver projectos que contribuam para uma melhoria das condições ambientais e, conseqüentemente, da qualidade de vida dos portugueses
<b>Medida 1.1</b> - Incrementar os processos de produção de informação e de monitorização sobre os estados de saúde da população portuguesa	● ● ●	● ● ●	
<b>Medida 1.1</b> - Desenvolver programas de promoção e prevenção dirigidos a situações específicas, à segurança de bens e serviços disponibilizados pelo mercado e a segmentos particulares da população	● ●	● ● ●	
<b>Medida 1.1</b> - 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 de controlo dos riscos ambientais	● ● ●	● ● ●	● ●
<b>Medida 1.1</b> - Capacitar o Serviço Nacional de Saúde para uma adequada gestão dos resíduos sólidos produzidos, diminuindo os impactes da tecnologia existente sobre a saúde pública e o ambiente		● ●	● ● ●
<b>Medida 1.2</b> - Desenvolver programas especiais de intervenção dirigidos a situações patológicas particulares, visando ganhos em saúde, nomeadamente a redução da mortalidade infantil e a melhoria da recuperação precoce	● ●	● ●	
<b>Medida 1.2</b> - Acelerar a melhoria dos indicadores respeitantes à saúde materno-infantil	● ●	● ● ●	
<b>Medida 1.2</b> - Alargar as redes de apoio ao tratamento de toxicodependentes, alcoólicos, doentes em situação terminal ou psiquiátricos	●	● ● ●	

Legenda: Forte - ●●●; Média - ●●; Fraca - ●

## ANÁLISE DA COERÊNCIA ENTRE OS EIXOS PRIORITÁRIOS E AS MEDIDAS

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

Objectivos do Eixo das Medidas	1 - Implementar redes de referenciação hospitalar por áreas de especialização prioritária	2 - Reforçar a utilização de tecnologias de informação e comunicação no sistema de saúde	3 - 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
<b>Medida 2.1</b> - Remodelar e apetrechar unidades hospitalares e outras com os meios necessários à sua integração em redes de prestação de cuidados	● ● ●	● ● ●	
<b>Medida 2.2</b> - 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	● ●	● ● ●	● ● ●
<b>Medida 2.2</b> - Dotar os serviços de saúde dos meios necessários à utilização de novas tecnologias de informação e comunicação	● ●	● ● ●	● ● ●
<b>Medida 2.3</b> - Promover a criação de sistemas de garantia de qualidade em saúde		● ●	● ● ●
<b>Medida 2.3</b> - Dotar os serviços de saúde das condições necessárias à sua adequação aos padrões de referência exigidos pelos sistemas de garantia da qualidade	●	● ●	● ● ●
<b>Medida 2.3</b> - Desenvolver e consolidar a rede de recursos de conhecimento em saúde	●	●	● ●
<b>Medida 2.4</b> - Viabilizar o desenvolvimento dos projectos de modernização sectoriais, através da qualificação dos profissionais de saúde envolvidos na realização dos mesmos	● ●	● ●	● ●

**Legenda:** Forte - ●●●; Média - ●●; Fraca - ●

## ANÁLISE DA COERÊNCIA ENTRE OS EIXOS PRIORITÁRIOS E AS MEDIDAS

### Eixo prioritário III – Promover Novas Parcerias e Novos Actores na Saúde

Objectivos	1 - Facilitar o reforço de parcerias para a prestação de cuidados de saúde em áreas carenciadas, em especial com os sectores social e privado	2 - Contribuir para a dinamização das desigualdades em saúde
do Eixo das Medidas		
<b>Medida 3.1</b> - Facilitar a criação de novas parcerias com os sectores social e privado, para a prestação de cuidados de saúde, em áreas carenciadas	● ● ●	● ● ●
<b>Medida 3.1</b> - Dinamizar e apoiar a criação e o desenvolvimento de micro e pequenas empresas (até 50 trabalhadores) de novos prestadores de cuidados de saúde	● ● ●	● ● ●
<b>Medida 3.1</b> - Contribuir para a diminuição das desigualdades em saúde, reforçando e alargando as complementaridades e ampliando as possibilidades de escolha dos cidadãos	● ● ●	● ● ●

**Legenda:** Forte - ●●●; Média - ●●; Fraca - ●

#### 9.4. ANÁLISE DA COERÊNCIA E PERTINÊNCIA DAS MEDIDAS DO PROGRAMA OPERACIONAL SAÚDE

POTENCIAÇÃO DE PONTOS FORTES	PROGRAMA OPERACIONAL SAÚDE Medidas *						
	1.1	1.2	2.1	2.2	2.3	2.4	3.1
Universalidade dos cuidados de saúde	111	111	111	111	111	111	111
Solidariedade do financiamento				11			
Rede de estabelecimentos de saúde cobrindo a totalidade do território	11	111	111	1	1	1	11
Sentido de apropriação dos "serviços de saúde" pelas populações	11			1			1
Tradição e práticas de saúde pública bem estabelecidas (vacinação, por exemplo)	111	11			1	1	
Existência de alguns centros de excelência e de pólos de boas-práticas	11	11	111	1	111	11	
Elevada qualificação em alguns grupos profissionais					11	11	
Reconhecimento político alargado de que o Serviço Nacional de Saúde tem sido um núcleo essencial na garantia da coesão social	11	11	11	11	11	11	

