

Auditoria à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Relatório n.º 16/2024
2.ª SECÇÃO



TC
**TRIBUNAL DE
CONTAS**



PROCESSO N.º 18/2022 – AUDIT.

Auditoria à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Relatório

Dezembro de 2024

2



SINOPSE

O Tribunal de Contas realizou uma auditoria à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI ou Rede), com o objetivo de avaliar se esta, através das suas diferentes tipologias, garantiu o acesso dos utentes a cuidados de saúde de qualidade e financeiramente comportáveis, no período de 2017 a 2023.

A RNCCI, instituída em 2006, com o propósito geral de prestar cuidados de saúde e/ou de apoio social a pessoas que se encontrem em situação de dependência, baseia-se num modelo de intervenção que integra a saúde e a segurança social, abrangendo entidades prestadoras do Estado e do setor privado e social, entre as quais se destacam as Instituições do Setor Social e Solidário que, em 2023, representavam mais de três quartos do universo total de prestadores (77,8%; 196 num total de 252), com destaque para o papel das Misericórdias (47,2%; 119 prestadores), num quadro que podemos designar como de parcerias público-sociais.

Os seus objetivos de cobertura permanecem por concretizar, com as metas definidas para 2016 ainda por alcançar, com menos 4.774 lugares de internamento e menos 52 equipas de apoio domiciliário do que o previsto, correspondendo a um desvio negativo de 33,3% e 14,3%, respetivamente. Já em 2024 as metas de desenvolvimento da Rede foram revistas, remetendo a sua concretização para 2030.

Em 2023, aumentou a pressão sobre a capacidade de resposta da Rede, em resultado do crescimento de 28,5% no número de utentes referenciados (+11.328) face a 2017, observando-se assimetrias regionais nos tempos de acesso às diferentes tipologias. No final de 2023, existiam 1.804 utentes a aguardar vaga nas diferentes tipologias da Rede (+19,9% face a 2017), aos quais acresciam 2.267 utentes (+93,6% relativamente a 2017) cujos processos de referenciação ainda se encontravam em fase de validação.

A evolução da atividade assistencial entre 2017 e 2023 reflete uma estagnação da capacidade instalada, com o número de utentes assistidos na Rede a crescer a uma média anual de 2,1%, em linha com a variação média anual do número de diárias de 2,2%.

A falta de resposta da Rede é a principal causa de internamentos inapropriados nos hospitais, que têm vindo a contratar cada vez mais camas de retaguarda ao setor privado e social, cujo gasto médio por diária de internamento (111,98 €) tem sido superior ao preço das diárias de internamento na Rede, o que revela o potencial de poupança associado ao seu alargamento e à melhoria da sua capacidade de resposta.

O modelo de financiamento da Rede assenta na atividade realizada, indiferente à qualidade dos cuidados prestados e aos resultados alcançados, com preços fixados não sustentados em metodologias de custeio, determinados administrativamente e sem revisão periódica, o que constitui um risco para as finanças públicas, para a sustentabilidade das unidades e para o seu desenvolvimento, mais premente num contexto de progressivo envelhecimento populacional.

Em 2023, a despesa pública com a RNCCI registou o valor mais alto (279 milhões de euros), um aumento de 18,2% (43 milhões de euros) face a 2022. Por sua vez, a despesa das famílias (*out-of-pocket*) ascendeu a 45 milhões de euros, cerca de 13,9% dos encargos totais com a Rede em 2023 (324,2 milhões de euros).

O sistema de informação da RNCCI apresenta fragilidades estruturais que prejudicam a fiabilidade dos *outputs* não fornecendo as funcionalidades essenciais à gestão da atividade e constringendo a produção de dados confiáveis que sustentem decisões estratégicas.

O Tribunal formula um conjunto de recomendações, designadamente à Ministra da Saúde e à Ministra do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, destacando-se que promovam pelo desenvolvimento estrutural da Rede, considerando o previsível aumento de necessidades e que revejam, atualizem e calendarizem os seus objetivos de expansão, tendo em conta as metas definidas e a recuperação dos atrasos verificados na sua concretização. Recomenda, ainda, que promovam pela avaliação e revisão do modelo de funcionamento e financiamento da Rede, reiterando o compromisso assumido pelos vários governos com o setor social e solidário, recomendação que também é dirigida à Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde.

2



2

ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS.....	II
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	III
ÍNDICE DE FIGURAS.....	IV
ÍNDICE DE CAIXAS.....	IV
FICHA TÉCNICA.....	V
RELAÇÃO DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	VI
GLOSSÁRIO.....	IX
I. INTRODUÇÃO.....	1
1. <i>Fundamento, objetivo e âmbito.....</i>	<i>1</i>
2. <i>Síntese metodológica e critérios.....</i>	<i>1</i>
3. <i>Colaboração, condicionantes e limitações.....</i>	<i>2</i>
4. <i>Exercício do contraditório.....</i>	<i>2</i>
II. ENQUADRAMENTO.....	6
5. <i>Os cuidados de longa duração.....</i>	<i>6</i>
5.1. <i>Determinantes demográficos.....</i>	<i>6</i>
5.2. <i>Despesa com cuidados de longa duração.....</i>	<i>10</i>
6. <i>A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.....</i>	<i>16</i>
6.1. <i>Antecedentes.....</i>	<i>16</i>
6.2. <i>Objetivos e organização.....</i>	<i>16</i>
6.3. <i>Estrutura e coordenação da Rede.....</i>	<i>19</i>
6.4. <i>O modelo de financiamento.....</i>	<i>21</i>
6.5. <i>Anterior auditoria do Tribunal de Contas à RNCCI.....</i>	<i>23</i>
III. OBSERVAÇÕES DE AUDITORIA.....	25
7. <i>As respostas da RNCCI.....</i>	<i>25</i>
7.1. <i>Rede Geral.....</i>	<i>29</i>
7.1.1. <i>Internamento.....</i>	<i>31</i>
7.1.2. <i>Equipas domiciliárias.....</i>	<i>33</i>
7.2. <i>Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental.....</i>	<i>33</i>
7.3. <i>Cuidados Continuados Integrados Pediátricos.....</i>	<i>34</i>
8. <i>Acesso à Rede.....</i>	<i>34</i>
8.1. <i>Utentes referenciados.....</i>	<i>35</i>
8.1.1. <i>Rede Geral.....</i>	<i>36</i>
8.1.2. <i>Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental.....</i>	<i>40</i>
8.1.3. <i>Cuidados Continuados Integrados Pediátricos.....</i>	<i>41</i>
8.2. <i>Tempos de resposta.....</i>	<i>42</i>
8.3. <i>Camas de retaguarda exteriores à Rede.....</i>	<i>47</i>
9. <i>Atividade assistencial.....</i>	<i>48</i>
9.1. <i>Utentes assistidos.....</i>	<i>48</i>
9.1.1. <i>Rede Geral.....</i>	<i>50</i>
9.1.2. <i>Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental.....</i>	<i>52</i>
9.1.3. <i>Cuidados Continuados Integrados Pediátricos.....</i>	<i>53</i>
9.2. <i>Tempos de permanência na Rede.....</i>	<i>54</i>
9.3. <i>Indicadores de qualidade e efetividade.....</i>	<i>57</i>
9.3.1. <i>Quedas.....</i>	<i>58</i>
9.3.2. <i>Úlceras de pressão.....</i>	<i>59</i>
9.3.3. <i>Avaliação da funcionalidade.....</i>	<i>61</i>
10. <i>Modelo de financiamento da RNCCI.....</i>	<i>63</i>
10.1. <i>Formação dos preços.....</i>	<i>63</i>
10.2. <i>Sistemas contabilísticos dos prestadores.....</i>	<i>66</i>
10.3. <i>Evolução dos preços.....</i>	<i>70</i>
11. <i>Execução financeira.....</i>	<i>74</i>
11.1. <i>Componente pública.....</i>	<i>76</i>
11.1.1. <i>Ministério da Saúde.....</i>	<i>76</i>
11.1.2. <i>Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social.....</i>	<i>79</i>

11.2.	Componente privada.....	82
11.3.	Investimento.....	86
12.	Sistema de informação da RNCCI.....	90
IV.	CONCLUSÕES.....	95
V.	RECOMENDAÇÕES.....	101
VI.	VISTA AO MINISTÉRIO PÚBLICO.....	104
VII.	DECISÃO.....	104
	REFERÊNCIAS.....	106
	ANEXOS.....	107
ANEXO I	METODOLOGIA.....	108
ANEXO II	CONDIÇÕES DE ADMISSÃO NA RNCCI.....	112
ANEXO III	UTENTES REFERENCIADOS POR TIPOLOGIA, CCISM.....	114
ANEXO IV	UTENTES REFERENCIADOS POR REGIÃO, CCISM.....	115
ANEXO V	UTENTES REFERENCIADOS POR ESTADOS, CCISM.....	116
ANEXO VI	UTENTES A AGUARDAR VAGA POR TIPOLOGIA E POR REGIÃO.....	117
ANEXO VII	UTENTES ASSISTIDOS, RG.....	118
ANEXO VIII	MOTIVO DA ALTA POR TIPOLOGIA, RG.....	119
ANEXO IX	MOTIVO DA ALTA POR REGIÃO, RG.....	120
ANEXO X	DESTINO APÓS ALTA POR TIPOLOGIA, RG.....	121
ANEXO XI	DESTINO APÓS ALTA POR REGIÃO, RG.....	122
ANEXO XII	UTENTES ASSISTIDOS POR REGIÃO E TIPOLOGIA, CCISM.....	123
ANEXO XIII	GASTOS POR TIPO DE CUIDADOS FATURADOS.....	124
ANEXO XIV	EXERCÍCIO DO DIREITO AO CONTRADITÓRIO.....	125

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE LUGARES POR TIPOLOGIA.....	27
QUADRO 2 – EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE UNIDADES E EQUIPAS POR TIPOLOGIA.....	27
QUADRO 3 – EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE PRESTADORES POR SETOR.....	28
QUADRO 4 – EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE LUGARES POR SETOR.....	28
QUADRO 5 – COBERTURA POPULACIONAL DE LUGARES, RG (31/12/2023).....	31
QUADRO 6 – LUGARES DE INTERNAMENTO, POR REGIÃO E TIPOLOGIA, RG.....	32
QUADRO 7 – LUGARES DOMICILIÁRIOS POR REGIÃO, ECCI.....	33
QUADRO 8 – LUGARES DE INTERNAMENTO POR REGIÃO, AMBULATÓRIO E DOMICILIÁRIOS, CCISM.....	34
QUADRO 9 – UTENTES REFERENCIADOS PARA A RNCCI.....	36
QUADRO 10 – % DE UTENTES REFERENCIADOS PELOS HOSPITAIS DO SNS.....	36
QUADRO 11 – UTENTES REFERENCIADOS, INTERNAMENTO, RG.....	37
QUADRO 12 – UTENTES REFERENCIADOS POR REGIÃO, INTERNAMENTO, RG.....	38
QUADRO 13 – UTENTES REFERENCIADOS POR ESTADO, INTERNAMENTO, RG.....	38
QUADRO 14 – UTENTES REFERENCIADOS POR REGIÃO, EQUIPAS DOMICILIÁRIAS, RG.....	40
QUADRO 15 – UTENTES REFERENCIADOS POR ESTADO, EQUIPAS DOMICILIÁRIAS, RG.....	40
QUADRO 16 – MEDIANA DO TEMPO DA REFERENCIAÇÃO ATÉ À ADMISSÃO NA REDE (EM DIAS).....	43
QUADRO 17 – NÚMERO DE UTENTES A AGUARDAR VAGA.....	46
QUADRO 18 – MEDIANAS DOS TEMPOS DE ESPERA, UTENTES ADMITIDOS VS. UTENTES A AGUARDAR VAGA.....	46
QUADRO 19 – GASTOS COM CAMAS DE RETAGUARDA.....	48
QUADRO 20 – NÚMERO DE UTENTES ASSISTIDOS.....	48
QUADRO 21 – EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE DIÁRIAS NA RNCCI.....	50
QUADRO 22 – UTENTES ASSISTIDOS, RG.....	50
QUADRO 23 – UTENTES ASSISTIDOS POR MOTIVO DE ALTA, RG.....	51
QUADRO 24 – DESTINO DOS UTENTES COM ALTA, RG (Nº DE UTENTES).....	52
QUADRO 25 – UTENTES ASSISTIDOS, CCISM.....	53
QUADRO 26 – % UTENTES ASSISTIDOS POR INTERVALOS DE DEMORA MÉDIA, UC E UMDR.....	55
QUADRO 27 – % DE UTENTES COM DEMORA MÉDIA SUPERIOR A 1 ANO, INTERNAMENTO, RG.....	56
QUADRO 28 – INTERNAMENTO MÉDIO NA RG (31/12/2023).....	56
QUADRO 29 – TAXA DE OCUPAÇÃO POR TIPOLOGIA.....	57



QUADRO 30 – NÚMERO DE QUEDAS POR TIPOLOGIA, RG.....	58
QUADRO 31 – PREVALÊNCIA DE UTENTES COM QUEDAS.....	58
QUADRO 32 – ÚLCERAS DE PRESSÃO POR ORIGEM	60
QUADRO 33 – ÚLCERAS DE PRESSÃO POR TIPOLOGIA.....	60
QUADRO 34 – PREVALÊNCIA (%) DE UTENTES COM ÚLCERAS, RG.....	61
QUADRO 35 – (%) DE UTENTES QUE DESENVOLVERAM UP, RG	61
QUADRO 36 – % DOS UTENTES COM AVALIAÇÃO DE FUNCIONALIDADE, RG	62
QUADRO 37 – EVOLUÇÃO DA DESPESA PAGA POR TIPOLOGIA	76
QUADRO 38 – EVOLUÇÃO DA DESPESA PAGA POR REGIÃO	77
QUADRO 39 – CONCILIAÇÃO DA DESPESA PAGA POR REGIÃO	78
QUADRO 40 – FATURAÇÃO CONFERIDA POR REGIÃO	78
QUADRO 41 – EVOLUÇÃO DA DESPESA PAGA POR REGIÃO	79
QUADRO 42 – EVOLUÇÃO DA DESPESA PAGA POR TIPOLOGIA, RG.....	80
QUADRO 43 – DESPESA PAGA POR TIPOLOGIA, CCISM	81
QUADRO 44 – EVOLUÇÃO DOS GASTOS POR TIPOLOGIA, RG	81
QUADRO 45 – EVOLUÇÃO DOS GASTOS POR TIPOLOGIA, CCISM	82
QUADRO 46 – ENCARGOS SUPORTADOS PELOS UTENTES (2023).....	84
QUADRO 47 – DISTRIBUIÇÃO DOS ENCARGOS SUPORTADOS PELOS UTENTES (2023)	84
QUADRO 48 – DISTRIBUIÇÃO DOS ENCARGOS SUPORTADOS PELOS UTENTES, RG (2023)	85
QUADRO 49 – DISTRIBUIÇÃO DOS ENCARGOS SUPORTADOS PELOS UTENTES, CCISM (2023)	85
QUADRO 50 – MÉDIA DAS DIÁRIAS COM CUIDADOS DE APOIO SOCIAL, CCISM.....	86
QUADRO 51 – METAS E OBJETIVOS DO INVESTIMENTO, PRR.....	87
QUADRO 52 – AVISOS DE ABERTURA DE CANDIDATURAS AO PRR (31/12/2023).....	89
QUADRO 53 – CANDIDATURAS ELEGÍVEIS NO PRR (JULHO/2024)	89

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – POPULAÇÃO COM 65 OU MAIS ANOS, EM % DA POPULAÇÃO TOTAL (2023)	7
GRÁFICO 2 – AUMENTO DA POPULAÇÃO COM 65 ANOS OU MAIS EM P.P. (2013 E 2023)	8
GRÁFICO 3 – ESTRUTURA DA POPULAÇÃO POR GRUPOS ETÁRIOS, EM % DO TOTAL DA POPULAÇÃO, UE (2008-2100)	8
GRÁFICO 4 – TOTAL DAS DESPESAS COM LTC EM % DO PIB (2021)	11
GRÁFICO 5 - TOTAL DAS DESPESAS COM LTC EM % DA DESPESA CORRENTE EM SAÚDE (2021)	11
GRÁFICO 6 - TOTAL DAS DESPESAS COM LTC EM % DA DESPESA CORRENTE EM SAÚDE (2013-2022)	12
GRÁFICO 7 – TOTAL DE DESPESAS COM LTC <i>PER CAPITA</i> (2021)	13
GRÁFICO 8 – CUSTOS DOS LTC PARA PESSOAS COM 65 ANOS OU MAIS, COM NECESSIDADES GRAVES, EM % DO RENDIMENTO MEDIANO (2022)	13
GRÁFICO 9 – LUGARES DE INTERNAMENTO POR TIPOLOGIA, RG	32
GRÁFICO 10 – DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS NOS UTENTES REFERENCIADOS (UC, UMDR E ULDM, 2023).....	39
GRÁFICO 11 – DISTRIBUIÇÃO DOS TEMPOS DE REFERENCIAÇÃO ATÉ ADMISSÃO (UC, 2023)	43
GRÁFICO 12 – DISTRIBUIÇÃO DOS TEMPOS DE REFERENCIAÇÃO ATÉ ADMISSÃO (UMDR, 2023)	44
GRÁFICO 13 – DISTRIBUIÇÃO DOS TEMPOS DE REFERENCIAÇÃO ATÉ ADMISSÃO (ULDM, 2023)	44
GRÁFICO 14 – DISTRIBUIÇÃO DOS TEMPOS ATÉ À ADMISSÃO, RG, 2023 (EM DIAS)	45
GRÁFICO 15 – NÚMERO DE DOENTES E DIAS DE INTERNAMENTO EM CAMAS DE RETAGUARDA	47
GRÁFICO 16 – UTENTES ASSISTIDOS, RG	49
GRÁFICO 17 – UTENTES ASSISTIDOS, CCISM.....	49
GRÁFICO 18 – UTENTES ASSISTIDOS, CCIP.....	49
GRÁFICO 19 – TEMPOS MÉDIOS DE PERMANÊNCIA, RG	54
GRÁFICO 20 – % DE UTENTES SEM AVALIAÇÃO DE FUNCIONALIDADE NA ADMISSÃO E NA ALTA, RG.....	63
GRÁFICO 21– CUSTOS UTENTE/DIA, UC (2022)	68
GRÁFICO 22– CUSTOS UTENTE/DIA, UMDR (2022).....	69
GRÁFICO 23– CUSTOS UTENTE/DIA, ULDM (2022)	70
GRÁFICO 24 – EVOLUÇÃO DOS PREÇOS, RG	71
GRÁFICO 25 – EVOLUÇÃO DOS PREÇOS, UC.....	73
GRÁFICO 26 – EVOLUÇÃO DOS PREÇOS, UMDR.....	73
GRÁFICO 27 – EVOLUÇÃO DOS PREÇOS, ULDM	73
GRÁFICO 28 – EVOLUÇÃO DOS PREÇOS, CCISM, ADULTOS	74
GRÁFICO 29 – EVOLUÇÃO DOS PREÇOS, CCISM, INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	74
GRÁFICO 30 – EVOLUÇÃO DA DESPESA PAGA NO ÂMBITO DA RNCCI	75

