



PARTE C

SAÚDE

Gabinete da Secretária de Estado da Saúde

Portaria n.º 212-A/2018

1 — O XXI Governo Constitucional estabeleceu como objetivo fundamental a “Prioridade às Pessoas”, identificando a dignidade como o valor central da sociedade e as pessoas como o primeiro e mais importante ativo do país.

No seu programa para a saúde, o XXI Governo Constitucional estabeleceu ainda como prioridades “promover a saúde através de uma nova ambição para a saúde pública” e “defender o Serviço Nacional de Saúde (SNS)”, identificando um conjunto vasto de políticas públicas que estão alinhadas com as orientações e os objetivos do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2020 e que permitem dotar o SNS com melhor capacidade de responder às necessidades em saúde dos cidadãos, contribuindo para reduzir as desigualdades e para melhorar a sua qualidade de vida e bem-estar.

Foi neste contexto que se iniciou, em 2016, um processo de reforço do SNS, impulsionado pelo relançamento da reforma dos cuidados de saúde primários (Despacho n.º 200/2016), pela reforma dos cuidados de saúde hospitalares (Despacho n.º 199/2016) e pela reforma dos cuidados continuados integrados (Despacho n.º 201/2016). Adicionalmente iniciaram-se importantes reformas na área dos cuidados paliativos (Despacho n.º 1431-A/2016), na área da saúde mental, na área da integração de cuidados, do reforço dos cuidados de proximidade e da literacia, entre outras.

Em resultado deste amplo movimento de reforma e de reforço do SNS, são já hoje visíveis importantes melhorias nas várias áreas de prestação de cuidados de saúde.

Na área dos cuidados de saúde primários, tem sido possível aumentar progressivamente a cobertura da população por médico de família (96 % dos inscritos terão médico atribuído, no final de 2018, que compararam com os 89 % de 2015), assim como tem sido possível concretizar o objetivo de alargar progressivamente o número de Unidades de Saúde Familiar (USF) em atividade (teremos 532 USF, em 2018, mais 83 do que no final de 2015) e aumentar a capacidade resolutive dos cuidados de saúde primários, com mais respostas de saúde oral, de psicologia e de nutrição, com a implementação de rastreios de saúde visual, com o alargamento dos rastreios de base populacional nas áreas do cancro da mama, do cancro do colo do útero, do cancro do cólon e reto e da retinopatia diabética, com o reforço da capacidade de deteção precoce de doenças crónicas, com o aumento do número de unidades móveis de saúde que trabalham em proximidade com os cidadãos, com a disponibilização de mais meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Na vertente hospitalar, destaca-se a criação do sistema de Livre Acesso e Circulação de utentes no SNS (Despacho n.º 5911-B/2016), o qual permite que o cidadão, em conjunto com o seu médico de família, possa optar por ser seguido em qualquer entidade hospitalar do SNS onde exista a consulta de especialidade médica mais adequada à sua situação clínica. Destaca-se também a revisão das Redes de Referência Hospitalar que suporta o processo de requalificação da rede hospitalar do SNS; o reconhecimento dos atuais 111 Centros de Referência que se constituem como o expoente máximo de competências na prestação de cuidados de elevada qualidade em situações clínicas que exigem a concentração de conhecimentos, de experiência e de recursos técnicos e tecnológicos altamente diferenciados; o reforço dos processos de afiliação, de trabalho em rede e de gestão partilhada dos recursos no SNS (Despacho n.º 3796-A/2017); a regulamentação dos Centros de Responsabilidade Integrados, que aumentam a autonomia e a responsabilidade dos profissionais no cumprimento dos objetivos de melhoria do acesso, da qualidade e da eficiência dos cuidados que são prestados; o reforço das respostas hospitalares domiciliárias e na comunidade.

No desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), a nível nacional, destacam-se o alargamento sustentado do número de lugares de internamento de apoio domiciliário, bem como a criação de novas respostas no âmbito dos cuidados integrados pediátricos e de saúde mental.

A consolidação de uma Rede Nacional de Cuidados Paliativos funcional, plenamente integrada no SNS e implementada em todos os níveis de cuidados, procura assegurar a equidade no acesso a cuidados paliativos de qualidade, adequados às necessidades globais e às preferências individuais dos doentes e das suas famílias, concretizando-se na formação adequada dos profissionais de saúde, e na existência de

Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos em todos os Agrupamentos de Centros de Saúde e de Equipas Intra-Hospitalares de Cuidados Paliativos em todos os Hospitais e no desenvolvimento de Unidades de Cuidados Paliativos, nos hospitais mais diferenciados.

