

No entanto, no decurso dos trabalhos da Comissão Nacional de Coordenação, tem-se verificado a necessidade de incluir na sua equipa de apoio técnico, profissionais com conhecimentos diferenciados que permitam uma maior complementaridade de saberes e experiências nas áreas da saúde e da segurança social, constituindo uma mais-valia no desenvolvimento da RNCCI e na implementação de estratégias. É este contexto que importa proceder-se à correspondente alteração ao suprarreferido despacho.

Assim e ao abrigo do disposto no n.º 2 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, determina-se o seguinte:

1 — É alterado o n.º 10 do Despacho n.º 176-D/2019, de 2 janeiro, publicado no *Diário da República* n.º 3, 2.ª série, de 4 de janeiro de 2019, que passa a ter a seguinte redação:

«10 — A Comissão deve ter uma equipa de apoio técnico, de suporte permanente, constituída por profissionais designados pelos organismos previstos no n.º 2 ou por profissionais propostos pelos coordenadores nacionais, desde que pertencentes a instituições ou serviços dos Ministérios do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social ou da Saúde e designados pelo respetivo membro do Governo.»

2 — O presente despacho produz efeitos no dia seguinte ao da sua publicação.

14 de maio de 2019. — O Ministro do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, *José António Fonseca Vieira da Silva*. — A Ministra da Saúde, *Marta Alexandra Fartura Braga Temido de Almeida Simões*.  
312301383

## SAÚDE

### Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde

#### Despacho n.º 5349/2019

Volvidos quase 10 anos desde a criação no Ministério da Saúde do Plano Estratégico do Baixo Carbono (PEBC) e do Programa de Eficiência Energética na Administração Pública (Eco.AP) impõe-se uma sistematização e reflexão sobre os resultados obtidos com a sua implementação, tendo em conta o desiderato das Resoluções do Conselho de Ministros n.º 93/2010, de 23 de novembro, n.º 2/2011, de 12 de janeiro, e n.º 20/2013, de 10 de abril, que visaram o desenvolvimento de uma política de eficiência energética na Administração Pública. Com efeito, o Plano Nacional de Ação para a Eficiência Energética (PNAEE 2016) e o Plano Nacional de Ação para as Energias Renováveis (PNAER 2020), ambos conducentes ao fomento de um modelo baseado na eficiente utilização de recursos (1), estabeleceram e reiteraram os modelos para a criação do Programa Eco.AP e para os Planos Estratégicos de Baixo Carbono sectoriais.

Estas iniciativas estabeleceram metas de eficiência energética, hídrica e mitigação da produção de resíduos até 2020, cuja evolução e tendência, ao nível do universo das entidades do Ministério da Saúde, têm sido monitorizadas através dos RMT — Relatórios de Monitorização Trimestral de Energia, Água e Resíduos e do Ranking Anual de Eficiência Energética e Hídrica dos Hospitais do SNS. Através dos RMT, tem sido possível estabelecer as bases para atuar na correção de comportamentos, tornando-os mais eficientes (materializando as disposições do Guia de Boas Práticas para o Sector da Saúde, nomeadamente através da realização das Campanhas de Sustentabilidade 2013/2014 e 2017/2018), bem como fomentar o aproveitamento de fundos de coesão europeus, alinhados com a promoção da eficiente utilização dos recursos energéticos, como o recente Aviso POSEUR-03-2016-65, que assegurou uma importante atribuição de subvenções a algumas entidades do Ministério da Saúde.

A elevada intensidade energética e hídrica, apanágio das entidades de prestação de cuidados hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS), para além da constante evolução no modelo assistencial, acompanhado das cada vez maiores exigências com a qualidade de ar interior das instalações, com as naturais repercussões no edificado e no respetivo perfil de consumos energéticos e hídricos, tem condicionado ou caracterizado fortemente o nível de convergência nas metas preconizadas para 2020, ao longo da evolução do PEBC & Eco.AP. Assinale-se, no entanto, e até ao corrente ano, que o esforço conjunto de toda a rede de entidades do Ministério da Saúde e respetivos *stakeholders* permitiu assinaláveis progressos do universo monitorizado, em termos de recursos hídricos, para além da otimização do nível de eficiência energética em algumas situações (incremento da produção de energia através de fontes renováveis, como fotovoltaico e aquecimento solar térmico,

eliminação dos encargos tarifários com componente reativa de energia elétrica, mudança do paradigma na tecnologia de iluminação interior e exterior entre outros).