GRÁFICO 31– ACRÉSCIMO DE CAMAS E LUGARES NA REDE, PRR	88
---	----

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – TIPO DE SERVIÇOS DA REDE GERAL.....	17
FIGURA 2 – COORDENAÇÃO DA RNCCI	20
FIGURA 3 - PRINCIPAIS CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES DO RELATÓRIO N.º 38/09 – 2.ª SECÇÃO.....	23
FIGURA 4 – ÁREAS E TIPOLOGIAS DE RESPOSTA DA RNCCI.....	26
FIGURA 5 – DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DO NÚMERO DE LUGARES POR TIPOLOGIA, RG (2023)	30
FIGURA 6 – REFERENCIAÇÃO, RG	37
FIGURA 7 – REFERENCIAÇÃO, CCISM	41
FIGURA 8 – CARATERIZAÇÃO DOS UTENTES, RG (2017-2023)	51
FIGURA 9 – EXECUÇÃO FINANCEIRA DA SS (2017-2023).....	79
FIGURA 10 – SOLUÇÃO GESTCARE CCI.....	91
FIGURA 11 – FRAGILIDADES DO SI DA RNCCI	92
FIGURA 12 – INSUFICIÊNCIAS DO SI DA RNCCI IDENTIFICADAS PELOS UTILIZADORES.....	93

ÍNDICE DE CAIXAS

CAIXA 1 – PLANO NACIONAL DE SAÚDE	9
CAIXA 2 – <i>AGEING REPORT 2024</i>	15



2

FICHA TÉCNICA

COORDENAÇÃO E SUPERVISÃO	EQUIPA DE AUDITORIA
José António Carpinteiro Auditor-Coordenador	José Gomes (Auditor verificador)
Iva Maia e Jorge Santos Silva Auditores-Chefes	Maria Conceição Silveiro (Auditora verificadora)
	Maria João Libório (Auditora verificadora)
	Apoio Técnico (tratamento de dados)
	João Dias (Técnico superior)

RELAÇÃO DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
ANCC	Associação Nacional dos Cuidados Continuados
APAH	Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares
ARS	Administrações Regionais de Saúde
ARS Alentejo	Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.
ARS Algarve	Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.
ARS Centro	Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.
ARS Norte	Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.
CCIP	Cuidados Continuados Integrados Pediátricos
CCISM	Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental
CCM-SNS	Centro de Controlo e Monitorização do Serviço Nacional de Saúde
CE	Comissão Europeia
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CNCP	Comissão Nacional de Cuidados Paliativos
CNCRNCCI	Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
DE-SNS	Direção Executiva do SNS, I.P.
DGS	Direção-Geral da Saúde
DGSS	Direção-Geral da Segurança Social
DRS	Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde
EAD	Equipa de Apoio Domiciliário
EAD/IA	Equipa de Apoio Domiciliário – Infância e Adolescência
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECL	Equipa de Coordenação Local
ECR	Equipa de Coordenação Regional
EGA	Equipa de Gestão de Altas
ERPI	Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
FSE	Fornecimentos e Serviços Externos
GEP	Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social
GT	Grupo de Trabalho
IAS	Indexante dos Apoios Sociais
INE	Instituto Nacional de Estatística, I.P.
INTOSAI	Organização Internacional das Instituições Superiores de Controlo
ISS	Instituto da Segurança Social, I.P.
IP	Instituto Público
IPC	Índice de preços do consumidor
IPSS	Instituições Particulares de Solidariedade Social
LOPTC	Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas
LTC	Long Term Care
MF	Ministério das Finanças
MS	Ministério da Saúde
MTSSS	Ministério do Trabalho, da Solidariedade e Segurança Social

NISS	Número de Identificação de Segurança Social
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OCIP	Orçamento e Contas de Instituições Particulares de Solidariedade Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PII	Plano de Intervenção Individual
PNS	Plano Nacional de Saúde
POCISSSS	Plano Oficial de Contabilidade das Instituições do Sistema de Solidariedade e de Segurança Social
p.p.	Pontos percentuais
PRR	Plano de Recuperação e Resiliência
RA	Residência Autónoma
RAMa	Residência de Apoio Máximo
RAMo	Residência de Apoio Moderado
RCM	Resolução do Conselho de Ministros
RG	Rede Geral
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RNCP	Rede Nacional dos Cuidados Paliativos
RNU	Registo Nacional de Utentes
RTA	Residência de Treino de autonomia
RTA-A/IA	Residência de Treino de autonomia – Tipo A – Infância e Adolescência
SCML	Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
SHA	Sistema de Contas da Saúde
SI	Sistema de Informação
SI RNCCI	Sistema de Informação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SIGA-SNS	Sistema Integrado de Gestão do Acesso no Serviço Nacional de Saúde
SLSM	Serviço Local de Saúde Mental
SNC-AP	Sistema de Normalização Contabilística para Administrações Públicas
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.
SROC	Sociedade de Revisores Oficiais de Contas
TdC	Tribunal de Contas
TMRG	Tempos Máximos de Resposta Garantidos
TNF	Tabela Nacional de Funcionalidade
UAP	Unidade de Ambulatório Pediátrica
UC	Unidade de Convalescença
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCCI	Unidade de Cuidados Continuados Integrados
UCIP-1	Unidade de Cuidados Integrados Pediátricos - Nível 1
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UCP	Unidade de Cuidados Paliativos
UDPA	Unidades de Dia e de Promoção da Autonomia
UE	União Europeia
ULDM	Unidade de Longa Duração e Manutenção
ULS	Unidade Local de Saúde
UMCCI	Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados
UMDR	Unidade de Média Duração e Reabilitação



UMP	União das Misericórdias Portuguesas
USF	Unidade de Saúde Familiar
USO	Unidade Sócio-ocupacional
USO/IA	Unidade Sócio-ocupacional – Infância e Adolescência



GLOSSÁRIO

Termo	Definição
Admissão	Data a partir da qual se inicia a efetiva prestação de cuidados continuados integrados a um utente, independentemente da tipologia. Considera-se admitido o utente com estadia mínima de pelo menos 24 horas.
Cama	Unidade de medida da capacidade contratada das unidades de internamento.
Capacidade contratada	Lotação oficial da unidade ou equipa, medida em unidades que podem ser camas ou lugares, com resposta de internamento, ambulatório ou domiciliária.
Cuidados continuados integrados	Conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, decorrentes de avaliação conjunta, centrado na recuperação global, entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia, melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.
Deficiência	Perda ou alteração de uma estrutura ou de uma função psicológica, fisiológica ou anatómica.
Demora média	Indicador que exprime o número médio de dias de internamento/acompanhamento por utente num período. É obtido pela divisão do número de dias de internamento/acompanhamento, num período, pelo número de utentes saídos da unidade ou equipa, no mesmo período.
Dependência	Situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária.
Dependência (saúde mental)	É a situação em que se encontra a pessoa com incapacidade psicossocial, que, por falta ou perda de autonomia psíquica, intelectual ou física, resultante de doença mental grave, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária.
Doença mental grave	É uma doença psiquiátrica, que, pelas características e evolução do seu quadro clínico, afeta de forma prolongada ou contínua a funcionalidade da pessoa.
Domicílio	Residência particular, o estabelecimento ou a instituição onde habitualmente reside a pessoa em situação de dependência.
Equipa de cuidados continuados integrados (ECCI)	Equipa multidisciplinar destinada à prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.
Funcionalidade	A capacidade que uma pessoa possui, em cada momento, para realizar tarefas de subsistência, para se relacionar com o meio envolvente e para participar socialmente.
Lugares	Medida da capacidade operacional contratada, ajustada ao tipo de serviço prestado. Capacidade contratada para prestação de cuidados em diferentes modalidades e estruturas. Representam os recursos disponíveis para atender os utentes, sendo expressos de acordo com a natureza do serviço: <ul style="list-style-type: none">▪ Nas unidades de internamento, os lugares correspondem ao número de camas disponíveis para acolhimento e tratamento dos utentes;▪ Nas equipas domiciliárias (ECCI e EAD), os lugares traduzem o número máximo de visitas domiciliárias diárias que podem ser realizadas;▪ Nas unidades de ambulatório (USO, USO-IA e UAP), os lugares representam o número máximo de presenças diárias de utentes atendidos.



Plano individual de cuidados (PIC)	Documento dinâmico baseado na avaliação que orienta a frequência e os serviços de saúde e/ou apoio social que um utente recebe. Tem por objetivo individualizar os cuidados e facilitar a sua continuidade. A sua elaboração decorre de um Plano Individual de Intervenção multidisciplinar.
Plano individual de intervenção (PII)	Conjunto dos objetivos a atingir face às necessidades identificadas e das intervenções daí decorrentes, visando a recuperação global ou a manutenção, tanto nos aspetos clínicos como sociais.
Residência autónoma de saúde mental (RA)	Estrutura residencial, localizada na comunidade, destinada a pessoas com um reduzido grau de incapacidade psicossocial, clinicamente estabilizadas, sem suporte familiar ou social adequado.
Residência de apoio máximo (RAMa)	Estrutura residencial, localizada na comunidade, destinada a pessoas clinicamente estabilizadas com elevado grau de incapacidade psicossocial, impossibilitadas de serem tratadas no domicílio por ausência de suporte familiar ou social adequado.
Residência de apoio moderado (RAMo)	Estrutura residencial, localizada na comunidade, destinada a pessoas com moderado grau de incapacidade psicossocial, clinicamente estabilizadas, impossibilitadas de serem tratadas no domicílio por ausência de suporte familiar ou social adequado.
Residência de treino de autonomia (RTA)	Unidade residencial, localizada preferencialmente na comunidade, destinada a desenvolver programas de reabilitação psicossocial para pessoas com moderado e reduzido grau de incapacidade psicossocial, estabilizadas clinicamente e que conservam alguma funcionalidade.
Taxa de ocupação	Relação percentual entre o total de dias de internamento, visitas ou presenças num determinado período e a capacidade de cada unidade ou equipa (capacidade=lotação praticada x número de dias definido).
Tempo de referenciação	Período em dias entre o início do processo de referenciação de um utente e a sua admissão numa unidade ou equipa da Rede.
Unidade de ambulatório pediátrica (UAP)	Unidade que presta cuidados continuados integrados de manutenção, de promoção de autonomia e apoio social a crianças com diferentes graus de dependência, sem necessidade de internamento, que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio, ou cuja situação não aconselhe a prestação de cuidados no domicílio.
Unidade de convalescença (UC)	Unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição, se articulada com um hospital de agudos, que presta tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico.
Unidade de cuidados continuados pediátricos de nível 1 (UCIP-1)	Unidade que presta cuidados de saúde e de apoio social, na sequência de episódio de doença aguda ou da necessidade de prevenção de agravamentos de doença crónica, centrados na reabilitação, readaptação, manutenção e cuidados paliativos a crianças que se encontram em situação de dependência, com vista à sua reintegração sociofamiliar.
Unidade de longa duração e manutenção (ULDM)	Unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio.
Unidade de média duração e reabilitação (UMDR)	Unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável.



Unidade sócio - ocupacional (USO)	Unidade localizada na comunidade, em espaço físico próprio, destinada a pessoas com moderado e reduzido grau de incapacidade psicossocial, clinicamente estabilizadas, mas com disfuncionalidades na área relacional, ocupacional e de integração social.
Utente a aguardar vaga	Utente cujo processo de referência se encontra já na sua fase final, junto da ECR, após a validação da adequação da referência por parte da ECL e concluídos os demais procedimentos administrativos pelos quais esta é responsável.
Utente assistido	Qualquer pessoa que recebe cuidados de saúde e apoio social através das unidades e equipas que integram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, em resultado de condições de saúde ou de autonomia que requerem assistência continuada em regime de internamento, ambulatório ou domiciliário.
Utente com alta	Utente que deixou de permanecer numa unidade ou equipa, num determinado período.

Fonte: elaboração própria, com base em diplomas legais e documentação diversa relativa à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

2



I. INTRODUÇÃO

1. Fundamento, objetivo e âmbito

1. Em cumprimento do programa de fiscalização da 2.^a Secção do Tribunal de Contas (TdC) para 2022¹, realizou-se uma auditoria combinada – conjugação de critérios de conformidade normativa e de resultados – à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).
2. A ação teve por objetivo avaliar se a RNCCI, no período de 2017 a 2023, garantiu o acesso dos utentes a cuidados de saúde de qualidade e financeiramente comportáveis. Para o efeito foram examinadas as seguintes dimensões:
 - A evolução das respostas da RNCCI face ao contexto e ao desenvolvimento planeado;
 - As condições de acesso dos cidadãos aos cuidados prestados no contexto da RNCCI, designadamente quanto ao processo de referência e aos tempos de resposta;
 - A atividade assistencial, tempos de permanência na RNCCI e indicadores de qualidade e efetividade dos cuidados prestados; e
 - O modelo de financiamento e a despesa com a RNCCI.

2. Síntese metodológica e critérios

3. Nos trabalhos da auditoria foram observados os métodos e as técnicas constantes dos manuais de auditoria do TdC que acolhem as normas e orientações da *International Organization of Supreme Audit Institutions* (INTOSAI)².
4. O desenvolvimento da ação foi apoiado, essencialmente, em informação recolhida junto das entidades responsáveis pela coordenação e gestão da RNCCI, bem como dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E., (SPMS), sem prejuízo da realização de reuniões presenciais quando se justificou.
5. O desenvolvimento das observações de auditoria teve os seguintes critérios essenciais:
 - Cobertura geográfica e universal da rede;
 - Acesso aos cuidados continuados integrados;
 - Eficiência funcional da Rede;
 - Efetividade da prestação do serviço público;
 - Sustentabilidade financeira;
 - Transparência e prestação de contas;
 - Investimento.
6. Estes critérios tiveram por referência, os regimes jurídicos aplicáveis, relatórios internacionais e nacionais de grupos técnicos, relatórios de monitorização, orientações e políticas de financiamento, exposições de partes interessadas (*stakeholders*)³, bem como as conclusões e recomendações do anterior Relatório do TdC (*Relatório n.º 38/09 – 2ªS*).
7. A metodologia e os procedimentos são sumariamente descritos no Anexo I.

¹ Aprovado pelo Plenário da 2.^a secção em 09 de dezembro de 2021 - Resolução n.º 1/2021, da 2.^a secção.

² Vg. ISSAI 300; 3000 (Performance Audit) e 400; 4000 (Compliance Audit); GUIDs 3910; 3920; 4900.

³ Vg. Associação Nacional dos Cuidados Continuados (ANCC) e União das Misericórdias Portuguesas.

3. Colaboração, condicionantes e limitações

8. A disponibilização de informação desestruturada, com falta de coerência e com erros de identificação, implicou um acréscimo do tempo necessário para a sua análise, tendo em conta o volume de validações que foi necessário efetuar, bem como o número de pedidos e esclarecimentos adicionais que a equipa de auditoria teve necessidade de realizar⁴.
9. Os esclarecimentos obtidos não permitiram clarificar todas as insuficiências e erros detetados, condicionando as análises efetuadas e consequentemente as observações de auditoria, como se descreve no Ponto 12, em maior detalhe.
10. Refira-se também que:
 - A inexistência de procedimentos de recolha e tratamento agregado dos dados relativos aos encargos a pagar pelos utentes por parte do Instituto da Segurança Social, IP (ISS), implicou o levantamento e apuramento pela equipa de auditoria dos montantes suportados pelo utente (*out-off-pocket*) na componente referente a cuidados de apoio social. Estes procedimentos revelaram-se de complexidade acrescida e implicaram tempo adicional para a recolha e tratamentos dos dados de base, dispersos em milhares de ficheiros em formato *excel*, remetidos faseadamente e em muitos casos com falhas e erros. Estes factos colocam em causa a fiabilidade e a robustez dos dados facultados.
 - A Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) elabora os relatórios anuais e semestrais de acompanhamento e monitorização da RNCCI com base em relatórios customizados desenvolvidos pelos SPMS, resultantes de extrações da informação registada no Sistema de Informação da RNCCI (SI RNCCI). Contudo, verificou-se que os critérios subjacentes à construção de cada um destes relatórios e respetivos indicadores não são claros, detalhados e não se encontram sistematizados e devidamente atualizados. Por outro lado, o modelo de dados do SI RNCCI apresenta problemas de integridade, não consubstanciando um modelo de dados relacional de facto. Acresce a circunstância de o SI da RNCCI não ter implementados mecanismos que detetem, impeçam e/ou corrijam o registo de dados incoerentes pelos seus utilizadores. Estas debilidades conjugadas traduziram-se na necessidade de desenvolver procedimentos adicionais de verificação da qualidade dos dados recebidos da SPMS e levantam questões quanto à fiabilidade e à robustez dos dados facultados.
11. Realça-se a colaboração demonstrada no decurso da auditoria, na disponibilização da informação e na prestação dos esclarecimentos solicitados, quer pelos dirigentes, quer pelos funcionários contactados, das entidades envolvidas.

4. Exercício do contraditório

12. Nos termos dos artigos 13.º e 87.º, n.º 3, da [Lei n.º 98/97](#), de 26 de agosto⁵, o relato da auditoria foi enviado às seguintes entidades e responsáveis:
 - Ministra da Saúde;

⁴ Destaca-se a seguinte informação: (i) informação com origem no Sistema de Informação da RNCCI; (ii) informação remetida pelos hospitais relativa às camas de retaguarda contratadas pelas entidades do SNS; (iii) informação sobre a contratação de camas e lugares destinados aos cuidados continuados e informação relativa à faturação dos prestadores de cuidados continuados remetidas pelas ARS; (iv) informação relativa à comparticipação dos utentes na componente social da diária de internamento, remetida pelo ISS e informação extraída do OCIP com as demonstrações dos resultados das IPSS.

⁵ Na sua redação atual.