\* Não inclui a Medida 1.3 – Assistência Técnica



## ANÁLISE DA COERÊNCIA E PERTINÊNCIA DAS MEDIDAS DO PROGRAMA OPERACIONAL SAÚDE (cont.)

REDUÇÃO DE FRAQUEZAS	PROGRAMA OPERACIONAL SAÚDE Medidas *						
	1.1	1.2	2.1	2.2	2.3	2.4	3.1
Dificuldade de articulação e coordenação estratégicas	11	11	11	111	1	11	
Excessivo centralismo e burocratização da Administração Pública	1			111	11	11	111
Serviço Nacional de Saúde demasiado virado sobre si próprio	11			11	1		111
Insuficiente racionalidade na organização, gestão e funcionamento do sistema de saúde, bem como nas opções de investimento	11	11	11	11	11	11	
Problemas no acesso e qualidade dos cuidados	1	11	111	111	111	1	11
Deficiente planeamento de recursos humanos com défices, excessos e má distribuição			11	1			
Proporção baixa do contributo público para a despesa total em saúde (59%)							
Escassez de resposta a necessidades de saúde emergentes (cuidados no domicílio, na comunidade, internamento de estadia média e prolongada, cuidados paliativos)		11				1	111
Sistemas de informação, comunicação e avaliação pouco desenvolvidos	111	1	1	111	11	1	

\* Não inclui a Medida 1.3 – Assistência Técnica

## ANÁLISE DA COERÊNCIA E PERTINÊNCIA DAS MEDIDAS DO PROGRAMA OPERACIONAL SAÚDE (cont.)

APROVEITAMENTO DE OPORTUNIDADES	PROGRAMA OPERACIONAL SAÚDE Medidas *						
	1.1	1.2	2.1	2.2	2.3	2.4	3.1
Existência de uma estratégia explícita de desenvolvimento do sistema de saúde	111	111	111	111	111	1	1
Grande expectativa social quanto às reformas no sector	11	11	11	11	11		11
Sentido social da urgência das reformas	11	11	11	11	11		11
Início de práticas de contratualização em saúde				111		1	1
Algumas experiências inovadoras na gestão de centros de saúde e hospitais, na telemedicina e noutros domínios				11	11	11	
Lançamento das bases para o Sistema de Qualidade na Saúde	1			1	111	11	
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	1			1	1		1
Ambiente social e político favorável às dinâmicas intersectoriais e às parcerias entre os sectores público, social e privado	11						111

\* Não inclui a Medida 1.3 – Assistência Técnica

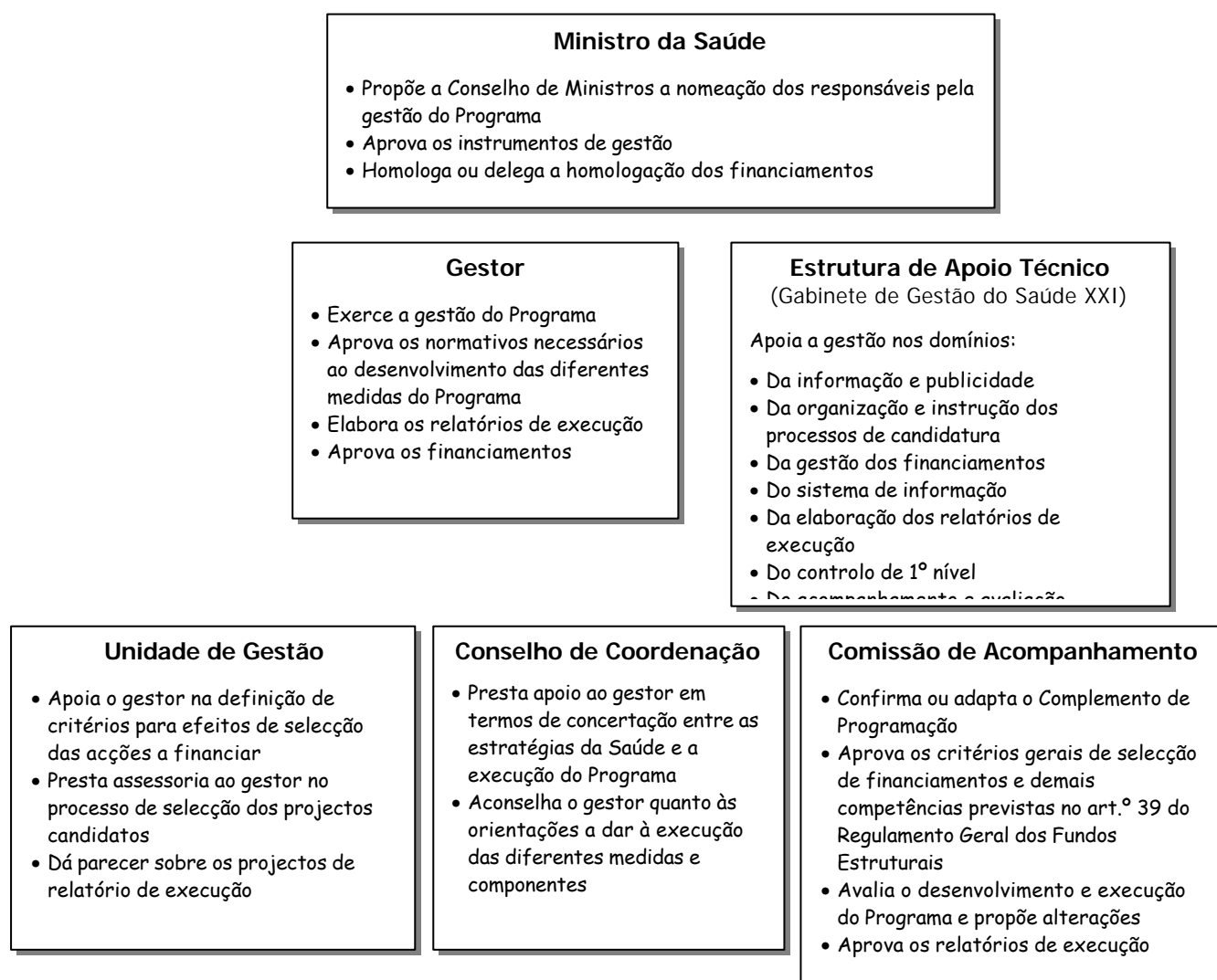
## ANÁLISE DA COERÊNCIA E PERTINÊNCIA DAS MEDIDAS DO PROGRAMA OPERACIONAL SAÚDE (cont.)