A melhoria da articulação e da integração de cuidados, impulsionadas pelo movimento de construção de um “SNS + Proximidade”, mais moderno, mais próximo, mais centrado nas pessoas, mais qualificado e com maior capacidade de resolução das situações de doença ao longo da vida. Este processo é constituído por diversos instrumentos que permitem reforçar a integração de cuidados, a proximidade e a centralidade no cidadão, nomeadamente os planos individuais de cuidados, as ferramentas de telessaúde, as respostas domiciliárias, entre outras, e inclui o Programa Nacional para a Educação em Saúde, Literacia e Autocuidados. Utiliza o conjunto de evidências existentes de que a educação, a literacia e o autocuidado são críticos não só para a promoção e proteção da saúde da população, mas também para a efetividade e eficiência da prestação de cuidados de saúde.

2 — Estas reformas têm sido acompanhadas pelo reforço dos recursos afetos ao SNS, quer seja em termos de recursos financeiros, quer seja em termos de recursos humanos ou de investimentos em instalações e equipamentos.

De facto, a dotação inicial para o SNS no Orçamento do Estado para 2018 é a mais elevada dos últimos 8 anos, assim como o número atual de profissionais a desempenhar funções nas entidades do SNS é o mais elevado de sempre (com um acréscimo de 8.000 profissionais face a 2015). Em todos os hospitais do país, encontram-se a decorrer investimentos de modernização e de melhoria das condições físicas e técnicas para a prestação de cuidados de saúde, destacando-se a requalificação de diversos serviços em todos os hospitais do país, a construção de novos hospitais, a renovação e ampliação de equipamentos pesados, entre outros investimentos em instalações e equipamentos do SNS, articulado com o plano de construção/remodelação de 113 centros de saúde distribuídos por todo o continente, durante o período de 2017 a 2019.

As reformas implementadas, em conjunto com o aumento de recursos que têm sido alocados ao SNS, têm contribuído para a consolidação dos elevados patamares de desempenho assistencial que se têm registado nas diversas áreas de prestação de cuidados em todo o país, em resposta ao aumento crescente da procura das entidades do SNS que se tem registado nos últimos anos, traduzindo-se no incremento dos níveis de acesso e de atividade realizadas, não só ao nível da atividade programada (quer seja nas consultas de cuidados primários ou de especialidade hospitalar, quer seja na atividade cirúrgica), como também da atividade não programada de internamento (especialidades médicas) e de urgência, com maior incidência nos picos relacionados com o inverno e com o verão.

Apesar do investimento e das mudanças que têm sido concretizadas no Setor da Saúde nos últimos 2 anos, o crescimento progressivo das necessidades em saúde da população, em resultado da transição demográfica e epidemiológica e do aumento da morbilidade, assim como o aumento do acesso dos utentes ao SNS, impulsionado pela diminuição das barreiras ao acesso já concretizadas, como seja o caso da redução dos custos para os cidadãos com o pagamento de taxas moderadoras ou dos transportes não urgentes, exige que seja dada continuidade à reorganização e ao reforço das respostas do SNS, desde os cuidados de saúde primários, aos cuidados continuados e aos paliativos, mas passando essencialmente pelos cuidados hospitalares, procurando assim garantir a todos um acesso equitativo e atempado aos serviços de saúde, onde lhes são prestados cuidados de qualidade, com elevados níveis de eficiência.

Esta é uma realidade transversal a todas as regiões de saúde do país que, no entanto, exige uma abordagem particular na área de influência da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), considerando as carências históricas que as respostas do SNS têm apresentado nesta região, quer seja ao nível da cobertura de utentes por médico de família (concentrando a ARSLVT o maior número de cidadãos sem médico de família a nível nacional), quer seja ao nível da articulação e da eficiência da resposta hospitalar, quer seja ao nível da cobertura da RNCCI.

É neste contexto que importa que seja definido um plano de requalificação das respostas do SNS na área de influência direta da ARSLVT, que permita aumentar a capacidade de resposta dos hospitais da região em termos de atividade programada e não programada, nomeadamente nas situações de urgência e emergência e no internamento hospitalar para as especialidades médicas, e que contribua para o reforço da articulação e do trabalho em Rede de todas as entidades prestadoras de cuidados de saúde que integram o SNS na região.

3 — Nos termos do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro, que aprovou a Lei Orgânica das Administrações Regionais de Saúde, é a ARSLVT que tem por missão garantir à população da respetiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades e cumprir e fazer cumprir políticas e programas de saúde na sua área de intervenção.