Indissociáveis do sucesso deste Programa, assinalam-se alguns aspetos que importa salientar, na perspetiva de que se possam afirmar como uma tendência a seguir em futuros exercícios de gestão neste cada vez mais importante cenário: a manutenção e fortalecimento da função da rede de Gestores Locais de Energia e Carbono (GLEC) das entidades do Ministério da Saúde, a criação da figura do Editor do Portal do PEBC & Eco.AP (base de dados que serve o programa desde 2014), a colaboração com entidades de referência tais como a ADENE — Agência para a Energia e a DGEG — Direção-Geral de Energia e Geologia, o apoio ao meio académico universitário, em teses de mestrado e doutoramento, para além da sempre profícua colaboração com outros Ministérios, procurando disseminar o bom exemplo que este Programa constitui no contexto da Administração Pública. Avalia-se, igualmente, como de crucial e estratégica importância o potenciar das funcionalidades existentes do Portal do PEBC & Eco.AP, bem como do incentivo da prática de interligação com outras bases de dados, já iniciada com o Barómetro Eco.AP, da ADENE, no corrente ano, pela ACSS.

No seguimento dos aspetos referidos anteriormente, e dando continuidade aos princípios preconizados no Despacho n.º 5571/2018, de 24 de maio, de S. Exa. a Secretária de Estado da Saúde, determino que:

1 — Por constituir um modelo de sucesso, a Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS), em articulação com as Administrações Regionais de Saúde, I. P. (ARS), mantém a responsabilidade pela coordenação do PEBC & Eco.AP no Ministério da Saúde, conservando e fortalecendo a rede de Gestores Locais de Energia e Carbono (GLEC) e as respetivas atribuições, ao nível de todas as entidades do Ministério da Saúde.

2 — As entidades públicas do Sector da Saúde devem, através da implementação das medidas previstas no Guia de Boas Práticas para o Sector da Saúde ou de outras alinhadas com os mesmos objetivos que venham a identificar, bem como dos meios assinalados anteriormente neste Despacho, alcançar globalmente as seguintes metas de redução para 2019, relativamente a valores de 2011:

- a) Consumos de energia elétrica e gás: - 26 %
- b) Consumos de água: - 18 %
- c) Produção de resíduos: - 18 %

3 — Decorrente da sua recente inclusão na esfera das entidades da administração central e periférica do Ministério da Saúde e, simultaneamente, não comprometendo as metas definidas no PEBC & Eco.AP, a ADSE — Instituto de Proteção e Assistência na Doença, I. P., Instituto Público de Gestão Participada, deve, através da implementação das medidas previstas no Guia de Boas Práticas para o Sector da Saúde, assim como de outras que venha a identificar, procurar alcançar globalmente as seguintes metas de redução para 2019, relativamente a valores de 2011:

- a) Consumos de energia elétrica e gás: - 15 %
- b) Consumos de água: - 12 %
- c) Produção de resíduos: - 12 %

4 — Para o carregamento dos dados referentes aos consumos de energia elétrica, gás, água e de produção de resíduos, em todas as entidades do Ministério da Saúde continua a ser obrigatória a utilização do Portal do PEBC & Eco.AP do Ministério da Saúde.

5 — Atendendo às necessidades de desenvolvimento requeridas pela aplicação informática referida no número anterior, com o desenvolvimento de funções de *business intelligence*, incorporação de funcionalidades de reporte automático — atualmente realizadas de modo manual, bem como outras que se venham a identificar, determino que a exploração do Portal do PEBC & Eco.AP transite para a esfera dos SPMS — Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, até final de 2020, de modo a uniformizar esta aplicação com os princípios subjacentes ao Despacho de S. Exa. o Secretário de Estado da Saúde n.º 11253/2013, de 23 de agosto.

6 — Considerando o período associado à transição referida no número anterior, que deve ter início antes do final de 2019, este processo conta com a coordenação e orientações técnicas do sector de Instalações e Equipamentos da ACSS, e com a colaboração do SUCH — Serviço de Utilização Comum dos Hospitais, que procedeu ao desenvolvimento informático inicial do Portal do PEBC & Eco.AP, entre 2013 e 2014, em articulação com o grupo de trabalho criado pelo Ministério da Saúde para o efeito, nesse biênio, integrando a ACSS, a ARS Centro e a ARS LVT, e que, até ao presente, assegura o alojamento desta aplicação *web*, bem como os indispensáveis serviços de apoio de *helpdesk* e formação aos GLEC e Editores do Portal do PEBC & Eco.AP do Ministério da Saúde, nos moldes estabelecidos em 2013 com o Ministério da Saúde.