MINORAÇÃO DAS AMEAÇAS	PROGRAMA OPERACIONAL SAÚDE Medidas *						
	1.1	1.2	2.1	2.2	2.3	2.4	3.1
Insustentabilidade/ruptura financeira				111	1		111
Insustentabilidade social - perda da adesão da classe média, com risco para a solidariedade no financiamento			11	11			1
Carência no mercado, a curto/médio prazo, de alguns tipos de profissionais			1				
Desmotivação progressiva dos profissionais de saúde e insensibilidade crescente às necessidades, expectativas e preferências dos cidadãos	1	1	1	11	11	1	
Redução do investimento na promoção da saúde, por efeito de "desvio" no fluxo financeiro para áreas tecnológicas de grande consumo de recursos	111						

\* Não inclui a Medida 1.3 – Assistência Técnica

## 10. 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:



## 10.1 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) n.º 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.

### **Unidade de Gestão**

O Gestor do Programa Operacional Saúde no exercício das suas funções, é, ainda, assistido, 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
- Administração Regional de Saúde do Norte
- Administração Regional de Saúde do Centro
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
- Administração Regional de Saúde do Alentejo
- Administração Regional de Saúde do Algarve

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.

A Direcção-Geral do Desenvolvimento Regional e o Instituto de *Gestão* do FSE, 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*.

Os coordenadores de componentes do Programa Operacional Saúde e os responsáveis pelas unidades de controlo e de apoio operacional do Gabinete de *Gestão* podem igualmente participar nos trabalhos da Unidade de *Gestão* quando as matérias a tratar sejam do seu interesse directo.

O gestor do Programa poderá convidar a participar nos trabalhos da Unidade de *Gestão*, em função da sua natureza, representantes de associações e organizações da área da Saúde.

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

### **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, com carácter permanente, pelos dirigentes máximos 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
- Administração Regional de Saúde do Norte
- Administração Regional de Saúde do Centro
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
- Administração Regional de Saúde do Alentejo
- Administração Regional de Saúde do Algarve

Igualmente a título permanente integra este órgão um representante do Gabinete do Ministro da Saúde.

Quando as matérias em análise sejam do seu interesse directo, participam também neste Conselho os dirigentes dos seguintes organismos:

- Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência
- Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento
- Instituto Português do Sangue
- Instituto Nacional de Saúde
- Instituto Nacional de Emergência Médica

## **10.2 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;
- b) Os coordenadores das componentes do Programa;
- c) Os coordenadores da intervenção regionalmente desconcentrada da Saúde;



- d) Um representante do Gabinete do Ministro da Saúde;
- e) Representantes da Direcção-Geral do Desenvolvimento Regional e do Instituto de Gestão do FSE, entidades responsáveis pela gestão nacional dos fundos comunitários envolvidos, se não integrarem a Unidade de Gestão;
- f) Um representante do Ministério do Ambiente e do Ordenamento do Território
- g) Um representante do membro do Governo responsável pela 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) Um representante de cada um dos seguintes parceiros:
  - Ordem dos Enfermeiros
  - Ordem dos Farmacêuticos
  - Ordem dos Médicos
- j) Um representante da Associação Nacional de Municípios Portugueses;
- l) Um representante da Inspecção 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) Elaborar e aprovar o respectivo Regulamento Interno;
- b) Confirmar ou adaptar o Complemento de Programação, incluindo os indicadores físicos e financeiros a utilizar no acompanhamento do Programa;
- c) Analisar e aprovar, nos seis meses subsequentes à aprovação do Programa, os critérios de selecção das operações financiadas no âmbito de cada medida;
- d) Avaliar periodicamente os progressos realizados na prossecução dos objectivos específicos do Programa;
- e) 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;
- f) Analisar e aprovar o relatório anual e o relatório final de execução antes do seu envio à Comissão Europeia;
- g) Analisar e aprovar todas as propostas de alteração ao conteúdo da Decisão da Comissão Europeia que aprova o Programa Operacional Saúde;

- h) Propor ao *Gestor* adaptações ou revisões do Programa que permitam alcançar os objectivos definidos ou aperfeiçoar a gestão da intervenção, inclusivamente na sua gestão financeira;
- i) Analisar os critérios de repartição entre projectos nacionais sectoriais e regionais sectoriais.
- j) A Comissão de Acompanhamento constituirá um Grupo Técnico de Avaliação, com o objectivo de acompanhar o processo de avaliação.