A ARSLVT é constituída por 4 NUTS III: Oeste, Área Metropolitana de Lisboa (AML), Médio Tejo e Lezíria do Tejo, totalizando 52 concelhos com características e dinâmicas diferenciadas, abrangendo cerca de 3,6 milhões de habitantes (2012), distribuídos por cerca de 13 mil km², correspondente a perto de 15 % do território de Portugal, sendo a sua densidade populacional de 275 habitantes/km², com maior concentração na Grande Lisboa, com 1.478 habitantes/km².

Em termos de projeções de demográficas, estima-se que nos próximos anos a população da ARSLVT continue com tendência decrescente, mantendo o agravamento do envelhecimento verificado nos últimos anos.

4 — O modelo organizacional dos cuidados de saúde primários na ARSLVT tem vindo a acompanhar o processo de reforma que se iniciou a nível nacional em 2005, e que foi relançado em 2016, permitindo assim a mudança para uma nova geração dos centros de saúde.

Os 15 ACES da ARSLVT desempenham a sua atividade contando com a colaboração de cerca de 8622 profissionais.

A constituição de USF na região tem vindo a ocorrer de forma gradual, evoluindo de 16 unidades em 2006, para 158 unidades em 2017.

Para além dos cuidados primários personalizados que são realizados nas USF e nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), a ARSLVT tem vindo a apostar também na criação de Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), executando assim um modelo de cuidados de proximidade, baseado em equipas multidisciplinares que asseguram a prestação de cuidados e promovem estilos de vida saudável na comunidade, bem como uma atuação junto de grupos de maior risco, vulnerabilidade e menor inserção social ou em áreas de grande concentração populacional e forte diversidade cultural.

No sentido de reforçar a qualidade dos cuidados de proximidade, bem como a sua resolatividade, a ARSLVT tem vindo a promover uma profunda reestruturação de infraestruturas e equipamentos, prosseguindo os seguintes objetivos:

a) Construção e remodelação de novos equipamentos de saúde, por forma a adequá-los aos requisitos funcionais para os cuidados de saúde primários, criando espaços que permitam alargar a oferta de serviços de saúde de qualidade às populações e a melhoria das condições de trabalho dos profissionais.

b) Diversificação da oferta de cuidados de saúde, adaptando-a às necessidades atuais, através da qualificação dos serviços e das respostas de saúde ao nível das infraestruturas e equipamentos, facilitadoras do acesso aos cuidados de saúde.

c) Melhoria dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos, através do reforço na proximidade da prestação de cuidados, focalizado na promoção da saúde e na prevenção da doença.

d) Atribuição de médico de família a todos os cidadãos residentes na região.

e) Melhoria das condições de acolhimento e atendimento nas unidades de saúde, numa lógica de modernização administrativa e de melhoria do relacionamento com o cidadão.

Na área das infraestruturas dos cuidados de saúde primários, a ARSLVT tem ainda em curso um plano de intervenção que tem como objetivo prioritário substituir, no prazo de 3 anos, a maior parte das instalações que atualmente funcionam em edifícios de habitação, inadequadas à prestação de cuidados de saúde de qualidade. Para o efeito, prevê-se a construção de raiz ou a profunda renovação de cerca de 70 instalações ou unidades funcionais existindo, em muitas situações, parcerias com autarquias locais, assim como a beneficiação de cerca de 90 unidades funcionais de forma a obter a sua adequação, em termos de funcionalidade e conforto, para os cidadãos e profissionais.

Este conjunto de intervenções proporcionará a renovação de mais de 1/3 da totalidade das instalações das unidades de saúde da ARSLVT onde se prestam cuidados de saúde primários.

5 — A oferta de cuidados hospitalares na área geográfica da ARSLVT é assegurada por Instituições, de regimes jurídicos diferentes (EPE, SPA e PPP), algumas agrupadas em centros hospitalares, assim distribuídos:

5.1 — Na Grande Lisboa:

a) Centro Hospitalar Lisboa Central, que integra: Hospital S. José; Hospital D. Estefânia, Hospital Santo António dos Capuchos; Hospital Santa Marta; Hospital de Curry Cabral; Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

b) Centro Hospitalar Lisboa Norte, que integra: Hospital de Santa Maria; Hospital Pulido Valente.

c) Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, que integra: Hospital de Egas Moniz; Hospital de Santa Cruz; Hospital São Francisco Xavier.

d) Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

e) Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

f) Hospital de Vila Franca de Xira.

g) Hospital Dr. José de Almeida, em Cascais.

h) Hospital Beatriz Ângelo, em Loures.

i) Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil.

j) Instituto Oftalmológico Dr. Gama Pinto.