7 — De forma a continuar a tendência de incremento da taxa de reporte que, no ano de 2018, rondou os 83 %, determino a obrigatoriedade de todas as entidades do Ministério da Saúde continuarem a dispor de um GLEC, nomeado pelo órgão máximo de gestão de cada entidade, e de um Editor (função que pode, consoante a opção de cada entidade, ser acumulada com a de GLEC), este último responsável pela inserção dos dados com os consumos e custos de *utilities* e produção de resíduos, no Portal do PEBC & Eco.AP, referido no n.º 4.

8 — O GLEC de cada entidade pública do Sector da Saúde mantém as suas funções relativamente aos anos transatos, cabendo ao mesmo:

a) Garantir a monitorização trimestral dos consumos e dos custos com energia elétrica, gás, água e decorrentes da produção de resíduos, validando e submetendo essa informação através do portal mencionado no n.º 4, impreterivelmente até ao 45.º dia útil após o final de cada trimestre, para validação da respetiva ARS, se hospitalar, centro hospitalar, unidade local de saúde ou agrupamento de centros de saúde (ACES), ou junto da ACSS, para as restantes entidades públicas do Sector da Saúde;

b) Promover a implementação das medidas constantes no Guia de Boas Práticas para o Sector da Saúde, e/ou de outras do mesmo âmbito que contribuam para as metas definidas no n.º 2 ou n.º 3 (no caso da ADSE), bem como monitorizar os efeitos da sua implementação, prestando informação sobre o estado de execução das mesmas, através do portal referido no n.º 4, impreterivelmente até ao 45.º dia útil após o final de cada trimestre, junto da respetiva ARS ou da ACSS, conforme aplicável;

c) Participar nos procedimentos de aquisição de bens e serviços na sua entidade, de forma a assegurar que os mesmos possuam um desempenho elevado do ponto de vista da eficiência energética e hídrica;

d) Diligenciar, no sentido de promover o cumprimento de toda a legislação e regulamentação relacionada com a eficiência energética, nomeadamente a referente ao Sistema de Certificação Energética dos Edifícios, identificando as obrigações legais aplicáveis às instalações do seu domínio de responsabilidade.

9 — Aos GLEC das administrações regionais de saúde, para além das responsabilidades atribuídas no âmbito do número anterior, cabe ainda:

a) Coordenar a implementação do projeto na sua região de saúde, em articulação com as orientações da ACSS;

b) Validar e submeter a informação de monitorização trimestral dos hospitais, centros hospitalares, unidades locais de saúde e ACES da sua região, através do portal referido no n.º 4, impreterivelmente até ao 60.º dia útil após o final de cada trimestre, junto da ACSS;

c) Divulgar e promover a implementação das medidas constantes no Guia indicado no n.º 2 e de outras que se venham a identificar, assim como a partilha de ações em curso nas entidades da região.

10 — A ACSS deve concluir, impreterivelmente até ao 90.º dia útil após o final de cada trimestre, os resultados da monitorização trimestral prevista nos termos dos n.ºs 7 e 8, difundindo-os pelos GLEC das ARS e pelos GLEC das restantes entidades da administração central e periférica do Ministério da Saúde, para posterior difusão por todos os intervenientes.

11 — A ACSS deve concluir, impreterivelmente até ao final do 3.º trimestre de 2019, um *ranking* de eficiência energética e hídrica de 2018, a construir com base na informação a reportar pelas entidades públicas do Sector da Saúde, incidindo sobre as entidades hospitalares do SNS, difundindo-o pelos GLEC das ARS, para posterior difusão por todas as entidades hospitalares da respetiva Região de Saúde.

12 — O presente despacho entra em vigor na data da sua assinatura.

13 de maio de 2019. — O Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Francisco Ventura Ramos.

312296913

## Gabinete da Secretária de Estado da Saúde

### Despacho n.º 5350/2019

O XXI Governo Constitucional, no seu programa para a saúde, estabelece como prioridades o reforço do poder e a participação do cidadão no Serviço Nacional de Saúde (SNS), promovendo a expansão e melhoria de integração e consolidação da rede de cuidados, através designadamente da dotação do sistema com novos tipos de modelos de gestão.