### **10.3 GABINETE DE GESTÃO DO SAÚDE XXI (Estrutura de Apoio Técnico)**

O Gestor e a Unidade de Gestão são apoiados por uma Estrutura de Apoio Técnico, designada Gabinete de Gestão do Saúde XXI, que integra na sua estrutura 2 unidades:

- Departamento de Apoio Operacional
- Departamento de Controlo

O endereço do Gestor do Programa é o seguinte:

**Gabinete de Gestão do Saúde XXI**  
**Ministério da Saúde**  
**Edifício República - Av. da República, 50-5.º Esqº**  
**1050-196 Lisboa**  
**Tel: 21 781 80 10, Fax: 21 781 80 40**  
**E-mail: [iosmail@ios.min-saude.pt](mailto:iosmail@ios.min-saude.pt)**  
**Internet: [www.ios.min-saude.pt](http://www.ios.min-saude.pt)**

### **10.4 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, ainda, 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 da avaliação e acompanhar o lançamento e a realização dos estudos efectuados pelos avaliadores independentes, bem como pronunciar-se sobre os seus resultados.

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.

## **10.5 CONTROLO FINANCEIRO**

De acordo com o artigo 34º do Regulamento (CE) nº 1260/1999 do Conselho, de 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 detêm os originais dos processos técnicos e documentos comprovativos de despesa. Estas competências deverão ser desempenhadas directamente, podendo ser subcontratadas empresas de auditoria ou outras, com capacidade para 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 **controlo de 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 Estruturais 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 Inspeção 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) n.º 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, efectuem 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 39º 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, 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 das 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) n.º 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.



## 11. SISTEMA DE INFORMAÇÃO

De acordo com o artigo 34º do Regulamento (CE) nº 1260/99 do Conselho, de 21 de Junho de 1999, a Autoridade de Gestão é responsável pela criação e funcionamento de um dispositivo fiável de recolha e tratamento de dados físicos, financeiros e estatísticos sobre a execução do Programa Operacional Saúde, visando apoiar a gestão, o acompanhamento e a avaliação.

O sistema de informação específico do Programa permitirá dar resposta ao mínimo comum definido nas orientações da Comissão (lista indicativa referida no artigo 36º do Regulamento citado) 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 de actualização periódica 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 envolvidos, tendo em consideração as suas características próprias. A compatibilidade e a transferência de dados entre o sistema nacional e os sistemas específicos de cada Fundo serão asseguradas independentemente das suas particularidades. 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 primeiro nível 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, 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) Adotar 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.

O sistema de informação assentará num sistema de gestão de bases de dados relacionais, que incluirá os módulos-base de gestão dos dois Fundos (FEDER e FSE), os módulos de gestão de informação adicional de apoio à decisão e à construção de quadros estatísticos e módulos de compatibilização e comunicação com as aplicações informáticas da Direcção-Geral do Desenvolvimento Regional (DGDR) e com interfaces a disponibilizar via Internet.

No que diz respeito ao FEDER, prevê-se que as componentes específicas do Saúde XXI estejam activas no último trimestre de 2000, na sequência da consolidação da aplicação disponibilizada pela Direcção-Geral do Desenvolvimento Regional.

Quanto ao FSE, será utilizada a aplicação existente para a vertente FSE 1994-1999 até que, com a criação do sistema de gestão da base de dados nacional deste Fundo, seja possível desenvolver um módulo específico, que comporte as particularidades do Programa Operacional Saúde nesta componente.

A recolha de informação será feita via Internet, mediante a disponibilização de ecrãs de registo de candidaturas pelos executores. Estes dados serão analisados e validados pelo Gestor do Programa e, posteriormente, inseridos automaticamente na base de dados de gestão do Fundo em causa.

Para a exportação dos dados, nomeadamente dos necessários à aplicação informática da DGDR, serão executadas rotinas próprias, que a farão de modo automático.

Também para a disponibilização dos dados que se pretendam acessíveis via Internet às várias entidades interessadas, serão preparados módulos próprios que filtrarão a informação a divulgar, com a segurança que um sistema desta natureza exige.

Para o tratamento da informação contida nas bases de dados do Programa serão criados vários módulos, adequados às necessidades dos perfis dos utilizadores, permitindo, assim, a obtenção da informação pretendida sem necessidade de conhecimentos informáticos específicos por parte dos utilizadores finais.

Pretende-se, deste modo, não só que o sistema de informação tenha reduzido ao mínimo as tarefas de registo de dados, mas também que possua um alto nível de validação dos dados introduzidos e corresponda às necessidades de informação dos vários tipos de utilizadores e entidades externas.

A transmissão de dados em ficheiro "flat" será efectuada a partir de Julho de 2001. Entretanto a introdução de dados no sistema comum será efectuada manualmente a partir de Fevereiro de 2001.