5.2 — Na Península de Setúbal:

a) Centro Hospitalar de Setúbal, que integra: o Hospital São Bernardo e o Hospital Ortopédico Santiago do Outão.

b) Centro Hospitalar Barreiro Montijo, que integra o Hospital de Nossa Senhora do Rosário e o Hospital Distrital do Montijo.

c) Hospital Garcia de Orta, EPE.

5.3 — Na Região Oeste:

a) Centro Hospitalar Oeste que integra: o Hospital das Caldas da Rainha; o Hospital de Torres Vedras e o Hospital de Peniche.

5.4 — Na Região da Lezíria do Tejo:

a) Hospital Distrital de Santarém, EPE.

5.5 — No Médio Tejo:

a) Centro Hospitalar Médio Tejo que integra o Hospital de Torres Novas, o Hospital de Abrantes e o Hospital de Tomar.

O Centro Hospitalar de Lisboa Central e o Centro Hospitalar de Lisboa Norte são as instituições polivalentes mais diferenciadas da região, de acordo com a maior parte das Redes de Referência Hospitalar aprovadas, quer relativamente aos restantes hospitais da ARSLVT, quer para as instituições de saúde do Alentejo e do Algarve, que referenciam em geral para o Centro Hospitalar de Lisboa Central e Centro Hospitalar de Lisboa Norte, respetivamente.

Nos hospitais da ARSLVT estão já criados 49 Centros de Referência, que abrangem 22 das 23 áreas de atuação reconhecidas a nível nacional, representando assim o elevado nível de competências na prestação de cuidados de saúde de qualidade em situações clínicas que exigem uma concentração de recursos técnicos e tecnológicos altamente diferenciados, de conhecimento e experiência, devido à baixa prevalência da doença, à complexidade no seu diagnóstico ou tratamento e/ou aos custos elevados da mesma, sendo capaz de conduzir formação pós-graduada e investigação científica nas respetivas áreas médicas.

6 — Na ARSLVT, funciona desde 2013, a Urgência Metropolitana de Lisboa (UML). O modelo adotado pressupõe a reorganização de algumas especialidades durante o período de atendimento urgente noturno, das 20h às 8h, todos os dias da semana e resultou da crescente dificuldade de manutenção de uma oferta permanente de apoio à urgência, aliado à menor casuística do Serviço de Urgência durante o período noturno.

Os pressupostos de funcionamento da UML são: concentração de recursos humanos especializados e a utilização partilhada dos recursos dos Serviços de Urgência da ARSLVT; privilegiar a deslocação dos profissionais médicos em detrimento dos cidadãos; minimizar o recurso a horas extraordinárias ou de prevenção nas escalas; reforçar e promover a comunicação e articulação entre os serviços e o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

Foram estabelecidos critérios de referenciação clínica para a referenciação dos doentes em período noturno, sendo esses critérios definidos em sede das respetivas Comissões de Coordenação das Especialidades (que integraram médicos dos vários hospitais da região LVT).

Atualmente a UML funciona em dois polos (Centro Hospitalar de Lisboa Central e o Centro Hospitalar de Lisboa Norte) nas especialidades de Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Cirurgia Vasculuar, Cirurgia Plástica e Reconstrutiva, Cirurgia Maxilo-facial, Urologia e Gastroenterologia e ainda a Psiquiatria. A Pedopsiquiatria funciona num polo único no Centro Hospitalar de Lisboa Central, com a colaboração de médicos de especialistas de outros hospitais da região.

Em janeiro de 2016, foi implementado na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo um modelo inovador de resposta aos doentes com patologia vascular cerebral, assente numa estratégia colaborativa entre quatro instituições, o Centro Hospitalar de Lisboa Central, o Centro Hospitalar Lisboa Norte, o Centro Hospitalar Lisboa Ocidental e o Hospital Garcia de Orta que, em conjunto, asseguram a existência de resposta ininterrupta aos doentes de toda a RSLVT, Alentejo e Algarve, relativamente a duas situações diferentes: Aneurismas da circulação cerebral e acidentes vasculares isquémicos (AVC isquémico).

7 — A atividade dos hospitais da área da ARSLVT foi assegurada, em 2017, com a colaboração de 35.438 profissionais, de acordo com os dados relativos a 31 de dezembro, não considerando os profissionais que desempenham funções nos hospitais em PPP, o que representa um acréscimo de 5,5 % relativo ao final de 2015.