Neste sentido, o SNS deve organizar-se de acordo com as necessidades e preferências do cidadão, no respeito pela sua dignidade e autonomia, focando-se na qualidade e na ética da prestação de cuidados e deve promover a disponibilidade, acessibilidade, comodidade, celeridade e humanização.

É importante reconhecer que as doenças de evolução prolongada — as doenças crónicas — representam um significativo desafio aos sistemas de saúde, particularmente nos seguintes aspetos:

a) Estão associadas ao envelhecimento das populações e às múltiplas circunstâncias associadas a esse envelhecimento;

b) Estão associadas a episódios de agravamento clínico, requerendo uma adequada integração de ações preventivas e de continuidade de cuidados;

c) Implicam um elevado nível de literacia em saúde para a obtenção de bons resultados na sua prevenção e na sua gestão;

d) Devem ser apoiados por circuitos bem definidos e sistemas de informação centrados no cidadão, no seu percurso de vida, nos processos de cuidados de saúde que experimenta e na capacidade que cada um tem de realizar o seu potencial de bem-estar.

A prevenção e a gestão da doença crónica impõem exigências que vão para além do que é necessário em relação aos cuidados episódicos da doença aguda de curta duração, mas não deve deixar de incluir uma resposta efetiva às manifestações súbitas associadas a doença de evolução prolongada.

É evidente que as diferentes tipologias de resposta atualmente praticadas no SNS — Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Hospitalares, Cuidados Continuados, Cuidados Paliativos e Cuidados no Domicílio — para além das suas reconhecidas particularidades, partilham especificidades e instrumentos de ação que lhes são comuns e de natureza similar. Importa por isso encontrar formas de beneficiar de modo mais efetivo o cidadão e o seu percurso, em concertação estratégica, sem pôr em causa a vocação de cada tipo de resposta, e a eficiência da sua gestão particular.

Entre os aspetos que dizem respeito às afecções de evolução prolongada ou de gestão complexa, há que dar especial relevo às seguintes dimensões do sistema de saúde:

a) Os determinantes da saúde e os fatores de risco de doença ao longo do ciclo da vida;

b) A prevenção da doença, nomeadamente discriminada nos seus diversos níveis;

c) Os processos de cuidados de saúde que correspondem ao percurso das pessoas através dos distintos serviços de saúde, procurando os melhores resultados possíveis com uma utilização eficiente dos recursos necessários para os realizar;

d) As múltiplas cadeias de valor da inovação em saúde e em cuidados de saúde;

e) A ativação individual e social para níveis mais elevados de literacia em saúde através da promoção de saúde.

A necessidade de veicular os objetivos identificados para os instrumentos de governação da saúde e da gestão dos serviços associados à sua realização tem sido reconhecida de várias formas, mas tem faltado um plano de implementação efetivo e agregador das várias disposições existentes.

Entre os instrumentos a conciliar na persecução destes objetivos referidos há que dar particular atenção aos seguintes:

a) Contratualização do desempenho das unidades do SNS;

b) Monitorização dos progressos na prevenção e gestão da doença;

c) Partilha de informação e literacia em prevenção e gestão da doença no seu conjunto;

d) Planeamento em saúde.

Assim determina-se o seguinte:

1 — É criado um grupo de trabalho com o objetivo de produzir orientações estratégicas para a prevenção e gestão da doença crónica e complexa no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, envolvendo todas as tipologias de cuidados de saúde atualmente praticadas.

2 — Ao grupo de trabalho compete:

a) Produzir orientações estratégicas para a prevenção e gestão da doença crónica;

b) Elaborar plano de implementação efetivo e agregador das diferentes tipologias de resposta de cuidados de saúde praticadas no Serviço Nacional de Saúde, que concilie a contratualização do desempenho das unidades do SNS, a monitorização dos progressos na prevenção e gestão da doença, partilha de informação e literacia em prevenção e gestão da doença no seu conjunto e planeamento em saúde;

c) Identificar as áreas e aspetos que careçam de ser legislados e regulamentados e/ou necessitem de alteração legislativa.

3 — O grupo de trabalho, que funciona na dependência do meu Gabinete, é constituído por:

a) Diogo Cruz e Válder Fonseca, em representação da Direção-Geral da Saúde, que coordena;