## **12. INFORMAÇÃO E DIVULGAÇÃO (Plano de Comunicação)**

### **12.1 OBJECTIVOS E PÚBLICO-ALVO**

O plano estratégico de informação e publicidade do Programa (Plano de Comunicação) tem como objectivos específicos:

- Mobilizar os diversos intervenientes no sentido de conceberem projectos pertinentes e inovadores que contribuam para a modernização do sector da saúde;
- Criar as condições propícias a um adequado conhecimento das suas características, de modo a induzir uma utilização correcta dos apoios disponibilizados;
- Informar a opinião pública acerca do Programa, tornando visível o contributo dos Fundos Estruturais para melhorias qualitativas no domínio da Saúde em Portugal.

Da elevada diversidade e quantidade de acções previstas resulta a existência de vários grupos de beneficiários, com acentuado grau de diferenciação e especificidade em relação a interesses, motivações e necessidades de informação.

Assim, definem-se como públicos-alvo os seguintes:

- Dirigentes do Ministério da Saúde e das diferentes instituições do Serviço Nacional de Saúde
- Autoridades regionais e locais e outras autoridades públicas que potencialmente possam ser directa ou indirectamente envolvidos na execução dos diferentes projectos apoiados pelo Programa
- Organizações profissionais
- Parceiros económicos e sociais
- Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e Organizações Não Governamentais (ONG's), nomeadamente as que têm missões e actividades associadas à Saúde
- Potenciais beneficiários dos financiamentos

- Executores de projectos das diferentes áreas cobertas pelo Programa (beneficiários finais)
- Opinião pública
- Mass-media.

## **12.2 CONTEÚDO E ESTRATÉGIA DAS ACÇÕES DE INFORMAÇÃO E PUBLICIDADE**

A estratégia de comunicação do Programa passa por duas fases: a de lançamento e a de execução.

Dada a especificidade e as características de cada uma delas, assim como dos objectivos a alcançar, as iniciativas a promover são parcialmente distintas. Assim:

### **12.2.1 Fase de Lançamento (Junho de 2000 a Abril de 2001)**

Esta primeira fase destina-se a dar a conhecer o Programa a todos os potenciais beneficiários e ao público em geral, divulgando os seus objectivos estratégicos e as medidas que o integram e, ainda, a assegurar a memorização da sua imagem gráfica, com vista a facilitar a comunicação.

Neste universo assumem relevância especial os dirigentes do Ministério da Saúde, quer os de nível nacional, quer os regionais, pela sua função estratégica no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, sendo fundamental que conheçam as potencialidades oferecidas pelos Fundos Estruturais através do Programa e por outras intervenções operacionais integradas no QCA III, para apoiar mudanças no sector.

Para cumprir estes objectivos, o Plano de Comunicação será constituído pelas acções que a seguir se identificam, organizadas em duas vertentes: uma de comunicação interna, e, outra, de comunicação externa. Destacam-se as seguintes:

- **Comunicação Interna**

#### **Encontros de Dirigentes**

Na fase de lançamento do Programa é de crucial importância conseguir o empenhamento dos dirigentes nacionais, regionais e locais do Ministério da Saúde e das instituições do Serviço Nacional de Saúde.

Prevê-se um primeiro encontro nacional para os dirigentes dos serviços centrais e cinco encontros regionais (um em cada Região de Saúde) nos quais participarão administradores e directores das instituições de saúde.

Estes encontros regionais envolverão, ainda, os principais actores regionais e locais que tenham interacção com o sector da saúde, nomeadamente Autarquias Locais, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e Organizações não Governamentais (ONG's).

#### **Brochura Institucional do Programa**

Será preparada e editada uma brochura, tipo caderno, simples e acessível, explicando sucintamente o Programa, de forma a fornecer os conhecimentos básicos sobre o mesmo.

#### **Newsletter**

Publicação periódica de informações actualizadas sobre o Programa e das suas condições de aplicação e das realizações no âmbito das diversas medidas.

Esta acção continuará na 2ª fase, ou seja, de execução.

#### **Vídeo, PPT Show**

Elaboração de um produto de apoio às sessões informativas.

- **Comunicação Externa**

A divulgação junto dos potenciais beneficiários e do público em geral será realizada através de diversas acções, sendo de destacar as seguintes:

#### **Campanha Publicitária**

A campanha publicitária visa dar a conhecer o Programa aos seus potenciais promotores, afirmar a sua identidade gráfica, fomentar apetência junto das entidades de saúde para a sua utilização e dar visibilidade à participação dos Fundos Estruturais.

A campanha incluirá:

- Um anúncio institucional, a inserir nos jornais e revistas de maior tiragem, transmitindo a primeira mensagem sobre o Programa;
- Anúncios sobre a abertura das candidaturas no âmbito das várias medidas do Programa;
- Produção de material informativo, nomeadamente cartazes e folhetos para distribuição generalizada.

#### **Sessões de Informação**

Para além dos encontros internos já referidos, serão realizadas, sempre que julgadas convenientes ou a pedido das entidades interessadas, sessões de informação e esclarecimento adaptadas aos públicos em causa.

#### **Manual do Utilizador**

Elaboração de um documento contendo um conjunto de informações sobre a estrutura, objectivos, medidas, condições de acesso, processo de selecção dos projectos, pagamentos e demais procedimentos relativos aos financiamentos.

#### **Guia do Utilizador do Eixo Prioritário III (Regime de Incentivos)**

Elaboração de um folheto específico e outro material para os potenciais candidatos a financiamentos no âmbito do Eixo Prioritário III, com o objectivo de mobilizar as entidades deste universo.