No seu conjunto, em 2017, os hospitais da ARSLVT asseguraram a realização de cerca de 2.300.000 episódios de urgência, 4.380.000 de consultas externas, 223.000 cirurgias, e trataram no internamento mais de 314.000 cidadãos, verificando-se crescimentos, face ao realizado em 2015, de 1,2 % no número de consultas, 5,4 % na atividade cirúrgica e 5 % no número de atendimentos nas urgências. Na atividade do internamento verifica-se uma estabilização da procura, já que a variação foi de apenas -0,5 %. De assinalar o peso que tem vindo a ser assumido pela Cirurgia de Ambulatório que, em 2015, representava 53 % da cirurgia programada realizada e, em 2017, representou 63 %, o que está em linha com as melhores práticas internacionais.

No final de 2017, existiam 7.871 camas de agudos nos hospitais da ARSLVT, ou seja, mais 157 do que no final de 2015, ainda assim abaixo do valor verificado em 2011.

8 — Estes ajustamentos têm por base estudos que incidiram sobre a evolução dos indicadores assistenciais dos hospitais integrantes da ARSLVT, particularmente a demora média e taxa de ocupação, tendo em conta algumas variáveis, de agravamento do envelhecimento da população, alterações epidemiológicas e o aumento de complexidade apresentada pelos doentes crónicos e com patologia múltipla que têm conduzido a alterações do modelo assistencial e à necessidade de uma maior articulação entre os diferentes níveis de cuidados.

Assim sendo, a otimização das taxas de ocupação (85 %), com uma demora média de 8,37 dias, e um aumento da ambulatorização dos cuidados e um aumento da resolutividade, nomeadamente, nas consultas externas traduzem-se na necessidade de 8.149 camas hospitalares, o que representará um aumento de 278 camas face à lotação de 2017, em todos os hospitais da ARSLVT, I. P.

Constituindo um indicador de desempenho assistencial importante, perspetiva-se que, nos próximos anos, a demora média não se reduza, apesar de todos os avanços técnicos e tecnológicos registados.

Mais recentemente vem-se acentuando a tendência para se agravar a dificuldade em dar alta aos doentes internados (sobretudo os mais idosos) em hospitais e em camas integrantes da RNCCI, facto que, aliado ao aumento de procura dos serviços de urgência, tem resultado em aumento das taxas de ocupação.

Esta realidade tem efeitos significativos sobre o número de camas disponíveis em serviços como os de Medicina Interna. Em 2017 havia, em todos os hospitais da ARSLVT, 1.580 camas de Medicina Interna que representavam 20 % da lotação total de hospitais da região.

9 — Analisado o contexto do internamento de agudos nos hospitais da ARSLVT, será importante ponderar também o que se tem passado com as camas de Medicina Intensiva.

A análise elaborada em fevereiro de 2017 pelo Grupo de Trabalho “Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência Medicina Intensiva”, concluiu que existe na Rede de Referência da Zona Sul (onde se inclui a ARSLVT) a necessidade de um plano de intervenção que vise dotar a Medicina Intensiva com estrutura e processos que se coadunem com a sua missão, tendo em atenção que a sua necessidade tende a aumentar nos próximos anos. De facto, em países com sistema de saúde idêntico ao português, o número de camas de cuidados intensivos tem vindo a aumentar paulatinamente.

10 — Nos próximos anos estão previstas alterações significativas na rede hospitalar da região de Lisboa, a começar pela construção de um novo hospital (Hospital Lisboa Oriental — HLO) a integrar em 2023 na rede de hospitais do SNS da ARSLVT.

Trata-se de uma Parceria Público-Privada com caráter infraestrutural, que terá por objeto a conceção, o projeto, o financiamento, a construção e a manutenção do complexo hospitalar, durante um prazo total de 30 anos, sendo 3 anos para a construção e 27 anos para a disponibilização e manutenção da infraestrutura, findos os quais o edifício reverte para o Estado, em condições de operacionalidade, manutenção e livre de encargos, mantendo a gestão dos serviços clínicos integralmente assegurada pelo Estado.

O HLO permitirá assegurar a maior parte da atividade do atual Centro Hospitalar de Lisboa Central e disporá de todas as especialidades nele atualmente existentes a que acrescem as especialidades de Reumatologia, Medicina Nuclear e de Radioncologia, estando prevista uma ligação reforçada à Universidade com forte componente de ensino e investigação. O HLO será totalmente informatizado, disporá de equipamento tecnologicamente avançado, pretendendo-se que apresente um elevado nível de privacidade e conforto para os utilizadores, circuitos bem definidos e capacidade de expansão futura.