- Ministra do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social;
 - Diretor Executivo da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, IP;
 - Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP;
 - Presidente do Conselho Diretivo do Instituto da Segurança Social, IP;
 - Presidente do Conselho de Administração da SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE;
 - Co-coordenador da Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, em representação da área governativa da saúde;
 - Co-coordenadora da Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em representação da área governativa do trabalho, solidariedade e segurança social;
 - Presidente da Direção da Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade;
 - Presidente do Secretariado Nacional da União das Misericórdias Portuguesas;
 - Presidente do Conselho de Administração da União das Mutualidades Portuguesas;
 - Presidente da Direção da Confederação Cooperativa Portuguesa, CCRL;
 - Presidente da Direção da Associação Nacional dos Cuidados Continuados.
13. Todas as entidades e responsáveis responderam.
14. A Ministra da Saúde, em resposta às propostas de recomendações que lhe são dirigidas, elabora um conjunto de observações, enquadradas pelo plano de reestruturação da RNCCI, de que se destacam as seguintes:
- no que se refere à promoção do desenvolvimento estrutural da RNCCI, menciona a intenção de proceder *“(...) quer à redefinição da organização estrutural da coordenação e gestão da RNCCI [...], quer à redefinição da arquitetura de gestão da RNCCI [...], quer ao enquadramento funcional e às competências das atuais equipas de referência hospitalar e dos cuidados de saúde primários.”*;
 - quanto à redução dos tempos de acesso a cuidados continuados integrados e a eliminação das assimetrias regionais existentes, refere a importância do PRR em curso até 2026 para a expansão da RNCCI, contudo salienta *“(...) as dificuldades sentidas na concretização das ações do PRR nas regiões com preços de construção de edificações mais elevados como é o caso [...] de Lisboa e Vale do Tejo (...)”*;
 - relativamente à promoção da divulgação do serviço público prestado pela RNCCI, nas suas várias tipologias, refere que, dada a ênfase colocada nos cuidados domiciliários, *“(...) o plano [de reestruturação da RNCCI] integra a realização de uma campanha na comunicação social para promover a confiança no apoio domiciliário da RNCCI, quando o estabelecimento do novo modelo de apoio domiciliário estiver estabelecido (...)”*, esclarecendo que se estima que tal ocorra durante 2025;
 - no que respeita à promoção de um sistema de informação da RNCCI que responda às necessidades dos seus utilizadores informa que *“(...) Está em curso a substituição do sistema de informação dos cuidados continuados integrados, nomeadamente a evolução tecnológica da base de dados, a evolução funcional, tecnológica, arquitetural e de design de todas as componentes, bem como o desenvolvimento de novas componentes.”*
15. Na mesma linha, a Ministra do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, apresenta um conjunto de observações relativas às recomendações que lhe estão dirigidas, realçando-se as seguintes:
- relativamente ao desenvolvimento estrutural da RNCCI salienta que *“O cumprimento das metas estabelecidas no PRR revela-se, por isso, crucial para alargar a capacidade de resposta da rede e redefinir rácios, de forma a alcançar uma maior cobertura populacional neste nível*



de cuidados.”, prevendo que “(...) o aumento do número de lugares contribua significativamente para a redução dos tempos de resposta no acesso à rede”. Acrescenta ainda que “Após a conclusão do PRR, será realizada uma avaliação das necessidades, seguida da revisão do planeamento de desenvolvimento das diversas vertentes da RNCCI (...)”;

- *quanto à avaliação e revisão do modelo de funcionamento e financiamento da RNCCI, informa que “(...) estão a ser desenvolvidas as diligências necessárias para a criação de um grupo de trabalho dedicado à revisão do modelo de funcionamento e financiamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).”, mais acrescenta que “(...) um dos objetivos do grupo de trabalho [...] será também proceder à atualização e revisão de preços, garantindo maior alinhamento com as necessidades e realidades do setor.”;*
- *no que respeita à instituição de procedimentos de controlo, monitorização e reporte da despesa paga pelos utentes e famílias, a fim de determinar o seu esforço no financiamento da Rede, é indicado que “Está em curso o processo de interoperabilidade de dados entre a Segurança Social (SSD) e a Saúde (SIRNCC), implementado por meio de dois módulos: participação e faturação (...)”, este último “(...) previsto para entrar em produção entre 2025 e 2026, viabilizará o apuramento da despesa real das partes envolvidas (...)”.*

16. *O Diretor Executivo do Serviço de Nacional de Saúde, na sua pronúncia, reconhece que “Apesar da expansão no número de lugares e unidades, a cobertura é desigual, apresentando uma carência significativa em algumas regiões o que reflete também tempos de espera elevados para determinadas tipologias, como as Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM), que sugerem efetivamente uma insuficiência de capacidade instalada.”.*
17. *No que respeita ao atual modelo de financiamento, reconhece ainda que o aumento anual previsto, com base no Índice de Preços ao Consumidor (IPC), é “(...) manifestamente insuficiente face aos diversos acontecimentos dos últimos anos que tiveram um impacto enorme no que concerne a despesa das unidades.”, e que aquele modelo “(...) não acompanha o crescimento das necessidades da população [...] agravado pelo facto da dependência excessiva de prestadores privados e IPSS, o que eleva os custos e diminui o controlo por parte do estado.” Neste contexto, estão previstas “(...) reuniões com as entidades privadas, IPSS e mutualidades que integram a rede com o objetivo de avaliar os relatórios de contas dessas instituições, permitindo a definição de métricas ajustadas para estabelecer preços mais equilibrados.”.*
18. *Salienta também, acompanhando as observações constantes do relato de auditoria, “(...) que existem lacunas na monitorização de indicadores padrão de forma consistente, especialmente aqueles que avaliam a qualidade e os resultados de longo prazo (...)” e que “Essa falta de dados detalhados e consistentes dificulta tanto a análise de desempenho e a tomada de decisões baseadas em evidências.”, como compromete o planeamento estratégico e a gestão operacional da Rede e constrange exercícios de *benchmarking* entre unidades, impulsionadores de melhorias no desempenho e qualidade dos serviços prestados.*
19. *O Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, esclarece, quanto às competências de coordenação e gestão da RNCCI atribuídas à Direção Executiva do SNS, IP, que “Apesar da sua criação em setembro de 2022 e da publicação dos seus Estatutos, em outubro de 2023, decorrido que está mais de 1 ano sobre estes últimos, a DE-SNS, I. P. ainda não assumiu a responsabilidade pela execução de um conjunto de tarefas e atividades no âmbito da RNCCI (incluindo-se, entre outras, as relacionadas com o desenvolvimento e gestão do SI RNCCI e com a monitorização da RNCCI), que continuam a ser asseguradas pela ACSS. No entanto foi já comunicado pela ACSS, à DE-SNS, que tais tarefas terão de transitar para aquela entidade até 31-12-2024, tendo sido solicitada a designação de elemento(s) daquela DE-SNS para a transição atempada de conhecimento e de tarefas e atividades por parte dos elementos da ACSS que as vêm assegurando.”.*



20. O Presidente do Conselho Diretivo do Instituto da Segurança Social, IP, a propósito do aumento do tempo médio de internamento em ULDM e UMDR afirma que este *“(...) resulta também do fenómeno do envelhecimento da população portuguesa (...)”* e destaca a necessidade de uma estratégia integrada para libertação de lugares, nas tipologias da Rede Geral na qual *“(...) os cuidados de proximidade devem constituir-se como a prioridade no encaminhamento, respondendo a uma maior satisfação do utente e garantindo maior sustentabilidade do sistema público. Para isso, a CNCRNCCI está a desenvolver um plano para potenciar as respostas de proximidade, através de uma integração de cuidados, entre Saúde e Segurança Social, de forma a ir ao encontro das necessidades individuais, no sentido de diminuir ou retardar a institucionalização.”*.
21. Em relação aos representantes dos parceiros do Estado na prestação de cuidados continuados integrados, o Presidente do Secretariado Nacional da União das Misericórdias Portuguesas, comunica que nada tem a opor ou a acrescentar ao relatado, salientando apenas que *“(...) sendo a RNCCI uma rede pública, em que o Estado referencia os utentes para cada uma das tipologias, (...) cabe ao Estado suportar a 100% o custo médio da exploração de cada uma das tipologias (...)”*.
22. O Presidente da Direção da Confederação Cooperativa Portuguesa, CCRL sobre o incumprimento das metas de implementação da Rede constata que *“(...) é da maior relevância e preocupação, sendo que no nosso entendimento, as mesmas devem ser reequacionadas perante o contexto atual, quer do ponto de vista das necessidades, quer das opções políticas e da capacidade instalada das várias respostas complementares.”*. Demonstra também *“(...) preocupação quanto à inexistência de um interlocutor dedicado, que assegure a coordenação interministerial e que assuma um papel de regulação e monitorização da RNCCI quanto à sua interoperabilidade e à capacidade de assegurar a transparência, a eficácia e a qualidade dos serviços prestados.”*.
23. O Presidente da Associação Nacional dos Cuidados Continuados, salienta que, com a criação da Direção Executiva do SNS, a quem compete a coordenação e gestão da Rede *“(...) até à presente data, os prestadores da RNCCI não têm um interlocutor a quem se dirigir, seja um departamento, um nome, um endereço eletrónico ou um contacto telefónico. I.e., os prestadores estão completamente às “escuras” sem saber a quem se dirigir.”*.
24. As alegações apresentadas foram analisadas e reproduzidas nas partes tidas como relevantes nos pontos do Relatório a que respeitam, constando na íntegra em anexo, a fim de dar expressão plena ao princípio do contraditório.

II. ENQUADRAMENTO

5. Os cuidados de longa duração

25. Os cuidados continuados integrados traduzem, em Portugal, o conceito que mais se assemelha ao de *Long Term Care* (LTC) ou cuidados de longa duração, conforme definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS).
26. De acordo com esta organização, os cuidados de longa duração incluem serviços de saúde tradicionais, como a gestão de condições geriátricas crónicas, reabilitação, cuidados paliativos, promoção e serviços preventivos, mas devem também incluir serviços de assistência, como o cuidado e o apoio social a pessoas idosas. Todos estes serviços devem ser integrados e fornecidos em continuidade com os princípios fundamentais subjacentes aos cuidados centrados na pessoa (no original, em inglês, *person-centred care*)⁶.
27. Na mesma linha, segundo a Comissão Europeia (CE), a noção de LTC remete para uma gama de serviços e assistência a pessoas que, em resultado de fragilidade mental e/ou física e/ou deficiência num período longo, dependem de ajuda nas atividades diárias e/ou necessitam de cuidados de enfermagem permanentes^{7 8}.
28. O direito a aceder a cuidados de longa duração, de qualidade e financeiramente comportáveis está contemplado explicitamente no Pilar Europeu dos Direitos Sociais (Princípio 18), assim como está também sublinhada a necessidade de assegurar aos trabalhadores com familiares dependentes, as condições para adequadamente equilibrarem a sua vida profissional com a vida privada, enquanto no desempenho do seu papel de cuidadores (Princípio 9)⁹.
29. A RNCCI, sendo usualmente encarada como um conceito próximo dos cuidados de longa duração, distingue-se, sobretudo, por coexistir, mas não integrar ou confundir-se, com outro tipo de respostas sociais de natureza permanente e/ou definitiva, designadamente, as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI).

5.1. Determinantes demográficos

30. O risco de desenvolver necessidades de LTC é maior à medida que se envelhece. A prevalência de limitações de longa duração aumenta com a idade e é significativamente superior nas mulheres. Mais de um quarto dos cidadãos da União Europeia (UE) com 65 ou mais anos relatam dificuldades graves nos cuidados pessoais ou nas atividades domésticas e 7% da população adulta relata sofrer de limitações severas e de longa duração nas suas atividades frequentes, por norma associadas à necessidade de cuidados continuados¹⁰
31. O continente europeu é já a região mundial com a mais alta idade mediana e vai continuar a registar um acelerado envelhecimento da sua população, com o maior acréscimo a registar-se entre a população com 80 ou mais anos, da qual uma proporção significativa vive com doenças e incapacidades e está cada vez mais dependente do acesso a cuidados continuados de qualidade e financeiramente comportáveis para manter a sua saúde, bem-estar e participação

⁶ Ageing and Health unit (who.int).

⁷ Long-term care - Employment, Social Affairs & Inclusion - European Commission (europa.eu).

⁸ Estas atividades diárias podem ser atividades de autocuidado (e.g., tomar banho, vestir-se, comer, entrar e sair da cama ou de uma cadeira, movimentar-se, usar as instalações sanitárias e controlar funções fisiológicas) ou, alternativamente, podem estar relacionadas com atividades da vida diária independente (e.g., preparar refeições, gerir dinheiro, fazer compras de mercearia ou artigos pessoais, realizar tarefas domésticas leves ou pesadas e utilizar um telefone).

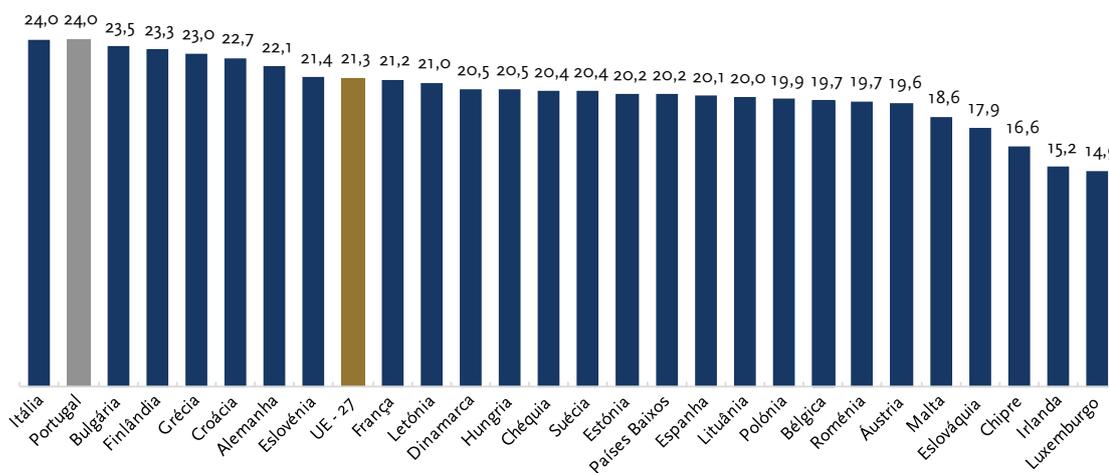
⁹ Pilar Europeu dos Direitos Sociais.

¹⁰ OMS (2022a).

social¹¹.

32. Portugal, tal como grande parte dos países europeus, confronta-se com os desafios de um rápido envelhecimento populacional. A população da UE, a 1 de janeiro de 2023, era estimada em 448,4 milhões de indivíduos, dos quais aqueles com 65 ou mais anos representavam mais de um quinto do total (21,3%). Entre os Estados-Membros, Itália (24,0%), Portugal (24,0%), Bulgária (23,5%), Finlândia (23,3%) e Grécia (23,0%) apresentam as maiores percentagens de população nesta faixa etária¹² (Gráfico 1).

Gráfico 1 – População com 65 ou mais anos, em % da população total (2023)



Fonte: elaboração própria com base nos dados do *Eurostat*, [Data_Browser | Eurostat \(europa.eu\)](https://data.europa.eu/data-browser); [Statistics | Eurostat \(europa.eu\)](https://statistics.europa.eu), extraídos a 31/05/2024.

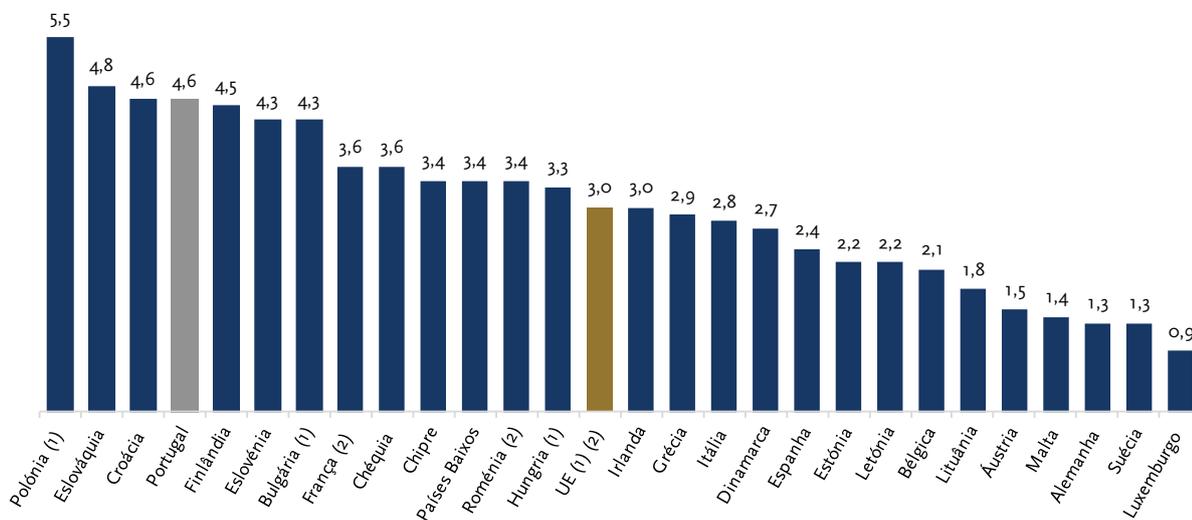
Notas: existe uma quebra nas séries cronológicas, estimada, provisória para os dados da EU 27, uma quebra nas séries cronológicas da Bulgária e Hungria, a França apresenta dados provisórios, a Polónia apresenta dados provisórios e estimados e a Roménia dados estimados.

33. Na última década a percentagem de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, em média na UE, aumentou 3 pontos percentuais (p.p.). A Polónia registou o maior crescimento, com 5,5 p.p., enquanto o Luxemburgo apresentou a menor variação, de apenas 0,9 p.p. Portugal foi o país com o terceiro maior aumento, registando uma variação de 4,6 p.p. nesse período (*vide* Gráfico 2).

¹¹ *Vide* nota de rodapé 12.

¹² De acordo com o site oficial da UE https://european-union.europa.eu/principles-countries-history/key-facts-and-figures/life-eu_pt.

Gráfico 2 – Aumento da população com 65 anos ou mais em p.p. (2013 e 2023)

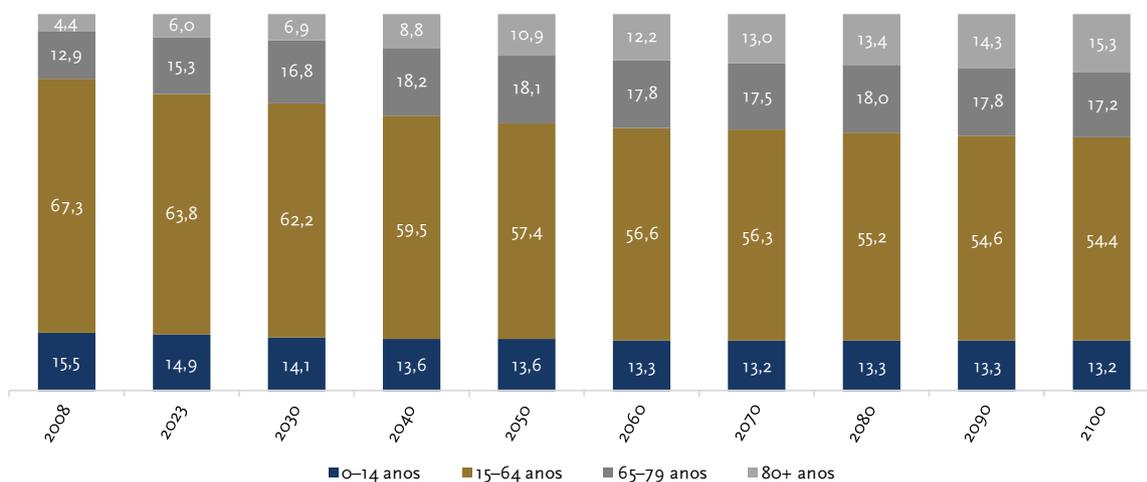


Fonte: elaboração própria com base nos dados do *Eurostat Statistics | Eurostat (europa.eu); Data_Browser | Eurostat (europa.eu)*, extraídos a 22/05/2024.

Legenda: (1) quebra de 2023 nas séries temporais; (2) 2023 provisório/estimado.

34. De acordo com o Eurostat, durante o período de 2023 a 2100, prevê-se que a percentagem da população em idade ativa diminua, enquanto as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos aumente, representando 32,5 % da população da UE em 2100, em comparação com 21,3 % em 2023 e 17,3% em 2008¹³ (cfr. Gráfico 3).

Gráfico 3 – Estrutura da população por grupos etários, em % do total da população, UE (2008-2100)



Fonte: elaboração própria com base nos dados do *Eurostat Statistics | Eurostat (europa.eu) (proj_23np); Statistics | Eurostat (europa.eu) (demo_pjanind); Data Browser | Eurostat (europa.eu) (proj_23np); Data Browser | Eurostat (europa.eu) (demo_pjanind)*, extraídos a 31/05/2024.