#### **Site do Programa**

O site na Internet conterá informações actualizadas sobre o Programa.

#### **Folha Informativa**

Trata-se de uma folha destinada a comunicar informação just-in-time, que terá, em princípio, uma periodicidade mensal. Tem como objectivo essencial divulgar as principais realizações.

#### **Linha de Atendimento Telefónico**

Esta acção é constituída pela criação de uma linha azul de atendimento telefónico.

#### **Press-Room (Internet)**

Criação de um Press-Room no site do Programa, contendo informação actual e de background sobre o mesmo, para consulta e utilização pelos media em tempo real.

Complementarmente a estes meios, serão ainda utilizados audiovisuais como forma de promoção do Programa, compreendendo vídeo institucional, PPTShow e CD-Rom

### **12.2.2 Fase de Execução (Maio de 2001 a Dezembro de 2006)**

Durante esta fase pretende-se continuar a divulgar o Programa, apresentando simultaneamente alguns resultados e projectos de grande impacte ou que, pelo

seu carácter inovador, tenham efeitos demonstradores. Estão previstas, entre outras, acções do seguinte tipo:

### **Newsletter**

Esta newsletter terá, em princípio, uma periodicidade trimestral e procurará divulgar resultados do Programa, projectos, experiências e outros aspectos que retratem o seu desenvolvimento.

### **Seminário Anual de Promotores**

Destinado a todos os beneficiários finais do Programa para apresentação dos resultados alcançados.

Durante esta segunda fase serão mantidas algumas acções da Fase 1, nomeadamente o Press-Room, o Site do Programa e a Linha de Atendimento Telefónico.

O Programa procurará participar em eventos realizados na área da saúde (congressos, encontros, exposições, etc.), sempre que seja reconhecido o interesse da sua divulgação.

Ainda em termos de divulgação, o Programa dedicará uma atenção especial às publicações específicas da saúde para realizar as campanhas publicitárias que se mostrem aconselháveis.

## **12.3 AVALIAÇÃO DO PLANO DE COMUNICAÇÃO**

A crucial importância estratégica da comunicação do Programa, assim como a necessidade de obter resultados práticos e de aferir a imagem obtida através da execução do Plano de Comunicação, aconselham a sua avaliação anual.

Esta avaliação abrangerá aspectos de estrutura, de processo e de resultados analisados, em conformidade com os seguintes critérios:

<b>Estrutura</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Recursos financeiros envolvidos</li><li>• Tempo dedicado (a nível central e nos projectos)</li><li>• Meios de comunicação envolvidos</li><li>• Meios/suportes produzidos.</li></ul>
<b>Processo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Resultados de questionário/entrevistas estruturadas a pessoas-chave</li><li>• Pessoas/instituições atingidas.</li></ul>
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dinâmica evolutiva da recepção de candidaturas</li><li>• Tipo e número de notícias e referências não pagas nos media</li><li>• Nível de conhecimento do Programa pelos público-alvo</li><li>• Nível de conhecimento do Programa entre os profissionais do SNS</li><li>• Índices de notoriedade (share-of-voice) e de rentabilidade (GRP's)</li><li>• Índice de acesso ao site do Programa e de utilização de outros suportes.</li></ul>

#### **12.4 DOTAÇÃO ORÇAMENTAL**

A despesa total de execução deste Plano de Comunicação deverá corresponder a cerca de 15% da verba total prevista para a Assistência Técnica (Medida 1.3) e a aproximadamente 0,3% da dotação global do Programa.

Dos orçamentos anuais a afectar às acções de informação e publicidade prevê-se, indicativamente, o seguinte:

• Edições.....	18,4%
• Audiovisuais e meios electrónicos.....	8,3%
• Publicidade.....	52,5%
• Eventos de informação e divulgação e outras acções.....	20,8%

#### **12.5 ENTIDADE RESPONSÁVEL PELA IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE COMUNICAÇÃO**

O Gabinete de Gestão do Saúde XXI será a entidade responsável pela implementação do Plano de Comunicação e pela organização das acções que o integram, podendo, para o efeito, recorrer ao apoio de empresas especializadas.

O coordenador do Departamento de Apoio Operacional é, dentro do Gabinete de Gestão, o responsável pelo Plano de Comunicação.

Consoante o tipo de acções, a sua organização e realização poderá ser efectuada em parceria com os organismos do Ministério da Saúde mais directamente envolvidos na gestão e execução do Programa.

Todas as acções a levar a cabo no âmbito deste Plano de Comunicação cumprirão as normas de informação e publicidade definidas na legislação comunitária e nacional (Regulamento CE n.º 1159/2000).

No que diz respeito ao cumprimento da legislação comunitária e portuguesa em matéria de informação e publicidade por parte dos promotores, o Programa incluirá nos seus produtos de divulgação, nomeadamente no Manual do Utilizador, no Guia do Utilizador e no Site, em rubrica própria, o conjunto de normas correspondentes.

O respeito pelo cumprimento das disposições respeitantes a informação e publicidade por parte dos promotores dos projectos, será verificado através das acções de acompanhamento e controlo de 1º nível.

Encara-se a hipótese de, após a conclusão da Fase de Lançamento, realizar um estudo de avaliação do impacto da divulgação para detecção de debilidades e introdução de correcções em acções a organizar no futuro.