A área de influência do HLO foi redesenhada tendo em consideração as decisões estratégicas tomadas pelo Ministério da Saúde, designadamente no que se refere a:

Áreas de influência e perfis assistenciais atualmente vigentes no que respeita ao hospital alvo de substituição;

Existência das três novas unidades hospitalares na região de Lisboa, os hospitais de Loures, de Cascais e de Vila Franca de Xira;

Prestação de cuidados de saúde à população residente em Lisboa através de três polos de atração, designadamente, o Centro Hospitalar de Lisboa Norte, o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental e o Hospital Lisboa Oriental;

O HLO contempla uma capacidade, no internamento, de 1087 camas de lotação, com requisitos mínimos de lotação de 875 camas.

Adicionalmente foi assegurada, na cidade de Lisboa, a manutenção de um hospital de proximidade com internamento (com 200 a 300 camas), em edifício atualmente ocupado pelo Centro Hospitalar de Lisboa Central, a definir, permitindo manter ou até aumentar a resposta assistencial global da região em termos de capacidade de internamento.

11 — Para além deste investimento muito significativo no HLO, estão em curso alterações na organização da resposta dos hospitais que irão contribuir em larga escala para uma significativa melhoria dos cuidados prestados às populações, na Área Metropolitana de Lisboa.

Desde já, importa salientar a construção de dois novos hospitais de proximidade, em Sintra e no Seixal. Estas novas estruturas serão essencialmente vocacionadas para o ambulatório (estão contemplados Serviço de Urgência Básica; Consultas Externas; Unidade de Cirurgia Ambulatória; Meios complementares de diagnóstico e terapêutica diferenciados e Unidade de convalescença). Sendo a organização do ambulatório, essencialmente vocacionada para uma resposta rápida às solicitações provenientes dos Cuidados de Saúde Primários, desenvolvendo o conceito de “clínica de um dia”, assegurando aos cidadãos, numa única deslocação ao hospital, a consulta, a realização dos meios complementares de diagnóstico e a adequada orientação e intervenção terapêutica.

O Hospital de Proximidade de Sintra, construído através de uma parceria com o Município de Sintra e cujo concurso para projeto se encontra já em curso, constituirá, com o Hospital Fernando da Fonseca, o futuro Centro Hospitalar Professor Fernando Fonseca, requalificando-se em polivalente o respetivo Serviço de Urgência. A capacidade instalada a par do gradual reforço da diferenciação do Hospital Fernando da Fonseca permitirão melhorar significativamente a resposta às necessidades da população.

Em 2018, a lotação do Hospital Fernando da Fonseca foi aumentada em 32 camas e está em curso o estudo para a instalação de 16 camas diferenciadas (cuidados intermédios polivalentes), respondendo assim a recomendações da Rede de Referência de Especialidade Hospitalar.

Este esforço de requalificação da resposta à população atualmente servida pelo HFF, irá ainda ser potenciado pela alteração perspetivada para a área de influência do Hospital de Cascais, que passará a integrar a totalidade dos utentes de algumas das freguesias de Sintra, que atualmente apenas se encontram abrangidas nas especialidades Materno-infantis, com consequente aumento previsto para a lotação desse hospital superior a 100 camas.

12 — Paralelamente, foi já autorizado o lançamento do concurso para conceção do projeto do Hospital de Proximidade do Seixal, com serviços e características organizacionais em tudo semelhantes ao Hospital de Proximidade de Sintra, e que, em conjunto com o Hospital Garcia de Orta, passará a constituir o Centro Hospitalar Garcia de Orta.

A capacidade instalada será significativamente aumentada, não só pela construção do Hospital de Proximidade do Seixal, mas também pela construção de um novo edifício no Hospital Garcia de Orta que concentrará a atividade de ambulatório, dispersa por vários pisos do edifício principal desse hospital, permitindo dedicar esses espaços a internamento, aumentando a lotação em 75 camas, ficando assim o rácio de camas de internamento mais ajustado às necessidades dos cidadãos servidos por este Hospital.

Igualmente na Península de Setúbal vai ter início, em breve, no Centro Hospitalar de Setúbal, a construção de um novo edifício que irá permitir a reorganização dos serviços deste Centro Hospitalar, com grande destaque para a instalação do Serviço de Urgência, incluindo Serviço de Observação, o que permitirá melhorar muito significativamente os cuidados prestados em ambiente de urgência.

13 — Estão ainda em curso ou ocorrerão, em 2018, intervenções de requalificação nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar do Oeste, no Hospital das Caldas da Rainha e no Hospital de Torres Vedras.