Nota: 2023 provisório/estimado. 2030-2100: projeções (EUROPOP2023).

35. O envelhecimento da população europeia, entre outras consequências, determina, e continuará a determinar de forma progressiva um crescimento da procura de cuidados de longa duração. Com efeito, as projeções disponíveis indicam que o número de pessoas na UE que necessitam deste tipo de cuidados deverá crescer de 30,8 milhões em 2019, para 38,1 milhões em 2050¹⁴.

¹³ https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_projections_in_the_EU.

¹⁴ <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=792>.

36. Em Portugal, que de acordo com várias estatísticas internacionais, é o quarto país mais envelhecido do mundo, esta realidade é particularmente expressiva, com vários dos indicadores relacionados a situar-se acima da média da UE¹⁵:
- A % da população com 65 ou mais anos passou de 17,7% em 2008 para 23,9% em 2023, espera-se que atinja 26,2% em 2030 e que chegue a 33,7% em 2050;
 - A população com 75 ou mais anos, aumentou de 8,1% em 2008, para 11,7% em 2023, com expectativa de alcançar 13,2% em 2030 e perto de 20% em 2050;
 - O rácio de dependência de idosos, que era de 26,6 em 2008, atingiu 37,8 em 2023, cerca de 5 p.p. acima da média da UE27, sendo expectável que cresça até 43,1 em 2030 e 62,8 em 2050.
37. O [Plano Nacional de Saúde 2021-2030](#) (PNS 21-30) refere o acentuar do duplo envelhecimento demográfico registado em Portugal entre 2009 e 2019 (aumento do número de idosos em simultâneo com a diminuição do número de jovens), valores de mortalidade evitável e tratável inferiores à média dos países da OCDE e anos de vida saudável aos 65 anos também abaixo dos valores registados na UE.

Caixa 1 – Plano Nacional de Saúde

“(...) Nas últimas duas décadas a esperança de vida (EV) à nascença aumentou 4,5 anos (sendo de 81,1 anos no triénio 2018-2020). No mesmo período, a EV aos 65 anos cresceu 2,6 anos (19,7 anos no mesmo triénio).”

“Ao analisar-se as principais causas de carga de mortalidade, doença e incapacidade em percentagem do total de DALYs¹⁶ em Portugal e a variação percentual da taxa de DALYs por 100.000 habitantes para cada causa, entre os anos 2009 e 2019 (Figura 43), observa-se um predomínio do grupo das doenças crónicas/não transmissíveis, incluindo as doenças osteomusculares.”

“A análise da carga de doença e incapacidade (YLDs – Years Lived with Disability) em Portugal e a sua variação percentual entre os anos 2009 e 2019 (Figura 44), é consistente com a análise dos DALYs acima mencionada, observando-se o elevado “peso”, crescente, das doenças osteomusculares (no conjunto, em 2019 a respetiva taxa de YLDs foi superior em 33,1 % à observada em 2009) (...)”

“No que respeita às necessidades de saúde que partem dos determinantes de saúde, salienta-se a prioridade atribuída às decorrentes de determinantes relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde. As questões da acessibilidade foram dominantes, especificamente as do acesso a cuidados de saúde (na doença em geral, na saúde mental, paliativos e continuados) e a medicamentos, bem como as relacionadas com a cobertura universal e o financiamento da saúde.”

“Particularmente desafiante e urgente é o desenvolvimento de estratégias de intervenção dirigidas ao problema do envelhecimento da população, que tende a agravar-se e para o qual, de acordo com o relatório Health at a Glance 2021, da OCDE (23), não existem, ainda, respostas suficientemente planeadas ou implementadas [...]”

“Conclui-se pela imperiosidade de continuar a investir na rede de cuidados

¹⁵ 2021 Long-term care in the EU, e Eurostat [Population structure indicators at national level](#) (consultado em 31/05/2024).

¹⁶ DALYs: sigla do inglês *Disability Adjusted Life Year*, correspondendo aos anos de vida saudável perdidos por morte prematura, doença ou incapacidade, são uma importante medida-resumo do estado de saúde da população.

continuados, na integração de cuidados e em profissionais habilitados, mas também de inovar, com mais respostas na comunidade e criação de condições que permitam promover a saúde dos idosos no seio da família, recuperando o valor social dos mesmos na sociedade, bem como capacitando, valorizando e premiando os seus cuidadores informais.”

Fonte: Plano Nacional de Saúde 2021-2030, p. 57, 76-77, 126 e 176.

38. Num relatório publicado em 2021, a CE e o Comité de Proteção Social identificavam quatro áreas como constituindo os principais desafios dos Estados-Membros quanto aos cuidados de longa duração¹⁷:
- Acesso adequado a preços comportáveis;
 - Qualidade dos cuidados prestados;
 - Mão de obra adequada, boas condições de trabalho e apoio aos cuidadores informais;
 - Financiamento.

5.2.Despesa com cuidados de longa duração

39. Os gastos com cuidados de longa duração incluem serviços de saúde¹⁸ e serviços sociais¹⁹ prestados em instituições ou no domicílio, e assumem a forma de pagamento aos prestadores²⁰ ou de prestações pecuniárias aos utentes ou cuidadores informais.
40. Embora o ritmo de crescimento da despesa com cuidados de longa duração, no período pós-pandémico, tenha sido inferior ao da despesa total em saúde na generalidade dos países da OCDE, antes da pandemia de COVID-19 a despesa com aqueles cuidados apresentava a mais rápida taxa de crescimento de entre as atividades em saúde. Como tal, é expectável que o crescimento dos gastos com cuidados de longa duração volte a suplantar o dos gastos em saúde nos próximos anos, em resultado de uma conjunção de fatores que pressionam a subida dos custos deste tipo de cuidados, de que se destacam²¹:
- O envelhecimento da população e o crescimento da percentagem de população com necessidades de cuidados de longa duração;
 - O crescimento dos rendimentos, que aumenta as expectativas quanto à qualidade de vida nos idosos;
 - A diminuição provável dos cuidadores informais;
 - A dificuldade de obtenção de ganhos de produtividade num setor de atividade que se caracteriza por ser intensivo em capital humano.
41. Em 2021, 1,8% do Produto Interno Bruto (PIB) foi alocado aos cuidados de longa duração, em média, nos países da OCDE²². A Holanda destacou-se como o país que maior percentagem afetou, com 4,4% do PIB, seguida pelos países nórdicos: Noruega (3,5%), Suécia (3,4%) e Dinamarca (3,2%). Em contraste, Polónia, Roménia, Bulgária, Croácia e Grécia gastaram apenas cerca de 0,5% do PIB ou menos em cuidados de longa duração. Portugal gastou cerca de 1% do

¹⁷ 2021 Long-term care Report.

¹⁸ Cuidados de enfermagem e cuidados pessoais e cuidados paliativos que podem ser prestados em instituições ou ao domicílio.

¹⁹ Cobrem a ajuda com as atividades instrumentais de vida diária nas vertentes de funcionamento cognitivo e social, as quais incluem ir às compras, cozinhar, efetuar as tarefas de casa, gerir o dinheiro, tomar medicamentos e utilizar o telefone.

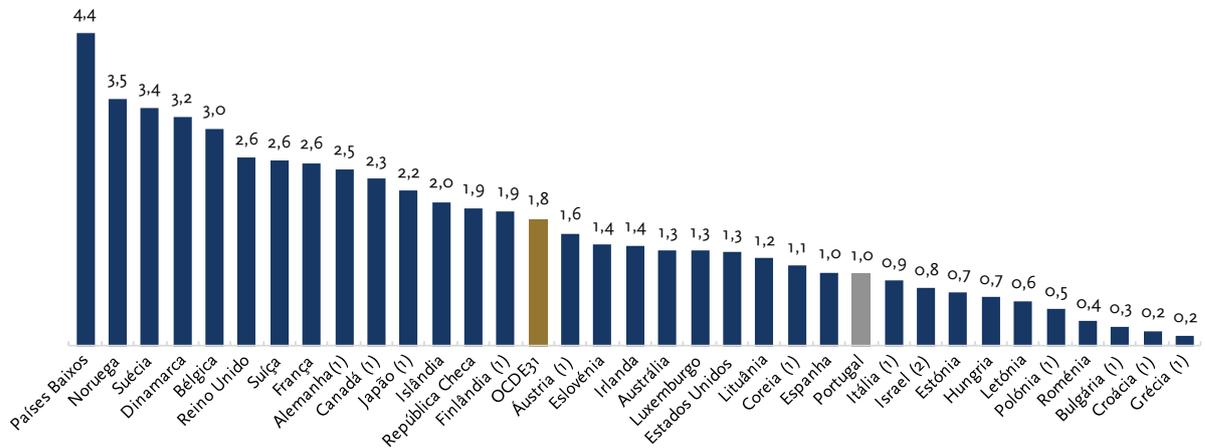
²⁰ Incluem os custos com alojamento e alimentação.

²¹ OCDE (2023).

²² As despesas totais com cuidados de longa duração incluem: regimes de financiamento dos cuidados de saúde contributivos públicos e obrigatórios, regimes voluntários de pagamento de cuidados de saúde, pagamentos diretos às famílias e regimes de financiamento do resto do mundo (não residentes).

PIB, o que representa pouco mais de metade da média dos países da OCDE (*vide* Gráfico 4).

Gráfico 4 – Total das despesas com LTC em % do PIB (2021)



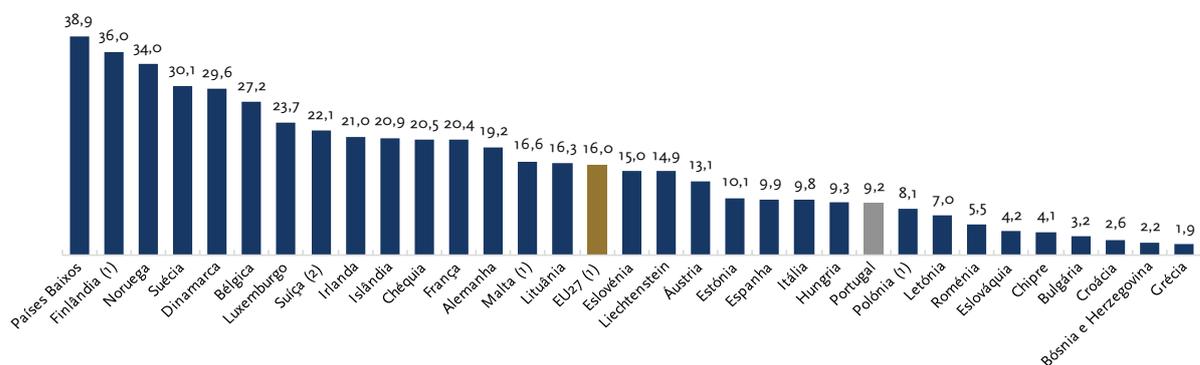
Fonte: OECD Health Statistics 2023 *Long-term care spending and unit costs | Health at a Glance 2023 : OECD Indicators | OECD iLibrary (oecd-ilibrary.org)*, p. 229, Figure 10.23.

Legenda: (1) países que não reportam os dados relativos à componente social dos cuidados de longa duração. Em muitos países esta componente está ausente do total da despesa com estes cuidados, pese embora em alguns países esteja parcialmente incluída na componente de saúde; (2) país que não declara a componente de saúde dos cuidados de longa duração.

Nota: embora o Eurostat disponibilize dados para os anos de 2022 e 2023, estes são incompletos e/ou são maioritariamente previsionais, pelo que, para efeitos de comparação se optou por apresentar os dados de 2021.

42. Já no que respeita ao peso da despesa com cuidados de longa duração no total da despesa corrente em saúde, a média dos países da UE foi de 16%, pese embora contendo realidades muito díspares entre os vários países (nos Países Baixos aquela percentagem foi de 38,9% mais de duas vezes superior ao valor médio). Os dados disponíveis para Portugal mostravam um peso de 9,2% face ao total da despesa corrente em saúde, uma diferença de -6,8 p.p. face à média da UE (42,6% abaixo da média). *Vide* Gráfico 5.

Gráfico 5 - Total das despesas com LTC em % da despesa corrente em Saúde (2021)



Fonte: elaboração própria, com base em dados do Eurostat, *Classification of health care financing schemes SHA 2011*, extraídos a 20/09/2024, consistindo na soma do LTC (Saúde) com o LTC (Social) *per capita* (Online data code: hlth_sha11_hchf). *Data Browser | Eurostat (europa.eu)*; *Statistics | Eurostat (europa.eu)* (Social); *Statistics | Eurostat (europa.eu)* (Health).

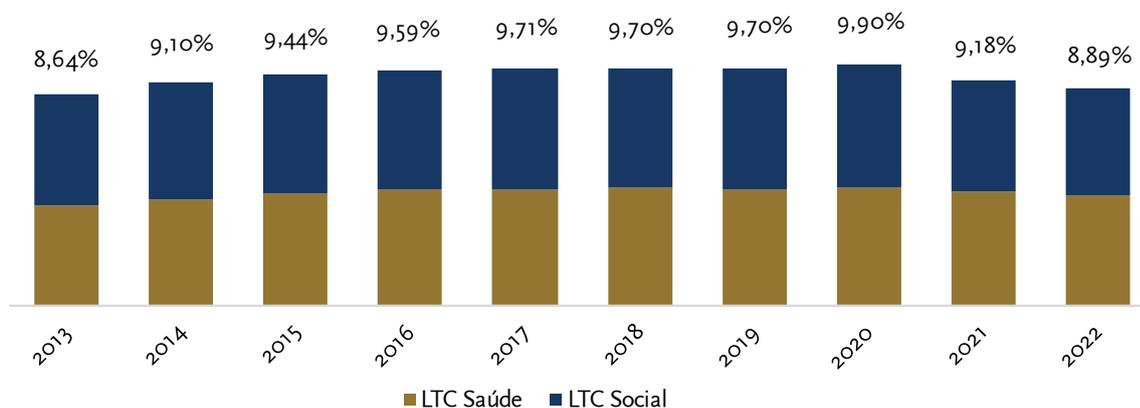
Legenda: (1) despesas previsionais; (2) quebra cronológica.

Nota: Embora o Eurostat disponibilize dados para os anos de 2022 e 2023, estes são incompletos e/ou são maioritariamente previsionais, pelo que, para efeitos de comparação se optou por apresentar os dados de 2021.

43. Em Portugal, entre 2013 e 2022, a percentagem da despesa com LTC na despesa corrente em

saúde (pública e privada), manteve-se quase inalterada (8,64% em 2013; 8,89% em 2022), apesar da tendência de crescimento evidenciada entre 2014 e 2020 e invertida nos dois anos seguintes, cfr. Gráfico 6.

Gráfico 6 - Total das despesas com LTC em % da despesa corrente em Saúde (2013-2022)

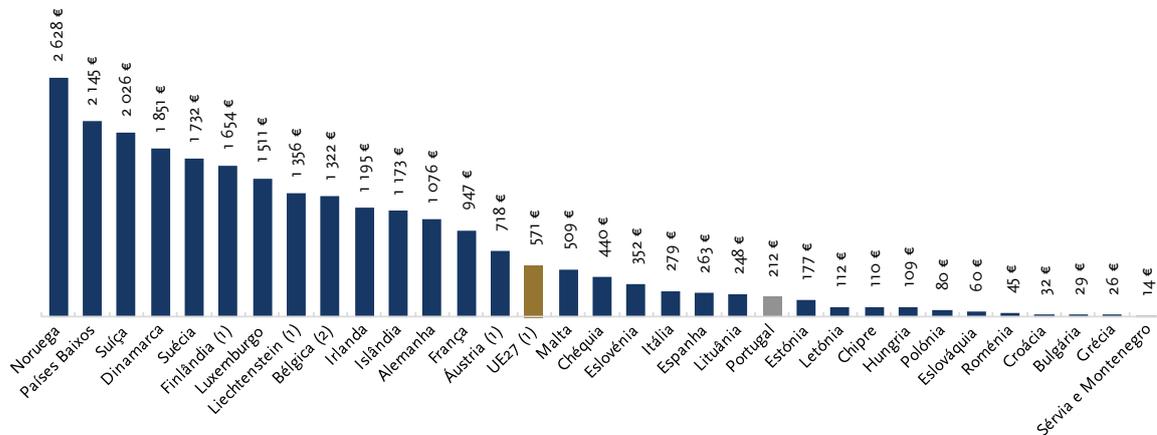


Fonte: elaboração própria, com base em dados do Eurostat (*Classification of health care financing schemes SHA 2011*), extraídos a 02/09/2024. % de LTC na despesa corrente em saúde obtido através da soma da % da despesa com LTC na componente da saúde e LTC na componente social em relação à despesa corrente em Saúde, de 2013 a 2022 (*Online data code: hlth_sha11_hchf*).

Legenda: SHA, sigla do original em inglês, *System of Health Accounts*.

44. Olhando para as despesas *per capita* com cuidados de longa duração a nível europeu (Gráfico 7), verifica-se que, em 2021 os países que integram a UE gastaram, em média, 571 euros *per capita* com este tipo de cuidados. A Noruega foi o país que mais gastou, com 2.628 euros *per capita*, seguida pelos Países Baixos, Suíça e Dinamarca. Em oposição, a Sérvia e Montenegro, a Grécia e a Bulgária gastaram menos de 30 euros. Portugal gastou 212 euros, representando menos de metade da despesa média nos países da UE (a despesa *per capita* em Portugal representava apenas 37,1% da despesa média *per capita* da UE, em 2021)²³.

²³ O Sistema de Contas da Saúde – SHA 2011 – é a única fonte de dados anual abrangente sobre as despesas com cuidados de longa duração a nível europeu. É um manual de referência estatística que fornece uma descrição abrangente dos fluxos financeiros nos cuidados de saúde. Fornece um conjunto de classificações revistas das funções de cuidados de saúde, dos fornecedores de bens e serviços de cuidados de saúde e dos regimes de financiamento. É atualmente utilizado como base para uma recolha de dados conjunta da OCDE, do Eurostat e da OMS sobre as despesas com os cuidados de saúde. As classificações utilizadas pelo SHA 2011 baseiam-se em conceitos, limites, definições e regras contabilísticas comuns para medir o consumo de bens e serviços de cuidados de saúde.

Gráfico 7 – Total de despesas com LTC *per capita* (2021)

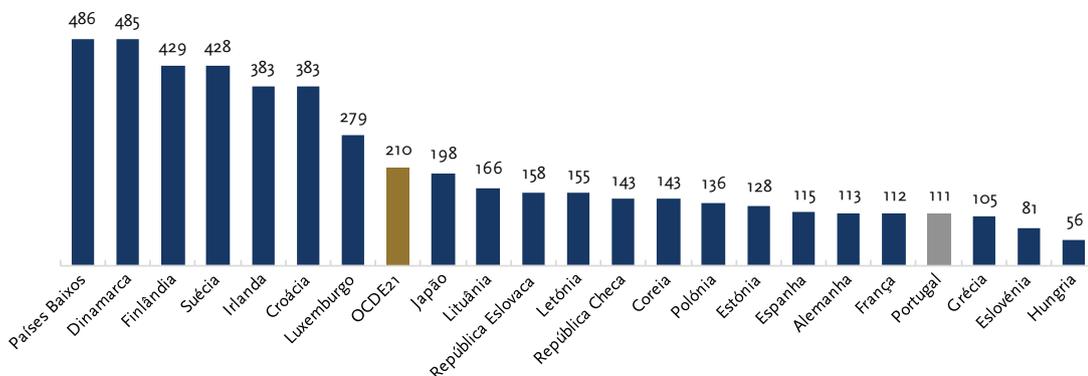
Fonte: elaboração própria, com base em dados do Eurostat, *Classification of health care financing schemes* SHA 2011, extraídos a 21/05/2024, consistindo na soma do LTC (Saúde) com o LTC (Social) *per capita* (Online data code: hlth_sha11_hchf). Data Browser | Eurostat (europa.eu); Statistics | Eurostat (europa.eu) (Social); Statistics | Eurostat (europa.eu) (Health).