## 13. IGUALDADE DE OPORTUNIDADES

### 13.1. A Igualdade de Oportunidades entre Homens e Mulheres

#### A Igualdade do Género no QCA III

A promoção da igualdade de oportunidades entre as mulheres e os homens corresponde a uma preocupação comunitária e nacional que assume expressão, quer no Plano de Desenvolvimento Regional (PDR), onde surge como elemento essencial duma estratégia de desenvolvimento sustentável, quer no QCA III, 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 III 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 III define um conjunto de medidas destinadas a facilitar o acesso das mulheres aos apoios dos 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 respeita 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%.

Atendendo a este contexto, não foram previstas no Saúde XXI 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 Plano Global para a Igualdade de Oportunidades, 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.

### **13.2. 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 vêem 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.

## **Anexos**

## Regime de Auxílios<sup>1</sup>

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 de minimis)		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 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.

<sup>1</sup> **Nota:** A autoridade de Gestão, de acordo com o disposto na alínea g) do 1º parágrafo do artigo 34º, manterá actualizado este quadro e informará a Comissão, aquando da actualização do Complemento de Programação, de todas as modificações existentes. A introdução de novos regimes de ajudas implica uma modificação da decisão da Comissão relativa à intervenção. O artigo 4º da decisão da Comissão relativa a cada Programa (cláusula suspensiva relativa às ajudas de Estado) aplica-se às medidas que beneficiem de regimes de ajudas de Estado que são submetidas a medidas adequadas, ou que não tenham sido aprovadas. Actualmente, este aspecto aplica-se à Medida 3.1 (Criação e Adaptação de Unidades de Prestação de Cuidados de Saúde).

## **Regime de Protecção da Rede Natura 2000**

Na apresentação do QCA, as autoridades portuguesas assumiram o compromisso de apresentar a 2ª fase da lista de sítios propostos para a Rede Natura 2000 (com os mapas e as informações necessárias) de acordo com o artigo 4º da Directiva 92/43/CE (Habitats), durante o terceiro trimestre do ano 2000, assim como a garantia formal de que não deixariam deteriorar estes sítios aquando da realização das intervenções co-financiadas pelos Fundos Estruturais.

No âmbito dos citados compromissos, no momento da apresentação do complemento de programação relativo a cada programa operacional, importa fornecer informações sobre as medidas tomadas pelo Estado-membro para evitar a degradação dos sítios a preservar a título de Natura 2000.

Por forma a garantir o cumprimento das obrigações que lhe incumbem a título das políticas e acções comunitárias relativas à protecção e melhoria do ambiente, o Estado-membro considera essencial salientar os seguintes aspectos:

### **1. A Rede Natura e o Desenvolvimento Sustentável como Prioridade do Governo Português**

O desenvolvimento sustentável, que se apoia simultaneamente na prosperidade económica, na conservação da natureza e na equidade social e ambiental, constitui um desafio e uma oportunidade assumida pelo Governo Português.

A participação do ambiente na configuração de um novo modelo de crescimento para a economia e para a sociedade portuguesas, contribui para uma integração efectiva das políticas ambientais nas de coesão social, territorial e de desenvolvimento sectorial e para a transformação estrutural da economia portuguesa num quadro de valorização dos recursos naturais e do ambiente.

Na prossecução da prioridade atribuída pelo Governo Português ao desenvolvimento sustentável tem vindo a ser posto um grande empenhamento em importantes realizações de natureza ambiental, como é o caso da concretização da rede ecológica europeia "NATURA 2000" e a promoção de todos os esforços para que os sítios considerados de interesse comunitário sejam efectivamente preservados.

Esse empenhamento das autoridades portuguesas traduziu-se na aprovação pelo Governo (Resolução do Conselho de Ministros n.º 142/97 de 28 de Agosto) da lista nacional de sítios (1.ª fase) susceptíveis de serem designados como sítios de interesse comunitário. Esta fase é constituída, no território continental, por 31 sítios com uma área total de 1.137.836 ha, ocupando cerca de 12% do território. O Governo, concluídos os trabalhos de inventariação técnica dos valores ambientais e a necessária discussão pública, completou a lista nacional de sítios tendo aprovado a 2.ª e última fase da referida lista, contendo mais 29 sítios (ver RCM



76/2000 em anexo). A área ocupada por estes é de 435.374 ha que cobrem 4,9% do território. No total ficarão assim inscritos nas listas nacionais 60 sítios, com uma área de 1.572.899 ha, abarcando 17,7% do território.

Recorde-se, porém, que a expressão de Rede Natura em Portugal, inclui, ainda, as chamadas zonas de protecção especial, classificadas ao abrigo da directiva das aves, e que envolve 822.011 ha, correspondentes a 8,4% do território nacional.

Deste modo, a área classificada em Portugal Continental, após serem consideradas as áreas de sobreposição por inclusão quer na Rede Natura quer nas Zonas de Protecção Especial, totaliza 1.904.113 ha de área terrestre, o que corresponde a 21,47 % da superfície terrestre de Portugal Continental.