Serão também requalificados o Serviço de Urgência Pediátrica e Urgência Polivalente, do Centro Hospitalar de Lisboa Central, o Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Lisboa Norte, o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do Hospital Fernando Fonseca e o Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Barreiro/Montijo.

Estão também em curso intervenções no Hospital Distrital de Santarém (obras do Bloco Operatório), no Centro Hospitalar do Médio Tejo (Unidade de internamento de curta duração) no Centro Hospital Psiquiátrico de Lisboa (criação de uma unidade de internamento para adolescentes em parceria com o Centro Hospitalar de Lisboa Central), e ainda no Instituto Português de Oncologia de Lisboa (construção de novo edifício

do ambulatório enquanto decorrem, até 2020, as obras de remodelação de diversos serviços, designadamente do bloco operatório).

Por outro lado, encontra-se também prevista a requalificação da Rede Nacional de Queimados, que, na ARSLVT, tem instalações no Centro Hospitalar de Lisboa Central e no Centro Hospitalar de Lisboa Norte. No Centro Hospitalar de Lisboa Central, as unidades de adultos e pediatria serão beneficiadas a curto prazo, (estão previstas camas para Queimados no HLO) e, no Centro Hospitalar de Lisboa Norte, existirá um significativo acréscimo da capacidade existente, com a instalação de uma nova unidade para tratar doentes queimados graves.

Acompanhando as recomendações sobre Medicina Intensiva, o Centro Hospitalar de Lisboa Norte irá requalificar as camas de que dispõe através da criação de uma nova unidade que permitirá melhorar os rácios de camas de cuidados intensivos e intermédios polivalentes no eixo de referência de Lisboa Norte.

Também no Hospital de Peniche, do Centro Hospitalar do Oeste, será criada uma unidade de internamento em Psiquiatria.

Estão, enfim, em curso estudos para avaliar a eventual necessidade de criação de novos SUB na região, que deverão estar concluídos até ao final do 2.º semestre de 2018.

14 — A par da requalificação das instalações decorre ainda um significativo esforço de investimento parcialmente suportado por candidaturas a fundos comunitários do POR Lisboa, POR Centro, POR Alentejo, POSEUR e SAMA, que contribuem com cerca de 95 milhões de euros para um investimento total de 126 milhões de euros.

Uma parte muito significativa do investimento destina-se a dotar os hospitais de equipamento de diagnóstico e terapêutica altamente diferenciado (na área da Oncologia, Cardiologia e Oftalmologia, incluindo equipamento médico pesado), considerando que a inovação deve ser assegurada no SNS e, por maioria de razão, nos Hospitais que se constituíram em centros académicos, potenciando sinergias através do desenvolvimento de projetos que integrem o ensino, a investigação e a prestação de cuidados de saúde, contribuindo para a sua consolidação e dos centros de referência no contexto internacional, para além de ser essencial para garantir a continuidade da capacidade instalada na Área Metropolitana de Lisboa e para a existência de uma rede de hospitais adequadamente equipados numa lógica de proximidade aos cidadãos.

15 — A rede de cuidados continuados continuará a ser reforçada na área da ARSLVT. Estima-se que em 2018 passem a existir, na ARSLVT, 2243 lugares de internamento na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), (nas tipologias de Unidade de Convalescença, Unidade de Média Duração e Reabilitação e Unidade de Longa Duração e Manutenção e Saúde Mental).

Por outro lado, existem, nos Agrupamentos de Centros de Saúde da ARSLVT, 59 Equipas de Cuidados Continuados Integrados, com 2072 lugares de internamento domiciliário da RNCCI.

Assim:

Face ao exposto e atento o disposto no n.º 2 da Base VI da Lei de Bases da Saúde, aprovada e publicada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, no artigo 1.º e no n.º 1 do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, determino o seguinte:

1 — A ARSLVT, IP, assegura a reestruturação e requalificação da rede de cuidados de saúde na respetiva região, nos termos seguintes:

1.1 — Na Grande Lisboa:

- a) Construção do Hospital Lisboa Oriental;
- b) Manutenção de um Hospital de Proximidade, com internamento, na cidade de Lisboa;
- c) Reestruturação da Rede de Queimados no Centro Hospitalar Lisboa Central e no Centro Hospitalar Lisboa Norte;
- d) Reestruturação da Rede de Medicina Intensiva, com a criação da nova Unidade de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar Lisboa Norte e a requalificação da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.
- e) Construção do Hospital de Proximidade de Sintra, a integrar no futuro Centro Hospitalar Professor Doutor Fernando Fonseca;
- f) Requalificação da Urgência do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, reclassificando-a para polivalente.
- g) Criação de uma unidade de internamento para adolescentes no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, em parceria com o Centro Hospitalar de Lisboa Central.
- h) Requalificação do Instituto Português de Oncologia Dr. Francisco Gentil, com a construção de novo edifício do ambulatório e as obras de remodelação de diversos serviços, designadamente do bloco operatório;
- i) Reforço do papel do Instituto Oftalmológico Dr. Gama Pinto na diferenciação da resposta regional na área da Oftalmologia;
- j) Desenvolvimento do Parque da Saúde Pulido Valente na ótica da integração de cuidados.