Legenda: (1) despesas previsionais; (2) quebra cronológica.

Nota: Embora o Eurostat disponibilize dados para os anos de 2022 e 2023, estes são incompletos e/ou são maioritariamente previsionais, pelo que, para efeitos de comparação se optou por apresentar os dados de 2021.

45. Os regimes públicos desempenham um papel crucial na garantia da acessibilidade a cuidados de longa duração para indivíduos com 65 anos ou mais, que apresentam necessidades severas de cuidados desta natureza.
46. Com efeito, em média, nos países da OCDE, os custos dos cuidados institucionais para necessidades graves representavam, em 2022, mais do dobro do rendimento mediano entre as pessoas mais velhas. No universo de 21 países para os quais existem dados disponíveis, os cuidados institucionais para indivíduos mais velhos com necessidades graves eram mais de quatro vezes o seu rendimento mediano na Holanda, Dinamarca, Finlândia e Suécia. Em oposição, Portugal era o 4.º país com a mais baixa percentagem destes custos face ao rendimento mediano (111% do rendimento mediano). *Vide* Gráfico 8.

Gráfico 8 – Custos dos LTC para pessoas com 65 anos ou mais, com necessidades graves, em % do rendimento mediano (2022)



Fonte: OECD Health Statistics 2023 *Long-term care spending and unit costs* | Health at a Glance 2023 : OECD Indicators | OECD iLibrary (oecd-ilibrary.org), p. 229, Figura 10.25.

47. No relatório da OCDE sobre a situação económica portuguesa de 2021, destacavam-se, excecionalmente, um conjunto de observações específicas acerca dos desafios relativos à adaptação dos cuidados de longa duração ao rápido envelhecimento da população,

designadamente²⁴:

- A despesa em cuidados de longa duração era das mais baixas da OCDE (em % do total das despesas em saúde), resultando em significativas necessidades não atendidas. Apenas 2% dos adultos com 65 ou mais anos recebiam cuidados de longa duração em 2019, contra cerca de 11% na OCDE.
- A capacidade de acolhimento residencial aumentara de 1.808 camas em 2007 para 8.840 em 2015, mas a prestação de cuidados institucionais era significativamente mais baixa do que noutros países da OCDE, resultando em elevadas taxas de ocupação e longos tempos de espera. As carências eram especialmente agudas em áreas urbanas maiores, como Lisboa.
- A RNCCI e a Rede de Serviços e Equipamentos Sociais constituíam os principais prestadores de serviços de cuidados de longa duração. A governação dos serviços públicos de cuidados de longa duração estava fragmentada, impedindo a integração e otimização dos serviços. A melhoria da coesão e a eliminação dos serviços sobrepostos nas duas redes públicas poderia melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade dos serviços, nomeadamente libertando recursos escassos.
- Os cuidados domiciliários pagos eram um desenvolvimento recente e permaneciam marginais (atingiam menos de 5% dos idosos). A distribuição geográfica era desigual.
- O número de trabalhadores nos cuidados de longa duração era dos mais baixos nos 28 países da OCDE. As estimativas da OCDE mostravam que este número teria de aumentar 60% até 2040. A má qualidade do emprego limitava o recrutamento e a retenção no sector.
- As baixas qualificações dos trabalhadores dos cuidados de longa duração podiam afetar a qualidade dos cuidados prestados. Em Portugal, cerca de 60% dos trabalhadores dos cuidados de longa duração detinham níveis mínimos de escolaridade, contra cerca de 20% na OCDE.
- Não existia um currículo nacional para enfermeiros de cuidados de longa duração e a formação em cuidados geriátricos continuava a ser opcional. O pessoal inadequadamente qualificado aumentava a exposição ao risco para os doentes que viviam em unidades de cuidados de longa duração.

48. Em abril de 2024, a CE, projetava que a despesa pública com cuidados de longa duração iria aumentar em 0,8 p.p. do PIB em 2070 face a 2022, de 1,7% para 2,6% do PIB. As projeções para Portugal indicavam que o peso da despesa pública com cuidados de longa duração quase duplicaria naquele período, passando de 0,5% para 0,9% do PIB²⁵.

²⁴ OCDE (2021), *Adapting long-term care to fast population ageing*. Incluído no ponto do relatório relativo a *Policy reforms for more inclusive and greener growth*, p. 48-50. Os relatórios subsequentes não contêm referências aos cuidados de longa duração.

²⁵ European Commission. Directorate-General for Economic and Financial Affairs (2024), Table I.3.4: Baseline - projected public expenditure on long-term care (2022-2070; % of GDP), p. 118.

Caixa 2 – Ageing Report 2024

A despesa pública com cuidados de longa duração depende de inúmeros fatores que afetam quer a procura, quer a oferta destes cuidados. Estes fatores incluem os rácios de dependência da população (por seu turno, função de fatores sociais, epidemiológicos e demográficos), o modelo de provisão destes cuidados (organização e financiamento, com impactos no *mix* de cuidados formais financiados por despesa pública e por despesa privada, e de cuidados informais) e a disponibilidade de mão-de-obra. O crescimento económico, assim como o desenvolvimento tecnológico e os avanços na ciência médica são igualmente relevantes.

A necessidade de cuidados continuados não resulta diretamente do envelhecimento da população, mas surge como consequência de incapacidade, doença ou fragilidade que causem dependência de outros. Tudo o resto constante, o número de pessoas dependentes deverá aumentar à medida que o número de pessoas idosas cresce.

A fim de projetar a despesa com cuidados de longa duração devem ser considerados dois fatores. Em primeiro lugar, o envelhecimento da população, que não acompanhado de uma correspondente melhoria do *status* de saúde e da redução da incapacidade, conduz a um aumento do número de idosos dependentes e, como tal, das necessidades daquele tipo de cuidados.

Em segundo lugar, nos Estados-Membros da UE, a prestação de cuidados de longa duração depende fortemente de cuidados informais, prestados por familiares e amigos, a maioria mulheres, sem contraprestação. É expectável que a disponibilidade de cuidados informais decline ao longo do tempo.

A fragmentação da provisão de cuidados de longa duração nos Estados-Membros da UE e o facto de esta ter sido, historicamente, uma área de baixa prioridade das políticas públicas, são fatores que explicam a incompletude dos dados estatísticos sobre esta realidade.

A estimativa da despesa base com cuidados de longa duração foi feita assumindo como pressuposto que metade dos ganhos futuros na esperança de vida serão anos de vida saudáveis e a outra metade corresponderá a anos de vida com incapacidade. De acordo com este cenário, estima-se que a despesa pública com cuidados de longa duração na UE aumente de 1,7% do PIB em 2022 para 2,6% do PIB em 2070 (+48%).

É expectável que os cuidados de longa duração enfrentem uma procura crescente nos próximos 50 anos, o que aumentará as necessidades de financiamento de cuidados formais, largamente financiados por despesa pública. Como tal, o aumento da despesa com cuidados de longa duração pode ter impactos orçamentais significativos.

Fonte: adaptado de [2024 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the EU Member States](#), p. 104 - 106 e 128.

6. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

6.1. Antecedentes

49. Em 2003, numa perspetiva de evolução do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e em regime de complementaridade e articulação com os cuidados de saúde primários e hospitalares, com o objetivo de promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto dos cidadãos necessitados de cuidados de saúde em consequência de doença crónica ou degenerativa, ou por qualquer outra razão física ou psicológica suscetível de causar a sua limitação funcional ou dependência de outrem, foi criada a Rede de Cuidados Continuados de Saúde²⁶.
50. Esta Rede, constituída por estabelecimentos de entidades do setor público, do setor social e do setor privado, mediante a celebração de contrato ou acordo de cooperação, assentou numa organização dos serviços semelhante à que veio a ser implementada na RNCCI, com unidades de internamento²⁷, unidades de recuperação global²⁸ e unidades móveis domiciliárias²⁹.
51. Em 2004, o [PNS 2004-2010](#) evidencia a necessidade de se melhorar a articulação entre as entidades referenciadoras dos utentes (hospitais ou centros de saúde) e os serviços da Rede e a necessidade de se conhecer a dimensão das necessidades deste tipo de cuidados de saúde, com vista ao desenvolvimento de um plano de operacionalização da Rede, à definição de metas de cobertura da população, à caracterização do papel dos profissionais envolvidos e à responsabilização das unidades de saúde pela prestação dos serviços.
52. Em 2005, pela [Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005](#), de 7 de abril, foi criada a Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência, com a incumbência de identificar as necessidades não satisfeitas no que concerne aos cuidados de saúde às pessoas idosas e às pessoas em situação de dependência, realizar um levantamento da oferta instalada, pública, privada e do setor social neste domínio e de propor um modelo de intervenção e um plano de ação em matéria de cuidados continuados integrados. Por forma a dar seguimento à atividade desenvolvida por esta Comissão foi criada a Coordenação Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e dos Cidadãos em Situação de Dependência³⁰, a funcionar junto do Alto Comissariado da Saúde, cujos trabalhos sustentaram a criação da RNCCI.

6.2. Objetivos e organização

53. A RNCCI foi criada em junho de 2006, com o objetivo geral de prestar cuidados de saúde e/ou de apoio social a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, através de um modelo de intervenção integrado e/ou articulado da saúde e da segurança social, envolvendo a participação e colaboração de diversos parceiros sociais, a sociedade civil e o Estado como principal incentivador³¹.
54. Constituem objetivos específicos da RNCCI:
 - a melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência;
 - a manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no

²⁶ Decreto-Lei n.º 281/2003, de 8 de novembro.

²⁷ Destinadas a pessoas a quem fossem prescritos cuidados em regime de internamento.

²⁸ Serviço que presta cuidados de saúde visando a recuperação e a reabilitação global de saúde da pessoa em situação de perda de funcionalidade ou em situação de dependência e que não necessita de internamento ou de cuidados domiciliários e com condições que lhe permitam deslocar-se, ou ser deslocado à unidade, em regime de dia.

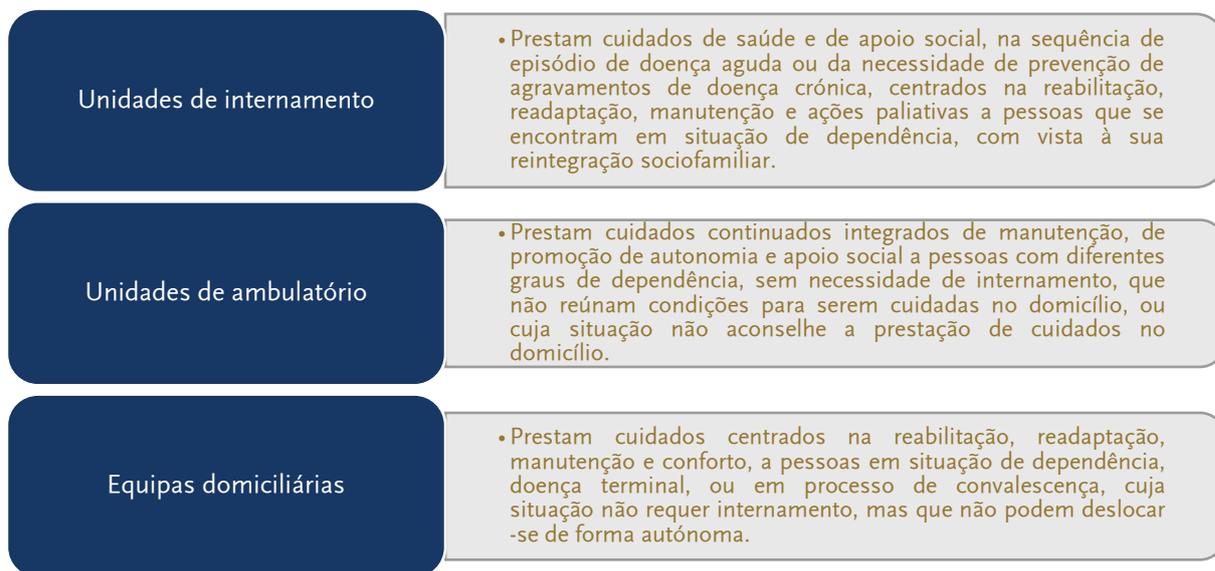
²⁹ Serviço que presta cuidados de saúde multidisciplinares no domicílio.

³⁰ Despacho n.º 23035/2005, de 8 de novembro, do Ministro da Saúde.

³¹ Cfr. preâmbulo do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho.

- o apoio, o acompanhamento e o internamento adequados à situação de cada pessoa;
 - a melhoria contínua da qualidade dos cuidados continuados de saúde e de apoio social;
 - o apoio aos familiares ou prestadores informais, na prestação de cuidados;
 - a articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação;
 - a prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos³².
55. A RNCCI deve ainda criar condições para a diminuição dos internamentos e reinternamentos desnecessários e do número de atendimentos nas urgências de pessoas em situação de fragilidade ou com doença crónica por falta de acompanhamento³³.
56. As respostas da RNCCI são asseguradas por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde e/ou de apoio social, de diferentes tipologias, geridas por entidades públicas, por Instituições Particulares de Solidariedade Social ou entidades legalmente equiparadas (adiante designadas apenas por IPSS) ou por entidades do setor privado, mediante a celebração de contratos-programa, tratando-se da rede geral, da área da saúde mental ou da área de cuidados pediátricos.
57. Ao nível da Rede Geral (RG), a prestação de cuidados continuados integrados é assegurada por unidades de internamento, de ambulatório e equipas domiciliárias (Figura 1)³⁴.

Figura 1 – Tipo de serviços da Rede Geral



Fonte: artigo 12.º do [Decreto-Lei n.º 101/2006](#), de 6 de junho e artigos 5.º, 6.º e 8.º da [Portaria n.º 174/2014](#), de 10 de setembro, na redação atual.

58. A prestação de cuidados continuados integrados ao nível do internamento é garantida por três

³² Cfr. n.º 2 do artigo 4.º do [Decreto-Lei n.º 101/2006](#), de 6 de junho.

³³ Cfr. [Guia da RNCCI](#), da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (setembro de 2009).

³⁴ Nos termos do artigo 12.º do [Decreto-Lei n.º 101/2006](#), de 6 de junho, a prestação de cuidados continuados integrados é ainda assegurada por equipas hospitalares (equipas de gestão de altas). Contudo, estas equipas não prestam cuidados de saúde ou de apoio social, intervindo na preparação das altas hospitalares com outros serviços e articulando com a coordenação distrital e local da Rede e com as equipas prestadoras de cuidados continuados integrados dos centros de saúde do seu âmbito de abrangência.

tipos de unidades, às quais os utentes acedem consoante a sua situação clínica: i) Unidade de Convalescença (UC)³⁵, destinadas a internamentos com previsibilidade até 30 dias; ii) Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR)³⁶, para os internamentos com previsibilidade superior a 30 e inferior a 90 dias; iii) Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM)³⁷, para os internamentos com previsibilidade superior a 90 dias.

59. A resposta de ambulatório da RG deve ser assegurada por Unidades de Dia e de Promoção da Autonomia (UDPA). Contudo, até ao final de 2024, não foram criadas estas unidades.
60. Ao nível do apoio domiciliário da RG existem Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), enquadradas no âmbito da prestação de cuidados primários (Agrupamentos de Centros de Saúde, doravante ACES) que desenvolvem a sua atividade em articulação com as unidades e outras equipas da Rede. Neste âmbito, constatou-se que, apesar do diploma de criação da RNCCI prever³⁸ que estas equipas podem ser geridas por entidades do setor social e do setor privado, até ao final de 2024, não existiam ECCI geridas por entidades destes setores.
61. As respostas de cuidados continuados integrados de saúde mental (CCISM)³⁹, destinadas a pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência, independentemente da idade, incluem unidades residenciais⁴⁰, unidades sócio-ocupacionais⁴¹ e equipas de apoio domiciliário⁴².
62. A prestação de cuidados continuados integrados pediátricos (CCIP)⁴⁴ concretiza-se através de unidades de internamento de cuidados integrados pediátricos de nível 1 (UCIP-1)⁴⁵ e de unidades

³⁵ A UC é uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição se articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico. Cfr. n.º 1 do artigo 13.º do [Decreto-Lei n.º 101/2006](#), de 6 de junho.

³⁶ A unidade de média duração e reabilitação é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável. Cfr. n.º 1 do artigo 15.º do [Decreto-Lei n.º 101/2006](#), de 6 de junho.

³⁷ A unidade de longa duração e manutenção é uma unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio. Cfr. n.º 1 do artigo 17.º do [Decreto-Lei n.º 101/2006](#), de 6 de junho.

³⁸ Cfr. artigo 27.º do [Decreto-lei n.º 101/2006](#), de 6 de junho.

³⁹ As unidades e equipas de cuidados continuados integrados específicas de saúde mental integram a RNCCI desde 2015, nos termos do [Decreto-Lei n.º 136/2015](#), de 28 de julho. Contudo, apenas em 2017 foram celebrados os primeiros contratos-programa para experiências-piloto na área da saúde mental, que se prolongaram por três períodos, o primeiro entre 1 de janeiro de 2017 a 31 de dezembro de 2018, o segundo entre 1 de janeiro de 2019 a 30 de junho de 2020 e o terceiro até 31 de dezembro de 2020. Terminada a fase das experiências-piloto foram celebrados, a partir de 2021, contratos-programa para garantir a continuidade do funcionamento das unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental.

⁴⁰ Residências de Treino de Autonomia (RTA), Residências Autónomas de Saúde mental (RA), Residências de Apoio Moderado (RAMo) e Residências de Apoio Máximo (RAMa).

⁴¹ As unidades sócio-ocupacionais localizam-se na comunidade e têm como destinatários pessoas com moderado e reduzido grau de incapacidade psicossocial, com disfuncionalidades na área relacional, ocupacional e de integração social. Estas unidades têm por finalidade a promoção da autonomia, a estabilidade emocional e a participação social, com vista à integração social, familiar e profissional.

⁴² As equipas de apoio domiciliário atuam nos domicílios, auxiliam na supervisão e gestão da medicação e asseguram o apoio regular nos cuidados pessoais e nas atividades da vida diária, gestão doméstica e financeira, compras, confeção de alimentos, tratamento de roupas, manutenção da habitação, utilização dos transportes públicos e outros recursos comunitários.

⁴³ Cfr. [Decreto-Lei n.º 8/2010](#), de 28 de janeiro, republicado pelo [Decreto-Lei n.º 22/2011](#), de 10 de fevereiro e com as alterações introduzidas pelo [Decreto-Lei n.º 136/2015](#), de 28 de julho.

⁴⁴ As primeiras unidades dedicadas a cuidados pediátricos foram criadas em 2016.