## **2. O Regime de Protecção dos Sítios da Rede Natura em Portugal**

A preocupação com a salvaguarda e protecção dos *habitats* e espécies que ocorrem nos sítios acima referidos, conduziu à adopção das medidas legislativas e regulamentares indispensáveis para assegurar o cumprimento das obrigações assumidas. Nesse sentido, foi publicado o Decreto-Lei n.º 140/99, de 24 de Abril, que transpõe para o quadro jurídico português as Directivas n.º 79/409/CEE (relativa à conservação das aves selvagens) e n.º 92/43/CEE (relativa à preservação dos *habitats* naturais e da fauna e flora selvagens). Em certos casos, quando a totalidade ou a parte dos sítios da lista nacional referida acima se localizem dentro dos limites de áreas protegidas já classificadas ao abrigo da legislação específica, trata-se fundamentalmente de garantir a eficácia do regime de protecção já existente. De um modo geral, esse regime específico das diferentes áreas já classificadas assegura uma gestão conforme com os valores ambientais a proteger. Estão nessas condições sítios com uma área de 932.842 ha, o que corresponde a cerca de 59% da área total dos sítios da lista nacional, cobrindo 10,47% do território português.

Em relação aos sítios que não correspondem a áreas anteriormente classificadas, está também previsto, no artigo 7.º do DL 140/99, de 24 de Abril, que os instrumentos de planeamento territorial ou outros de natureza especial, quando existam, devem conter as medidas necessárias para a salvaguarda dos valores que motivaram a sua inscrição na lista. Se esses instrumentos de gestão territorial em vigor não contemplarem tais medidas, deverão integrá-las na primeira revisão a que sejam sujeitos.

Caso não existam esses instrumentos de planeamento territorial ou de natureza especial, ou quando não garantam a conservação da área em causa ou, ainda, enquanto não ocorrer a revisão acima referida, a lei portuguesa (art.º 8º do DL 140/99) exige o parecer favorável do Instituto da Conservação da Natureza, do Ministério do Ambiente e do Ordenamento do Território (MAOT), para o licenciamento ou a autorização de determinados actos e actividades passíveis de afectar os valores a proteger no âmbito da Rede Natura 2000.

## **3. A Rede Natura e o QCA III em Portugal**

A conservação da natureza é um domínio prioritário de actuação no Quadro Comunitário de Apoio (QCA) III, assumindo um carácter transversal e interactivo com as políticas de utilização dos recursos naturais e planeamento do uso do solo, ao serviço de um desenvolvimento sustentável.

Nesta linha, o Governo Português pretende assegurar a correcta implementação das directivas "Aves" e "Habitats", nomeadamente a protecção das espécies e *habitats* naturais de interesse comunitário e a gestão adequada das zonas integradas na Rede Natura 2000, através da elaboração de planos de gestão e de medidas activas de conservação, mas também por via da consideração rigorosa das incidências ambientais dos investimentos financiados pelos fundos comunitários, particularmente quando estejam em causa sítios da Rede Natura.

Assim, o quadro de gestão e acompanhamento do Quadro Comunitário de Apoio (QCA) III adoptado em Portugal visa garantir que os investimentos a realizar no seu âmbito não prejudicam o ambiente e o ordenamento do território, prevendo-se para o efeito a presença de representantes do Ministério do Ambiente e do Ordenamento do Território (MAOT) em diversos órgãos de controlo e decisão, designadamente comissões e unidades de gestão.

Assim, nos termos do n.º 3 do art.º 4.º do Decreto-Lei n.º 54-A/2000 de 7 de Abril, sempre que estejam em causa questões relevantes em matéria do ambiente e conservação da natureza e ordenamento do território, haverá um representante do Ministério do Ambiente e do Ordenamento do Território na própria Comissão de Coordenação do QCA III, cuja missão é a respectiva coordenação global em todas as vertentes, de forma a assegurar a eficácia e a unidade dos procedimentos.

Por outro lado, cumpre dizer que nos termos do n.º 10 do art.º 31.º do Decreto-Lei n.º 54-A/2000, de 7 de Abril, as Unidades de Gestão relativas a intervenções operacionais com incidência directa em matéria de ambiente ou com incidência estruturante no ordenamento do território são sempre integradas por um representante do MAOT.

Finalmente, as Comissões de Acompanhamento dos diferentes Programas Operacionais serão integradas, também elas, por um representante do Ministério do Ambiente e do Ordenamento do Território, quando este não integre a respectiva Unidade de Gestão (alínea b) do n.º 1 do art.º 39.º do Decreto-Lei n.º 54-A/2000, de 7 de Abril).

A intervenção permanente do MAOT, a vários níveis, na gestão e acompanhamento do QCA III, reflecte a grande preocupação do Governo Português na integração das questões ambientais nos sectores de actividade económica e social e destina-se a assegurar a consideração das implicações ambientais dos projectos candidatos a financiamento, bem como evitar que os investimentos a realizar no âmbito do Quadro Comunitário de Apoio possam prejudicar o ambiente e o ordenamento do território e, de modo especial, os sítios da Rede Natura.

Em todo o caso, convirá recordar que a aprovação de um investimento não dispensa a sua concretização de respeitar os procedimentos e do regime jurídico de protecção de Rede

Natura (tal como foi descrito no ponto 2), adoptado pela legislação portuguesa em transposição das directivas comunitárias relevantes, bem como as disposições constantes dos instrumentos de gestão territorial aplicáveis e que, em muitos casos, constituirão o instrumento privilegiado de salvaguarda dos valores ambientais dos sítios da Rede Natura.