1.2 — Na Península de Setúbal:

- a) Requalificação do Hospital Garcia de Orta com a construção de um novo edifício do Ambulatório;
- b) Requalificação do Centro Hospitalar de Setúbal com a construção de um novo edifício para o Serviço de Urgência e SO;
- c) Requalificação do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo;
- d) Dinamização do Hospital do Montijo, enquanto hospital de proximidade;
- e) Criação do Hospital de Proximidade do Seixal, a integrar no futuro Centro Hospitalar Garcia de Orta.

1.3 — Na Região Oeste:

- a) Passagem do Centro Hospitalar do Oeste a entidade pública empresarial.
- b) Requalificação do Centro Hospitalar Oeste com a construção de um novo edifício para o Serviço de Urgência do Hospital das Caldas da Rainha;
- c) Requalificação do Serviço de Urgência do Hospital de Torres Vedras do Centro Hospitalar Oeste;
- d) Beneficiação do SUB de Peniche.
- e) Constituição da Unidade de Psiquiatria no Hospital de Peniche, do Centro Hospitalar do Oeste.

1.4 — Na Região da Lezíria do Tejo:

- a) Requalificação do Bloco Operatório do Hospital Distrital de Santarém.

1.5 — No Médio Tejo:

- a) Análise da viabilidade de criação de uma Unidade de internamento de curta duração, no Hospital de Abrantes, do Centro Hospitalar Médio Tejo;
- b) Requalificação do Serviço de Urgência e do SO do mesmo Hospital.

2 — A ARSLVT monitoriza e supervisiona os projetos de investimento para beneficiação e requalificação dos Hospitais e Centros Hospitalares da região, para que sejam estritamente respeitados e integralmente cumpridos os respetivos calendários.

3 — A ARSLVT deve promover o ajustamento das lotações dos Hospitais e Centros Hospitalares da respetiva região, aumentando a capacidade de resposta na Medicina Interna, sem comprometer a disponibilidade ao nível das especialidades cirúrgicas, atento o objetivo de cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) definidos na Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, de acordo com as seguintes etapas:

- a) Até ao final do 3.º trimestre de 2018, o número de camas de agudos deve aumentar para 8.149;
- b) Com a conclusão dos projetos referidos no número anterior, o número de camas de agudos deve aumentar para 8.404.

4 — A ARSLVT deve avaliar o potencial de melhoria do desempenho dos hospitais da região ao nível do internamento, nomeadamente as taxas de ocupação, a demora média, os internamentos superiores a 30 dias, os reinternamentos e as referências para a RNCCI, designadamente tendo em atenção o *benchmarking* internacional, nacional e regional, elaborando, no prazo de 3 meses, orientações para a adoção de planos de melhoria contínua nos Hospitais e Centros Hospitalares da ARSLVT.

5 — Até final do primeiro semestre de 2018, a ARSLVT deve concluir os estudos de análise dos fluxos dos utentes para utilização dos serviços de urgência que compõem a Rede de Urgência e Emergências na região, que habilitem a tomada de decisão relativa à instalação de dois novos serviços de urgência básica (SUB), e respetiva localização.

6 — A ARSLVT deve ainda elaborar, em conjunto com todos os hospitais da região, até ao final de setembro de 2018, um plano de medidas concretas e quantificadas que contribua para:

- a) Implementar a criação de, pelo menos, 6 Centros de Responsabilidade Integrados;
- b) Melhorar a eficácia e a eficiência da resposta às situações de urgência e emergência, introduzindo iniciativas que permitam redirecionar os utentes para os cuidados programados e de proximidade.
- c) Consolidar os processos de afiliação e de trabalho em rede colaborativa das entidades do SNS na região, centrando a organização dos cuidados nas necessidades das pessoas e promovendo a cooperação entre estas entidades.
- d) Alargar o número de iniciativas que integrem o projeto “SNS + Proximidade”, nomeadamente as respostas no domicílio e na comunidade.

27 de março de 2018. — A Secretária de Estado da Saúde, *Rosa Augusta Valente de Matos Zorrinho*.