⁴⁵ As unidades de internamento prestam cuidados de saúde e de apoio social, na sequência de episódio de doença aguda ou da necessidade de prevenção de agravamento de doença crónica, centrados na reabilitação, readaptação, manutenção



de ambulatório pediátricas (UAP)⁴⁶.

6.3. Estrutura e coordenação da Rede

63. O modelo de governança da RNCCI prevê uma coordenação nacional, definida, em termos de constituição e competências, por despacho conjunto dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, e uma coordenação operativa regional e local⁴⁷.
64. Constituída a RNCCI, foi criada⁴⁸, na dependência direta do Ministro da Saúde, a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), para assegurar a coordenação nacional e acompanhamento da estratégia de operacionalização da Rede, e contribuir para a implementação de serviços comunitários de proximidade, através da articulação entre centros de saúde, hospitais, serviços e instituições de natureza privada e social, em interligação com as redes nacionais de saúde e de segurança social. A UMCCI esteve em funções entre 2006 e 2012, tendo as suas competências sido integradas na Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS)⁴⁹.
65. Em 2016, a coordenação nacional da Rede passou a ser assegurada pela Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (CNCRNCCI), na dependência dos Secretários de Estado da Segurança Social e Adjunto e da Saúde⁵⁰. Esta Comissão era composta por um coordenador que representava o Ministério da Saúde (MS) e coordenava a Comissão, e por representantes da ACSS (dois), do ISS (um), da Direção-Geral da Segurança Social (DGSS) (um) e do Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP) (um) do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS).
66. A partir de 2019, a Rede passou a contar com dois coordenadores⁵¹, um indicado pelo MS e outro pelo MTSSS. Da nova CNCRNCCI, constituída na dependência das Secretárias de Estado da Segurança Social e da Saúde, fazem ainda parte representantes da ACSS (três), Direção-Geral da Saúde (DGS) (um), ISS (dois) e do GEP (um).
67. À CNCRNCCI compete, além da coordenação da Rede a nível nacional, designadamente:
 - liderar a estratégia para a Rede, incluindo os cuidados continuados integrados na área da saúde mental e pediátrica, assegurando uma efetiva articulação e complementaridade das áreas da saúde e da segurança social no desenvolvimento e implementação do modelo;
 - planear o alargamento e desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, considerando rácios de cobertura e necessidades avaliadas;
 - apoiar tecnicamente os órgãos da administração central e regional do MS e os organismos do MTSSS nas matérias relacionadas com os cuidados continuados integrados, nomeadamente nas decisões de planeamento, aquisição e instalação de serviços, recursos humanos e tecnologia, adequados aos objetivos a prosseguir.

e cuidados paliativos a crianças que se encontram em situação de dependência, com vista à sua reintegração sociofamiliar, conforme previsto no n.º 1 do artigo 5.º da [Portaria n.º 343/2015](#), de 12 de outubro.

⁴⁶ As unidades de ambulatório prestam cuidados continuados integrados de manutenção, de promoção de autonomia e apoio social a crianças com diferentes graus de dependência, sem necessidade de internamento, que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio, ou cuja situação não aconselhe a prestação de cuidados no domicílio. Cfr. n.º 1 do artigo 6.º da [Portaria n.º 343/2015](#), de 12 de outubro.

⁴⁷ Artigo 9.º do [Decreto-Lei n.º 101/2006](#), de 6 de junho.

⁴⁸ [Resolução do Conselho de Ministros n.º 168/2006](#), de 28 de novembro.

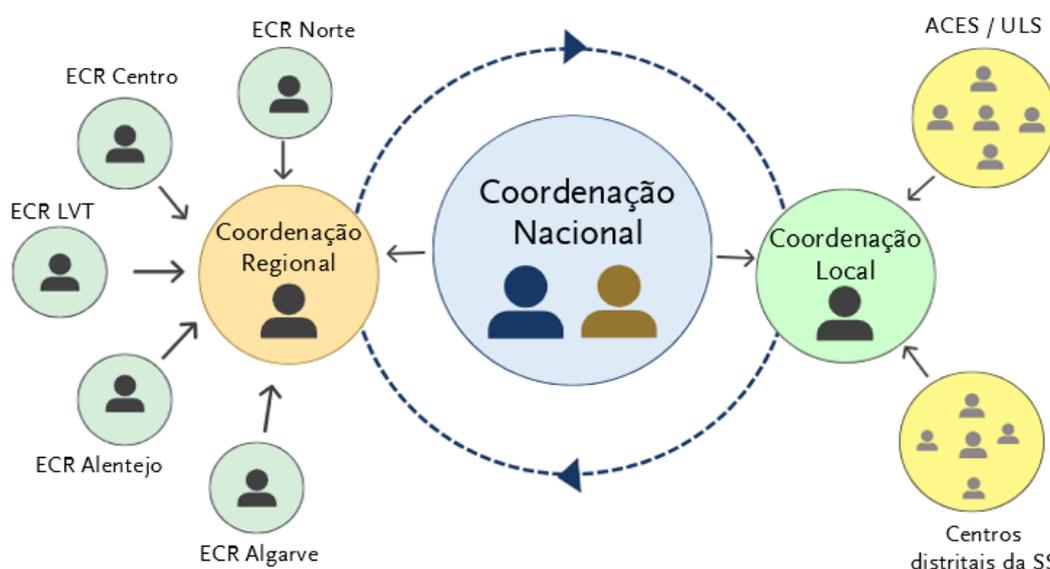
⁴⁹ Cfr. alínea d) do n.º 3 do artigo 23.º do [Decreto-Lei n.º 124/2011](#), de 29 de dezembro.

⁵⁰ Cfr. [Despacho n.º 4663/2016](#), de 5 de abril, do Ministro do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e do Ministro da Saúde.

⁵¹ Cfr. [Despacho 176-D/2019](#), de 4 de janeiro, do Ministro do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e da Ministra da Saúde. Nos termos do n.º 5 do Despacho, a Comissão reúne ordinariamente, pelo menos, duas vezes por mês, de acordo com o agendamento a decidir pelos seus membros.

68. Apesar de previsto⁵², a CNCRNCCI não possui uma equipa técnica, de suporte permanente, para apoio ao desenvolvimento das competências que lhes foram atribuídas. Na prática, apoia-se na Unidade de Gestão e Acompanhamento da RNCCI dos serviços centrais do ISS e no Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde da ACSS.
69. Acresce que tanto as coordenadoras nacionais como os restantes membros da CNCRNCCI exercem funções em acumulação com as suas atividades nas entidades de origem, o que limita o desenvolvimento eficaz e eficiente das suas atribuições. De facto, neste âmbito, observou-se designadamente que, apesar de constituir uma das suas competências mais relevantes, não foi demonstrado terem sido identificadas e quantificadas as necessidades atuais em cuidados continuados integrados, de suporte ao planeamento do desenvolvimento territorial da Rede.
70. A coordenação operativa da Rede é realizada por Equipas Coordenadoras Regionais (ECR) e por Equipas Coordenadoras Locais (ECL). As ECR articulam-se com a CNCRNCCI, bem como com as ECL e asseguram o planeamento, a gestão, o controlo e a avaliação da Rede. Já as ECL articulam-se com as ECR e asseguram o acompanhamento e a avaliação da Rede a nível local, bem como a articulação e coordenação dos recursos e atividades, no seu âmbito de referência⁵³. Para tal, as ECL realizam visitas trimestrais às unidades prestadoras da Rede para acompanhamento e avaliação da atividade desenvolvida, designadamente quanto à sua organização, funcionamento e aos cuidados prestados.

Figura 2 – Coordenação da RNCCI



Fonte: artigo 9.º do [Decreto-Lei n.º 101/2006](#), de 6 de junho.

Legenda: ECR: Equipa de Coordenação Regional; ACES: Agrupamento de Centros de Saúde; ULS: Unidade Local de Saúde; SS: Segurança Social.

Nota: As ECR passaram a depender do ponto de vista funcional da Direção Executiva do SNS (DE-SNS), conforme resulta do Despacho do Ministro da Saúde de 28/03/2023.

71. De salientar ainda que, em 2022, foi criada a Direção Executiva do SNS (DE-SNS), à qual

⁵² Ponto 10 do [Despacho 176-D/2019](#), de 4 de janeiro.

⁵³ De acordo com o artigo 9.º do [Decreto-Lei n.º 101/2006](#), de 6 de junho, as ECR são constituídas, de modo multidisciplinar, integrando representantes das cinco ARS (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve) e dos centros distritais de Segurança Social das respetivas áreas territoriais. Quanto às ECL, o artigo 34.º da [Portaria n.º 174/2014](#), na sua versão atual, prevê a criação, no mínimo, de uma ECL por cada ACES e em cada ULS que não tenha ACES. As equipas da ECL são constituídas por elementos da área da saúde e da segurança social.



competete a coordenação da resposta assistencial das unidades de saúde que integram a Rede, bem como a própria gestão da Rede. O diploma que criou a DE-SNS⁵⁴ também introduziu alterações à Lei Orgânica do MS⁵⁵, passando a ACSS a celebrar, a partir de 2023, sob proposta da DE-SNS, os contratos-programa com os prestadores da RNCCI, substituindo-se às Administrações Regionais de Saúde (ARS), que até essa data exerciam essas competências e que passaram apenas a apoiar a nível regional a coordenação nacional da Rede até à sua extinção em setembro de 2024⁵⁶.

6.4. O modelo de financiamento

72. Os encargos com a RNCCI são suportados pelo MS⁵⁷, pelo MTSS⁵⁸ e pelos utentes, em função da tipologia da resposta. Ambos os ministérios contam com verbas provenientes da distribuição dos resultados líquidos da exploração dos jogos sociais para suportar estes encargos⁵⁹.
73. Os encargos com as UC, as ECCI, as UCIP-1 e as UAP são integralmente suportados pelo MS. Já os encargos com as UMDR, as ULDM e as unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental são assumidos pelos dois ministérios, em função da natureza dos cuidados prestados e ainda pelos utentes, relativamente aos cuidados de apoio social, em função do rendimento do seu agregado familiar e mediante a comparticipação da segurança social se aplicável⁶⁰.
74. O valor a pagar pelos utentes é determinado através da aplicação de uma percentagem sobre o rendimento *per capita* dos respetivos agregados familiares⁶¹. O valor da comparticipação da segurança social corresponde ao diferencial entre o valor a pagar pelo utente e o preço a pagar à unidade pelos cuidados de apoio social prestados, sendo que a segurança social comparticipa até 100% os encargos da responsabilidade do utente. A comparticipação da segurança social é paga diretamente às unidades e equipas da Rede. Tratando-se de unidades da Rede geridas pela

⁵⁴ Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro.

⁵⁵ Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro.

⁵⁶ Decreto-lei n.º 54/2024, de 6 de setembro.

⁵⁷ Através da ACSS e das ARS até à sua extinção (setembro de 2024).

⁵⁸ Através do ISS.

⁵⁹ Nos termos do Decreto-Lei n.º 56/2006, de 15 de março, alterado pelo Decreto-Lei n.º 23/2018, de 10 de abril, é atribuído 15,7% do valor dos resultados líquidos de exploração dos jogos sociais ao MS e 32,98% ao MTSS. As verbas atribuídas ao MS destinam-se à concretização dos objetivos estratégicos do PNS, bem como aos cuidados continuados integrados e aos cuidados paliativos. As verbas atribuídas ao MTSS destinam-se, entre outras, a melhorar as condições de vida e o acompanhamento das pessoas idosas e das pessoas com deficiência e apoiar estabelecimentos e instituições de solidariedade social que prossigam fins de ação social.

⁶⁰ Artigo 47.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, na redação atual.

⁶¹ O rendimento *per capita* é obtido pela seguinte fórmula:

$$\frac{(\text{rendimento anual ou anualizado do agregado familiar} - \text{despesas com habitação})/12}{\text{número de elementos do agregado familiar}}$$

A despesa com habitação tem o limite de um IAS que para 2024 foi fixado em 509,26 €.

O número de elementos do agregado familiar é apurado da seguinte forma: requerente 1, por cada indivíduo maior 0,7 e por cada indivíduo menor 0,5.

O valor dia a pagar pelo utente pela prestação dos cuidados de apoio social é calculado através da seguinte fórmula:

$$\frac{\text{rendimento per capita} * \% \text{ da tipologia} * 12}{365}$$

As % a considerar para cada tipologia constam do Anexo ao Despacho n.º 12678/2023, de 12 de dezembro, do Secretário de Estado da Segurança Social e da Secretária de Estado da Inclusão, sendo que no caso das UMDR varia entre 30%, para rendimentos *per capita* inferiores a 50% do IAS e 60% para rendimentos *per capita* superiores a 150% do IAS, e nas ULDM é de 85% (Tabela I).

O cálculo da comparticipação para os cuidados continuados integrados de Saúde mental também segue estas regras aplicando-se as tabelas II e III que constam do referido despacho no que respeita à % a considerar para cada tipologia.

Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML) e localizadas na cidade de Lisboa⁶², o diferencial entre o valor a pagar pelo utente e o preço a pagar às unidades pelos cuidados de apoio social prestados é suportado pela SCML⁶³.

75. Quanto aos preços pagos às unidades da RNCCI pelos cuidados prestados, desde a criação da Rede, em junho de 2006, que o regime aplicável foi objeto de várias alterações.
76. Inicialmente, foram estabelecidos preços provisórios, para as diárias por utente, das unidades de internamento e ambulatório⁶⁴, no sentido de dar concretização imediata às experiências-piloto, no âmbito do desenvolvimento da Rede. Em 2007, foi aprovada uma tabela de preços, com as diárias por utente nas referidas unidades⁶⁵. Além disso, os contratos celebrados com as unidades da Rede asseguravam que sempre que a taxa de ocupação mensal das unidades fosse igual ou superior a 85% houvesse lugar a um pagamento adicional, correspondente à diferença entre o número de lugares contratados e a taxa de ocupação verificada, desde que não se verificassem atrasos no reporte de informação e na apresentação de documentos nos termos contratualizados.
77. Em 2008, foi fixado o montante a pagar, por utente/dia, relativo a encargos com medicamentos, realização de exames auxiliares de diagnóstico e apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão⁶⁶ e, em 2010, foi fixado em 1,23 € o valor diário a pagar pela segurança social, por utente, às ULDM pelos encargos decorrentes da utilização de fraldas⁶⁷.
78. Em 2011, foi fixada a tabela de preços para financiar os serviços a prestar pelas unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, para permitir a concretização das experiências-piloto nesta área de cuidados⁶⁸.
79. Em 2015, foi fixado um valor adicional de 25 €, por utente/dia, para os utentes com úlceras de pressão no momento da admissão nas ULDM referenciados pelos hospitais⁶⁹. Contudo, esta medida não contemplou os utentes com úlceras de pressão que fossem referenciados pelos cuidados de saúde primários, situação que só veio a ser alterada em 2022⁷⁰.
80. Em 2016, foi aprovada a tabela de preços para financiar os cuidados continuados pediátricos, a qual não sofreu qualquer atualização⁷¹.
81. Em 2021, com o propósito de reunir num único diploma a regulamentação sobre esta matéria, foi aprovado, pela [Portaria n.º 45/2021](#), de 24 de fevereiro, o regime de definição de preços e de responsabilidade na repartição e assunção dos encargos pelas diferentes entidades envolvidas na RNCCI e fixa os preços dos cuidados de saúde e de apoio social prestados nas unidades de internamento e nas unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental.

⁶² A SCML dispõe de duas unidades de cuidados continuados integrados na cidade de Lisboa, a unidade de São Roque (ULDM e UMDR), em funcionamento desde 2019 e a unidade Rainha Dona Leonor (ULDM e UMDR), em funcionamento desde 2021.

⁶³ Cfr. n.º 6 do artigo 2.º do [Despacho n.º 12678/2023](#), de 12 de dezembro, do Secretário de Estado da Segurança Social e da Secretária de Estado da Inclusão.

⁶⁴ [Portaria n.º 994/2006](#), de 19 de setembro.

⁶⁵ [Portaria n.º 1087-A/2007](#), de 5 de setembro. Esta Portaria previa a atualização dos preços no início de cada ano civil, mediante a aplicação de um coeficiente resultante da variação média do índice de preços no consumidor, correspondente aos últimos 12 meses para os quais existissem valores disponíveis.

⁶⁶ [Portaria n.º 189/2008](#), de 19 de fevereiro, com efeitos reportados à data da entrada em vigor da [Portaria n.º 1087-A/2007](#), de 5 de setembro.

⁶⁷ [Despacho n.º 12082/2010](#), 20 de julho, do Secretário de Estado da Segurança Social.

⁶⁸ [Portaria n.º 183/2011](#), de 5 de maio.

⁶⁹ [Portaria n.º 289-A/2015](#), de 12 de março.

⁷⁰ [Portaria n.º 272/2022](#), de 10 de novembro.

⁷¹ [Portaria n.º 176/2016](#), de 23 de junho.

No entanto, o diploma é omissivo quanto aos cuidados pediátricos⁷² e remete para diploma próprio os preços dos cuidados a prestar por unidades de ambulatório⁷³.

82. Nos termos do artigo 9.º da referida Portaria, os preços são atualizados no início de cada ano civil a que se reporta a atualização, mediante a aplicação de um coeficiente resultante da variação média do índice de preços no consumidor, correspondente aos últimos 12 meses para os quais existam valores disponíveis e revistos dois anos após a entrada em vigor do diploma⁷⁴.

6.5. Anterior auditoria do Tribunal de Contas à RNCCI

83. Em 2009, foi realizada uma auditoria à RNCCI com o objetivo de analisar a execução física e financeira do programa e os resultados ocorridos entre 2006 e 2008, cujas principais conclusões e recomendações se sintetizam na Figura 3⁷⁵.

Figura 3 - Principais conclusões e recomendações do Relatório n.º 38/09 – 2.ª Secção

Conclusões

- Entre 2006 e 2008, a despesa acumulada foi apenas de 67,4 milhões de euros, da qual 55,5 milhões de euros (82,3%) respeitaram ao Ministério da Saúde e 11,9 milhões de euros (17,7%) ao Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, financiada exclusivamente com verbas provenientes da distribuição dos resultados líquidos de exploração dos jogos sociais.
- Na componente saúde os recursos financeiros disponíveis não foram utilizados na produção de cuidados continuados integrados, de acordo com os objetivos e metas planeados, gerando disponibilidades de cerca de 162,2 milhões de euros (156,4 milhões de euros na ACSS e 5,8 milhões de euros nas ARS) que não foram aplicadas, com oportunidade, noutros programas do Plano Nacional de Saúde 2004-2010.
- A contratualização da prestação de cuidados continuados em regime de internamento baseou-se em preços de diária de internamento, por utente, fixados em Portarias conjuntas dos Ministros das Finanças, da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, não cobrindo, nalguns casos, a totalidade dos custos, impossibilitando, também, a diferenciação qualitativa da remuneração dos prestadores.
- Entre 2006 e 2008, dos 204,1 milhões de euros atribuídos para funcionamento das unidades e equipas de rede, apenas foram executados 51,3 milhões de euros (25,1%), dos quais 93% foram direcionados para as unidades de internamento.
- A adequação da oferta de cuidados continuados às necessidades identificadas nos planos de implementação da RNCCI não foi totalmente realizada, no triénio 2006-2008. As 2.870 camas implementadas até 31 de dezembro de 2008 ficaram aquém, quer da meta de 5.162 a alcançar até final de 2008, quer das 3.912 planeadas para o ano de 2008.

Recomendações

À Ministra da Saúde

- Fazer a avaliação dos mecanismos e preços previstos para a contratualização de prestadores de cuidados continuados, por forma a que as metas previstas no plano de implementação possam ser alcançadas de acordo com a oportunidade estabelecida.
- Remover as barreiras ao acesso à RNCCI, designadamente pelo estabelecimento de limites máximos para os dias de espera para o ingresso na Rede.

À Coordenadora da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

- Apurar os custos relevantes, diretos e indiretos, por unidades, tipologias, equipas, regiões e outros custos de estrutura de unidades orgânicas do SNS ou da segurança social que contribuam para os resultados da RNCCI.
- Reduzir o tempo de espera para o ingresso nas várias unidades de internamento da Rede, zelando pelo cumprimento de metas imperativas (número máximo de dias de espera por tipologia), de modo a maximizar o acesso aos cuidados continuados.

⁷² A tabela de preços para os cuidados de saúde prestados na área da pediatria consta da [Portaria n.º 176/2016](#), de 23 de junho, não tendo sofrido qualquer atualização até ao final de 2024.

⁷³ No final de 2024, ainda não tinha sido aprovado o referido diploma.

⁷⁴ A revisão de preços ficou suspensa em 2023, nos termos do artigo 3.º da Portaria n.º 272/2022, de 10 de novembro.

⁷⁵ [Relatório n.º 38/09 – 2ªS - Auditoria à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2006 - 2008](#).



84. As recomendações efetuadas à Ministra da Saúde ainda não se encontram implementadas. Com efeito, não foi realizada a avaliação dos mecanismos e preços previstos para a contratualização de prestadores de cuidados continuados, por forma a que as metas previstas no plano de implementação pudessem ser alcançadas, e não foram definidos limites máximos para os dias de espera para o ingresso na Rede.
85. Em relação às recomendações dirigidas à Coordenadora da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, destaca-se que permanece por realizar um apuramento dos custos relevantes, diretos e indiretos, por unidades, tipologias, equipas e regiões, bem como de outros custos de estrutura de unidades orgânicas do SNS e da segurança social que contribuem para os resultados da RNCCI.



III. OBSERVAÇÕES DE AUDITORIA

86. Considerando a preponderância da RG face às outras áreas de intervenção da RNCCI (saúde mental e cuidados pediátricos), quer ao nível da oferta de cuidados, medida pelos lugares disponíveis, quer ao nível da procura, expressa pelas referenciações, quer ainda no que respeita à atividade assistencial, as análises desenvolvidas centram-se maioritariamente na RG, exceto nos subpontos dedicados especificamente às restantes duas áreas.
87. As observações de auditoria estão estruturadas da seguinte forma: no ponto 7 começa-se por analisar as respostas da Rede, com enfoque na evolução da capacidade instalada; no ponto 8 aborda-se o acesso à Rede e os respetivos tempos de referenciação, bem como a estimativa da despesa hospitalar com camas de retaguarda associada à falta de resposta da Rede e no ponto 9 analisa-se a evolução da atividade assistencial, abordando aspetos referentes à demora média, taxa de ocupação e à dimensão da qualidade dos cuidados prestados.
88. No ponto 10 é analisado o modelo de financiamento da Rede, designadamente os aspetos relativos à formação e evolução dos preços praticados junto dos seus prestadores e no ponto 11 apresenta-se a execução financeira e a sua repartição entre componente pública e privada. Conclui-se com o ponto 12 onde se abordam questões relacionadas com o SI da RNCCI, com particular atenção para as fragilidades identificadas, designadamente quanto à qualidade dos registos e à integridade do modelo de dados.

7. As respostas da RNCCI

89. As respostas da RNCCI concretizam-se na prestação de cuidados de saúde e de apoio social para pessoas em situação de dependência, estruturadas em torno de três áreas: i) a Rede Geral (RG), que constitui o seu pilar principal; ii) os Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCISM); iii) e os Cuidados Continuados Integrados Pediátricos (CCIP). Em cada uma destas áreas, a RNCCI distingue diversas tipologias de cuidados, prestados por unidades de internamento, unidades de ambulatório e equipas domiciliárias (*vide* Figura 4).
90. As unidades e as equipas constituem, assim, elementos fundamentais da RNCCI, estruturadas para oferecer respostas específicas às necessidades de saúde e apoio social da população. As unidades são estruturas físicas, organizadas em diferentes tipologias, que oferecem cuidados de saúde e apoio social em regime de internamento ou ambulatório, e que atendem a necessidades específicas de reabilitação, manutenção e de promoção de autonomia, adaptadas a diferentes graus de dependência e fases da vida, incluindo saúde mental e pediatria.
91. As equipas da RNCCI, como as ECCI, são grupos multidisciplinares que prestam cuidados domiciliários a pessoas em situação de dependência funcional ou em convalescença, promovendo assistência médica, de enfermagem e reabilitação, articuladas com a rede de suporte social e garantindo continuidade e qualidade no cuidado integrado.

Figura 4 – Áreas e tipologias de resposta da RNCCI

Áreas de intervenção da RNCCI	Tipologias da RNCCI		
	Unidades de internamento	Unidades de ambulatório	Equipas domiciliárias
Rede Geral	1. Unidade de convalescença (UC) 2. Unidade de média duração e reabilitação (UMDR) 3. Unidade de longa duração e manutenção (ULDM)	.....	Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)
Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental	1. Residência autónoma (RA) 2. Residência de treino de autonomia adulto (RTA) 3. Residência de treino de autonomia infância e adolescência (RTA-A/IA) 4. Residência de Apoio Máximo (RAMa) 5. Residência de Apoio Moderado (RAMo)	1. Unidade Sócio-Ocupacional (USO) 2. Unidade Sócio-Ocupacional infância e adolescência (USO/IA)	Equipa de Apoio Domiciliário (EAD) Equipa de Apoio Domiciliário infância e adolescência (EAD/IA)
Cuidados Continuados Integrados Pediátricos	Unidade de Cuidados Integrados Pediátricos - Nível 1 (UCIP-1)	Unidade de Ambulatório Pediátrica (UAP)	.....

Fonte: elaboração própria, com base na consulta de documentação diversa, com destaque para o [Decreto-Lei n.º 101/2006](#), de 6 de junho.

92. No que respeita à capacidade existente na RNCCI, a expressão “lugares”, doravante utilizada, traduz uma medida da capacidade operacional contratada, ajustada ao tipo de serviço prestado. Deste modo, no contexto da RNCCI, os lugares referem-se à capacidade contratada para prestação de cuidados em diferentes estruturas e modalidades. Representam os recursos disponíveis para atender os utentes, sendo expressos de acordo com a natureza dos serviços e cuidados prestados:
- nas unidades de internamento, os lugares correspondem ao número de camas disponíveis para acolhimento e tratamento dos utentes;
 - nas equipas domiciliárias (ECCI e EAD), os lugares traduzem o número máximo de visitas domiciliárias diárias que podem ser realizadas;
 - nas unidades de ambulatório (USO, USO/IA e UAP), os lugares representam o número máximo de presenças diárias de utentes atendidos.
93. Entre 2017 e 2023, verificou-se um reforço generalizado da capacidade da RNCCI, expresso pelo crescimento do número de lugares disponíveis (+2.031 lugares; +14,4%), totalizando 16.138 lugares no final de 2023. Em termos absolutos, a variação mais expressiva deu-se ao nível do crescimento do número de lugares de internamento, com um incremento de 1.615 lugares (+19,8%), seguido pelo aumento de 260 lugares domiciliários (+4,4%) e por fim dos lugares de ambulatório (+156 lugares; + 208,0%), conforme Quadro 1.

Quadro 1 – Evolução do número de lugares por tipologia

Tipologias	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ 2017/2023
Rede Geral	13 914	14 131	14 518	14 958	15 239	15 269	15 581	12,0%
Internamento	8 062	8 403	8 867	9 321	9 593	9 579	9 557	18,5%
Unidades de Convalescença (UC)	811	935	1 078	1 147	1 220	1 190	1 242	53,1%
Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR)	2 548	2 674	2 873	3 060	3 179	3 207	3 208	25,9%
Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM)	4 703	4 794	4 916	5 114	5 194	5 182	5 107	8,6%
Apoio domiciliário	5 852	5 728	5 651	5 637	5 646	5 690	6 024	2,9%
Saúde Mental	173	249	280	352	502	502	520	200,6%
Internamento	84	130	131	119	187	187	197	134,5%
Ambulatório	65	95	125	185	211	211	211	224,6%
Apoio domiciliário	24	24	24	48	104	104	112	366,7%
Cuidados Pediátricos	20	20	37	37	37	37	37	85,0%
Internamento	10	10	17	17	17	17	17	70,0%
Ambulatório	10	10	20	20	20	20	20	100,0%
Lugares de internamento	8 156	8 543	9 015	9 457	9 797	9 783	9 771	19,8%
Lugares domiciliários	5 876	5 752	5 675	5 685	5 750	5 794	6 136	4,4%
Lugares de ambulatório	75	105	145	205	231	231	231	208,0%
Total de lugares	14 107	14 400	14 835	15 347	15 778	15 808	16 138	14,4%

Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório - Camas e lugares na Rede).

94. No final de 2023, a RG agregava a larga maioria da oferta de lugares disponíveis (15,581; 96,5%), seguida da saúde mental, com 3,2% da oferta de lugares. Os cuidados continuados pediátricos apresentavam um peso meramente marginal, com apenas 0,2% do total de lugares da RNCCI.
95. Ainda na RG, destaca-se o crescimento do número de lugares de internamento nas unidades de convalescença (+53,1%; +431 lugares) e de média duração e reabilitação (+25,9%; +660 lugares). Não obstante, a composição das respostas em internamento sofreu poucas alterações no período analisado, mantendo-se a predominância dos lugares de internamento em unidades de longa duração e manutenção, que representavam em 2023 mais de metade dos lugares disponíveis (53,4%), seguidos dos lugares de internamento em unidades de média duração e reabilitação, com cerca de um terço das respostas disponíveis (33,6%).
96. O incremento observado no número de lugares globalmente disponíveis na Rede entre 2017 e 2023 (+14,4%) surge em linha com o crescimento verificado no número de unidades prestadoras de cuidados que integram a Rede (+16,3%), que passaram de 627 unidades em 2017 para 729 unidades em 2023, nos termos do Quadro 2.

Quadro 2 – Evolução do número de unidades e equipas por tipologia

Tipologias	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ 2017/2023
Rede Geral	610	627	648	662	669	672	686	12,5%
Internamento	335	345	362	371	377	377	375	11,9%
Unidades de Convalescença (UC)	37	43	49	51	54	53	55	48,6%
Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR)	118	120	128	131	134	135	134	13,6%
Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM)	180	182	185	189	189	189	186	3,3%
Apoio domiciliário	275	282	286	291	292	295	311	13,1%
Saúde Mental	15	19	20	25	39	39	41	173,3%
Internamento	9	12	12	11	17	17	18	100,0%
Ambulatório	3	4	5	8	9	9	9	200,0%
Apoio domiciliário	3	3	3	6	13	13	14	366,7%
Cuidados Pediátricos	2	2	2	2	2	2	2	0,0%
Internamento	1	1	1	1	1	1	1	0,0%
Ambulatório	1	1	1	1	1	1	1	0,0%
Total de unidades e equipas	627	648	670	689	710	713	729	16,3%

Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório - Camas e lugares na Rede).

97. Similarmente ao sucedido na oferta de lugares, no contexto da RG destaca-se o crescimento do número de unidades de convalescença (+48,6%) e de média duração e reabilitação (+13,6%). Na área da saúde mental, salienta-se o reforço no número de unidades, embora permaneçam com reduzida expressão no total de unidades da Rede (5,6%, em 2023). A resposta ao nível dos cuidados pediátricos assentou, ao longo do período 2017-2023, em apenas duas unidades (uma unidade de internamento e uma unidade de ambulatório).
98. No que respeita aos prestadores⁷⁶, as respostas da Rede dependem largamente das instituições do Setor Social e Solidário que, em 2023, à semelhança da realidade dos anos anteriores, representaram mais de três quartos do universo total de prestadores (77,8%; 196 num total de 252), com relevo para o papel das Misericórdias (47,2%; 119 prestadores). (Quadro 3)

Quadro 3 – Evolução do número de prestadores por setor

Designação	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ 2017/2023	Peso setor 2023
Setor Social e Solidário	178	183	184	187	195	195	196	10,1%	77,8%
Misericórdias	116	119	119	119	120	120	119	2,6%	47,2%
Outras IPSS	62	64	65	68	75	75	77	24,2%	30,6%
Setor Privado	35	34	39	41	42	40	39	11,4%	15,5%
Setor Público	18	18	17	17	17	17	17	-5,6%	6,7%
Total	231	235	240	245	254	252	252	9,1%	100,0%

Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório - Camas e lugares na Rede).

Nota: no setor público, estão consideradas unidades hospitalares, ARS e ULS.

99. Todavia, quando se analisa a distribuição da oferta de lugares por setor, em 2023, para a globalidade da Rede, o setor público surge com 38,4%, em resultado de concentrar em exclusivo a oferta de apoio domiciliário no âmbito da RG, assegurado ao nível dos cuidados de saúde primários. Já ao nível do internamento da RG, o setor social e solidário agrega 79% dos prestadores e 76,8% da oferta de lugares (camas).

Quadro 4 – Evolução do número de lugares por setor

Designação	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ 2017/2023	Peso setor 2023
Setor Social e Solidário	6 292	6 626	6 815	7 104	7 447	7 473	7 537	19,8%	46,7%
Misericórdias	3 952	4 143	4 230	4 365	4 544	4 550	4 537	14,8%	28,1%
Outras IPSS	2 340	2 483	2 585	2 739	2 903	2 923	3 000	28,2%	18,6%
Setor Privado	1 773	1 827	2 169	2 406	2 510	2 470	2 402	35,5%	14,9%
Setor Público	6 042	5 947	5 851	5 837	5 821	5 865	6 199	2,6%	38,4%
Total	14 107	14 400	14 835	15 347	15 778	15 808	16 138	14,4%	100,0%

Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório - Camas e lugares na Rede).

Nota: no setor público, estão consideradas unidades hospitalares, ARS e ULS.

100. A evolução ao longo do período do número de lugares (+14,4%), de unidades e equipas (+16,3%) e de prestadores (+9,1%), indiciam a manutenção do padrão da oferta de lugares por unidades e equipas, mas uma maior concentração de unidades e equipas por prestador (*vide* Quadro 1, Quadro 2 e Quadro 3).

⁷⁶ Entende-se como prestador da RNCCI qualquer entidade/instituição, independentemente da sua natureza jurídica, que possua unidades e/ou equipas que prestem cuidados no âmbito das tipologias de resposta da RG, de saúde mental ou de pediatria. Os prestadores podem oferecer diferentes tipologias de resposta, nas três áreas de intervenção da Rede. Por exemplo, um mesmo prestador pode ter unidades de convalescença, de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção, contratualizando com as ARS (até 2023) / com a ACSS (a partir de 2023) a prestação dos respetivos cuidados diferenciados no âmbito da RNCCI.

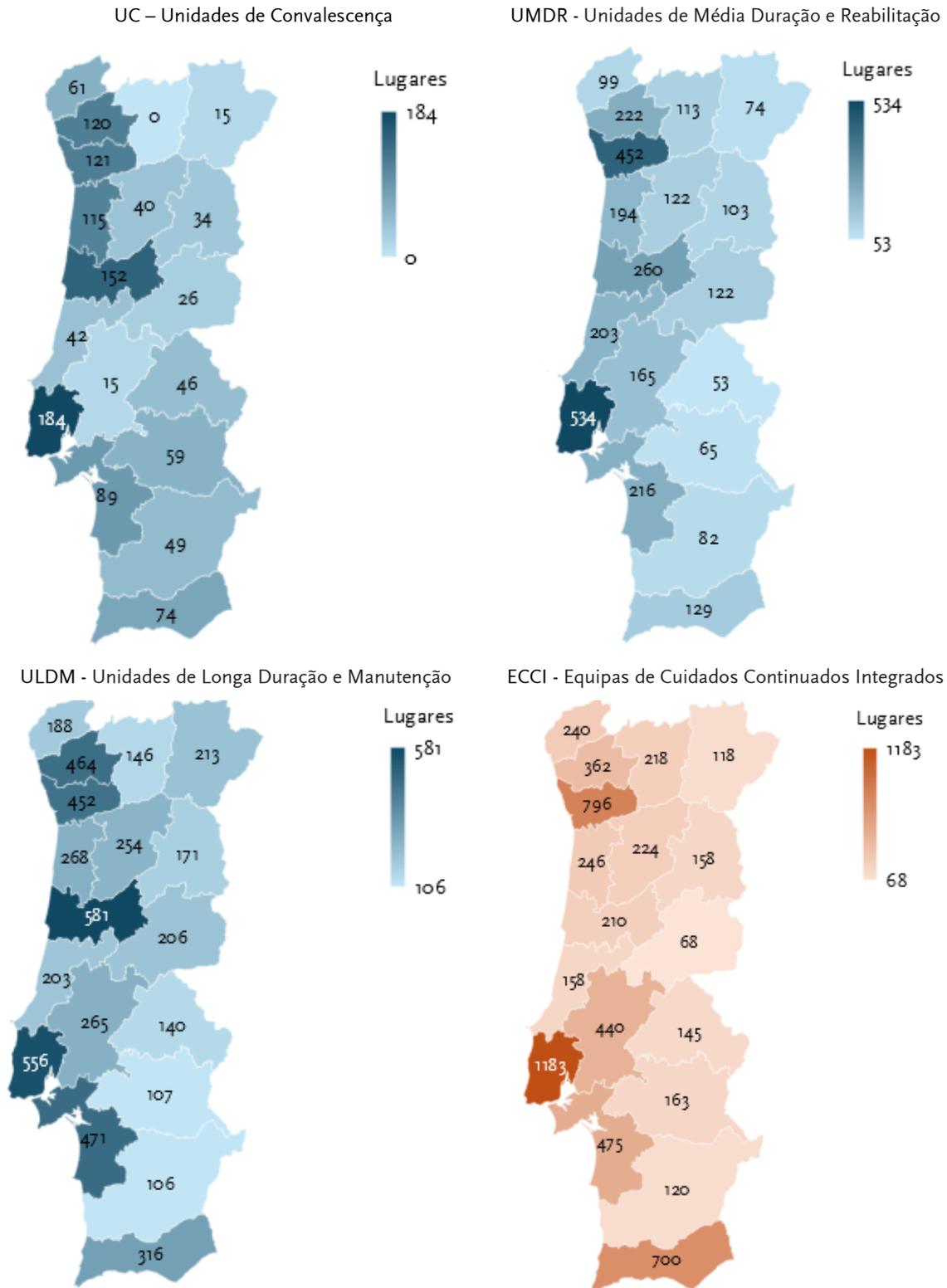
7.1. Rede Geral

101. A Rede Geral (RG) constitui o principal pilar da oferta de cuidados da RNCCI, alicerçada em quatro tipologias de respostas, três ao nível do internamento (UC, UMDR e ULDM) e uma ao nível do apoio domiciliário (ECCI).
102. A comparação dos lugares de internamento disponíveis no final de 2023 (9.557) com as metas traçadas aquando do lançamento da RNCCI (2006), em particular face à meta definida para 2016 (14.331), e que corresponderia à fase final de desenvolvimento da RNCCI, evidencia ainda um desvio negativo significativo face aos objetivos então definidos (-33,3%; -4.774)⁷⁷. O mesmo sucede relativamente ao número total de ECCI em 2023 (311), inferior em 14,3% à meta inicialmente prevista.
103. A revisão das metas de desenvolvimento da Rede resultou num plano de alargamento do número de lugares de internamento em todas as tipologias da Rede Geral (RG) que traduz um incremento de 14,1% face às metas definidas em 2006, mas remete a sua concretização para 2030⁷⁸.
104. Analisando a distribuição geográfica dos lugares disponíveis na RG, no final de 2023, tanto ao nível dos cuidados de internamento, quanto dos cuidados domiciliários observa-se, de uma maneira geral, uma maior concentração da oferta nas áreas metropolitanas de Lisboa e do Porto, com os distritos do interior, como Bragança, Portalegre e Beja, a beneficiarem de uma oferta de lugares significativamente inferior (Figura 5).

⁷⁷ De acordo com o relatório de monitorização da implementação das experiências-piloto da RNCCI, datado de 27 de julho de 2007 (sem publicação eletrónica), estava previsto que o desenvolvimento da RNCCI ocorresse em três fases, ao longo de um período de 10 anos, com as seguintes metas para a evolução do número de lugares de internamento da RG (cfr. Quadro n.º 3 a p. 55): (i) 2008 (final da fase 1): 4.836 lugares de internamento; (ii) 2012 (final da fase 2): 9.445 lugares de internamento; (iii) 2016 (final da fase 3): 14.331 lugares de internamento.

⁷⁸ Relatório de Atividade | DE-SNS, de 22 de maio de 2024, p. 295 e 296.

Figura 5 – Distribuição geográfica do número de lugares por tipologia, RG (2023)



Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório - Camas e lugares na Rede).

105. Todavia, quando se analisa a cobertura populacional dos lugares da RG por regiões, expressa pelo número de lugares por 100.000 habitantes com idade igual ou superior a 65 anos (a

população-alvo da RNCCI⁷⁹), a situação é muito distinta, com as regiões de Lisboa e Vale do Tejo e do Norte a exibirem os rácios de cobertura populacional mais baixos (513 e 592 lugares por 100.000 habitantes, respetivamente) e com as regiões do Alentejo e do Algarve a evidenciarem rácios de cobertura quase duas vezes superiores a estes.

Quadro 5 – Cobertura populacional de lugares, RG (31/12/2023)

Regiões	N.º de habitantes com idade ≥ 65 anos	N.º de lugares de internamento	N.º de lugares de internamento por 100.000 hab. ≥ de 65 anos	N.º de lugares domiciliários	N.º de lugares domiciliários por 100.000 hab. ≥ de 65 anos	N.º de lugares totais	N.º de lugares totais por 100.000 hab. ≥ de 65 anos
Norte	847 338	3 030	358	1 982	234	5 012	592
Centro	467 359	2 825	604	824	176	3 649	780
Lisboa e Vale do Tejo	856 409	2 382	278	2 010	235	4 392	513
Alentejo	129 782	801	617	508	391	1 309	1 008
Algarve	114 016	519	455	700	614	1 219	1 069
Portugal Continental	2 414 904	9 557	396	6 024	249	15 581	645

Fonte: elaboração própria; número de lugares da rede geral com base em dados do SI RNCCI (Relatório - Camas e lugares na Rede) e dados populacionais do [Instituto Nacional de Estatística \(INE\)](#), extraídos em 31/05/2024.

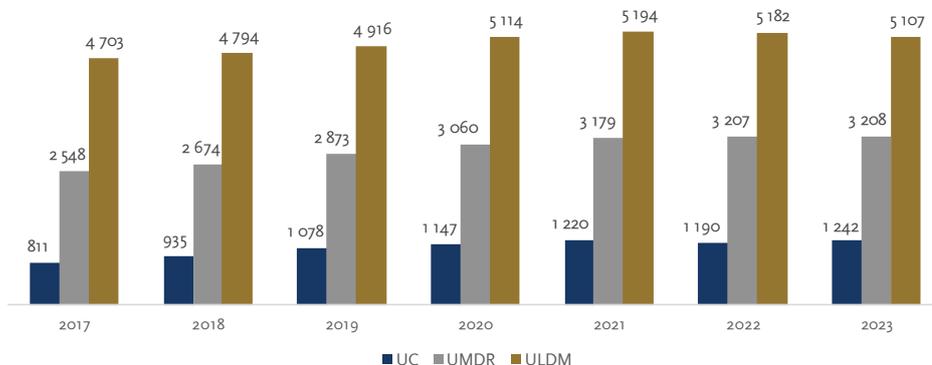
106. A cobertura populacional da RNCCI, ao nível da RG, evidencia assim marcadas assimetrias regionais, tanto ao nível dos cuidados de internamento, quanto domiciliários. Relativamente aos lugares de internamento, Lisboa e Vale do Tejo tem a menor cobertura (278 lugares por 100.000 habitantes), em contraponto à região do Alentejo, com o maior número de lugares disponíveis por 100.000 habitantes (617). No que concerne à oferta de lugares domiciliários, destaca-se a região do Algarve, com 614 lugares por 100.000 habitantes com 65 anos ou mais, contrastando com a cobertura existente na região Centro, de apenas 176 lugares por 100.000 habitantes com 65 anos ou mais.

7.1.1. Internamento

107. Entre 2017 e 2023 existiram, em média, 363 unidades de internamento na RG, correspondendo a uma oferta média anual de 9.055 lugares (camas). No final de 2023 existiam 9.557 camas de internamento na RG, 1.242 camas em UC, 3.208 em UMDR e 5.107 em ULDM, traduzindo um incremento da oferta de 18,5% (mais 1.495 camas), pese embora ainda aquém das metas traçadas aquando da criação da RNCCI (-33,3%; -4.774; cfr. §102 e respetiva nota de rodapé).
108. Evidenciam-se em 2023 as 5.107 camas contratadas em ULDM (53,4% do total das camas de internamento da RG), a que seguem as 3.208 camas em UMDR (33,6%) e as 1.242 camas em UC (13%).

⁷⁹ Embora as respostas da Rede se destinem a pessoas que necessitam de cuidados continuados de saúde e apoio social, independentemente da idade, observou-se que, em média, 84,2% dos utentes assistidos têm idade igual ou superior a 65 anos, faixa etária onde a condição de dependência é mais acentuada (cálculos próprios, com base na informação do SI da RNCCI relativas ao universo de utentes assistidos no período de 2017 a 2023, no âmbito da RG).

Gráfico 9 – Lugares de internamento por tipologia, RG



Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório - Camas e lugares na Rede).

109. Em 2023, 31,7% das camas contratadas encontram-se na região Norte, com 3.030 camas, seguindo-se a região Centro com 29,6% das camas contratadas (2.825 camas) e só depois surge a região de Lisboa e Vale do Tejo com 2.382 camas (24,9%). O crescimento da oferta de camas nesta região entre 2017 e 2023 ficou aquém do crescimento registado nas regiões Norte e Centro (*vide* Quadro 6), registando o rácio de cobertura mais baixo das cinco regiões em 2023, com apenas 278 camas de internamento por 100.000 habitantes com 65 anos ou mais (menos de metade do rácio existente na região Centro, e 78% e 61% da cobertura existente nas regiões do Norte e do Algarve).

Quadro 6 – Lugares de internamento, por região e tipologia, RG

Tipologias	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ 2017/2023
Norte	2 403	2 635	2 752	2 931	3 037	3 117	3 030	26,1%
UC	157	241	260	283	332	332	332	111,5%
UMDR	727	817	869	948	989	1 039	1 023	40,7%
ULDM	1 519	1 577	1 623	1 700	1 716	1 746	1 675	10,3%
Centro	2 333	2 321	2 439	2 629	2 708	2 728	2 825	21,1%
UC	251	255	331	366	372	372	372	48,2%
UMDR	755	746	804	880	919	919	947	25,4%
ULDM	1 327	1 320	1 304	1 383	1 417	1 437	1 506	13,5%
Lisboa e Vale do Tejo	2 038	2 114	2 344	2 410	2 491	2 401	2 382	16,9%
UC	199	215	265	275	288	258	290	45,7%
UMDR	720	760	842	862	901	879	881	22,4%
ULDM	1 119	1 139	1 237	1 273	1 302	1 264	1 211	8,2%
Alentejo	769	804	805	819	825	801	801	4,2%
UC	135	150	148	149	154	154	174	28,9%
UMDR	203	213	216	228	228	228	228	12,3%
ULDM	431	441	441	442	443	419	399	-7,4%
Algarve	519	529	527	532	532	532	519	0,0%
UC	69	74	74	74	74	74	74	7,2%
UMDR	143	138	142	142	142	142	129	-9,8%
ULDM	307	317	311	316	316	316	316	2,9%
Total	8 062	8 403	8 867	9 321	9 593	9 579	9 557	18,5%

Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório – Camas e lugares na Rede).

Legenda: UC: Unidade de convalescença; UMDR: Unidade de Média Duração e Reabilitação; ULDM: Unidade de Longa Duração e Manutenção.

Nota: no ano de 2020 não foi considerada uma cama em ULDM na região do Alentejo, por não ter chegado a entrar em funcionamento (Autorizada pelo [Despacho 3726/2020](#), de 18 de março e revogada pelo [Despacho 2018/2021](#), de 12 de fevereiro, do Ministro de Estado e das Finanças, da Ministra da Saúde e da Secretária de Estado da Ação Social).

7.1.2. Equipas domiciliárias

110. Em 2023, existiam 311 ECCL a prestar cuidados no âmbito da Rede (+13,1%; +36 equipas, face a 2017, cfr. Quadro 2), inferior ao número de equipas projetadas para 2016, no âmbito do desenvolvimento faseado da RNCCI⁸⁰.

Quadro 7 – Lugares domiciliários por região, ECCL

Região	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ 2017/2023
Norte	1 638	1 606	1 536	1 595	1 612	1 671	1 982	21,0%
Centro	826	727	755	732	719	719	824	-0,2%
Lisboa e Vale do Tejo	2 072	2 092	2 092	2 092	2 092	2 092	2 010	-3,0%
Alentejo	566	553	518	518	518	508	508	-10,2%
Algarve	750	750	750	700	705	700	700	-6,7%
Total	5 852	5 728	5 651	5 637	5 646	5 690	6 024	2,9%

Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório - Camas e lugares na Rede).

111. Apesar do crescimento do número de equipas domiciliárias (*vide* Quadro 2), constata-se que a capacidade de prestação de cuidados por equipa se reduziu entre 2017 e 2023, na medida em que o incremento no número de lugares contratualizados (número de utentes a acompanhar) foi apenas marginal neste período (+2,9%; +172 lugares), *vide* Quadro 7⁸¹.
112. Apenas na região Norte se registou um aumento da oferta de lugares (+21%). A região Centro manteve o número de lugares e as restantes reduziram a capacidade de resposta ao nível dos cuidados domiciliários.

7.2. Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental

113. As respostas da RNCCI na área da saúde mental destinam-se a pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência, independentemente da idade, e são asseguradas por unidades residenciais e sócio-ocupacionais e por equipas de apoio domiciliário⁸².

⁸⁰ De acordo com o relatório de monitorização da implementação das experiências-piloto da RNCCI, datado de 27 de julho de 2007 (sem publicação eletrónica), estava previsto que o desenvolvimento da RNCCI ocorresse em três fases, ao longo de um período de 10 anos, entre 2006 e 2016. As metas para o número de ECCL era de 363, a alcançar no final da fase 1 (2006-2008) e a manter-se nas fases seguintes (cfr. Quadro n.º 3, p. 55).

⁸¹ No final de 2023 existiam disparidades quanto ao número médio de lugares por ECCL: na região Norte - 18 lugares; na região Centro - 11 lugares; na região de Lisboa e Vale do Tejo - 34 lugares; na região do Alentejo - 13 lugares; na região do Algarve - 27 lugares.

⁸² Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, republicado pelo Decreto-Lei n.º 22/2011, de 10 de fevereiro e com as alterações do Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho.

Quadro 8 – Lugares de internamento por região, ambulatório e domiciliários, CCISM

Tipologias	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ 2017/2023
Norte	63	117	118	118	150	150	158	150,8%
Internamento	20	44	45	45	45	45	45	125,0%
Ambulatório	35	65	65	65	65	65	65	85,7%
Domiciliário	8	8	8	8	40	40	48	500,0%
Centro	46	46	76	76	160	160	160	247,8%
Internamento	8	8	8	8	66	66	66	725,0%
Ambulatório	30	30	60	60	86	86	86	186,7%
Domiciliário	8	8	8	8	8	8	8	0,0%
Lisboa e Vale do Tejo	64	86	86	82	90	90	98	53,1%
Internamento	56	78	78	66	66	66	66	17,9%
Domiciliário	8	8	8	16	24	24	32	300,0%
Alentejo	0	0	0	0	26	26	28	7,7%
Internamento	0	0	0	0	10	10	20	100,0%
Domiciliário	0	0	0	0	16	16	8	-50,0%
Algarve	0	0	0	76	76	76	76	0,0%
Ambulatório	0	0	0	60	60	60	60	0,0%
Domiciliário	0	0	0	16	16	16	16	0,0%
Total	173	249	280	352	502	502	520	200,6%

Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório – Camas e lugares na Rede).

114. Entre 2017 e 2023 apenas foram celebrados contratos com o setor social e solidário, com as unidades prestadoras a funcionar em regime de experiência-piloto até ao final de 2020. Em 2023, existia um total de 26 prestadores, correspondendo a 520 lugares contratados, que mais do que duplicaram naquele período (+200,6%; de 173 para 520 lugares), distribuídos por respostas em ambulatório (211 lugares; 40,6%) em internamento (197 lugares; 37,9%) e de apoio domiciliário (112 lugares; 21,5%), conforme Quadro 8.
115. Apesar da evolução registada no período analisado, esta área de intervenção permanece com um peso pouco expressivo (3,2%) na oferta de lugares da RNCCI.

7.3. Cuidados Continuados Integrados Pediátricos

116. Tal como já referido anteriormente, a prestação de cuidados continuados integrados pediátricos (CCIP) deve ser assegurada por UCIP-1 e UAP. Sucede que apenas existe uma IPSS, na região Norte, com 17 camas em UCIP-1 e 20 lugares em UAP⁸³.
117. Assim, os utentes em idade pediátrica são assistidos nas quatro tipologias da RG (UC, UMDR, ULDM e ECCI), desde que estejam assegurados os requisitos definidos na [Portaria n.º 343/2015](#), de 12 de outubro, designadamente, a existência de zonas exclusivas ou diferenciadas para crianças.

8. Acesso à Rede

118. A RNCCI destina-se a todos os cidadãos nacionais e estrangeiros com a situação regularizada

⁸³ Desde outubro de 2019, sendo que em 2017 e 2018 existiam 10 camas em UCIP-1 e 10 lugares em UAP.

em Portugal que se encontrem em alguma das situações previstas na lei⁸⁴ como constituindo condições gerais de admissão na Rede⁸⁵ e concretizadas em critérios específicos de referência para as tipologias de cuidados existentes no âmbito da RG⁸⁶, da saúde mental⁸⁷ e dos cuidados pediátricos integrados⁸⁸ (*vide* Anexo II).

119. O acesso à Rede ocorre através da referência, isto é, através de proposta das equipas de profissionais de saúde ou das equipas de gestão de altas (EGA), sediadas nos Centros de Saúde ou nos hospitais do SNS, respetivamente, consoante se trate de utentes que se encontram na comunidade ou internados naquelas unidades hospitalares. No caso específico da Saúde mental, a referência pode adicionalmente ter origem em instituições psiquiátricas do setor social convencionado.
120. Às ECL compete a avaliação e validação da proposta de referência e tipologia adequada às necessidades do utente, o cálculo da comparticipação da segurança social com os encargos decorrentes dos cuidados de apoio social, quando aplicável, bem como a obtenção do termo de aceitação e do consentimento informado assinados pelo utente ou por quem o representa⁸⁹.
121. Às ECR compete a determinação da alocação de vaga do utente em unidade ou equipa da Rede, na medida dos recursos e vagas existentes⁹⁰, bem como a avaliação da proposta de referência, quando se trata das tipologias de infância e adolescência no âmbito da saúde mental, nos casos em que a referência tem origem nos respetivos serviços de psiquiatria dos hospitais do SNS.

8.1. Utentes referenciados

122. Entre 2017 e 2023, a procura da Rede, expressa pelo número de utentes referenciados⁹¹, cresceu 28,5% (+11.328 utentes), o que não teve correspondência no crescimento da oferta, medida pela evolução do número de lugares disponíveis, e que foi de 14,4% (+2.031 lugares) naquele período (*vide* Quadro 9).

⁸⁴ Sobre esta matéria *vide*, designadamente a Base 21 da Lei de Bases da Saúde, aprovada em anexo à [Lei n.º 95/2019](#), de 4 de setembro, o artigo 4.º do [Decreto-Lei n.º 52/2022](#), de 4 de agosto que aprova o Estatuto do SNS, o [Despacho n.º 25 360/2001](#), de 16 de novembro, do Ministro da Saúde, e o [alerta de supervisão n.º 06/2020, de 8 de abril de 2020](#), da ERS.

⁸⁵ N.º 1 do artigo 31.º do [Decreto-Lei n.º 101/2006](#), de 6 de junho e n.º 1 do artigo 19.º da [Portaria n.º 174/2014](#), de 10 de setembro.

⁸⁶ N.º 2 do artigo 19.º da [Portaria n.º 174/2014](#), de 10 de setembro.

⁸⁷ Artigo 18.º do [Decreto-lei n.º 8/2010](#), de 28 de janeiro. Artigo 18.º do Decreto-lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro.

⁸⁸ N.º 1 do artigo 19.º da [Portaria n.º 343/2015](#), de 12 de outubro.

⁸⁹ No Termo de Aceitação o utente ou quem o representa responsabiliza-se a assegurar o pagamento e cumprir as condições estipuladas para poder ser admitido numa resposta da RNCCI. Para efeitos de admissão nas unidades de internamento e equipas domiciliárias é necessário obter o prévio consentimento informado. Art.º 21 da [Portaria n.º 174/2014](#), de 10 de setembro.

⁹⁰ Artigos 20.º e 21.º da [Portaria n.º 174/2014](#), de 10 de setembro.

⁹¹ Por simplificação, na medida em que corresponde à contagem do número de episódios de referência anuais registados no SI RNCCI e um mesmo utente poderá ter mais do que um episódio de referência num mesmo ano, para as várias respostas e tipologias de cuidados da Rede.

Quadro 9 – Utentes referenciados para a RNCCI

Tipologias	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ 2017/2023	Δ Abs. 2017/2023
Rede Geral	39 494	42 272	43 351	42 476	38 600	51 619	50 563	28,0%	11 069
UC	6 944	7 235	7 976	7 051	6 653	9 764	9 723	40,02%	2 779
UMDR	11 042	10 830	10 785	9 415	8 923	12 558	12 062	9,2%	1 020
ULDM	10 538	11 345	11 260	9 399	8 713	11 921	11 634	10,4%	1 096
ECCI	10 970	12 862	13 330	16 611	14 311	17 376	17 144	56,3%	6 174
Saúde Mental	141	331	209	123	180	389	401	184,4%	260
Cuidados Pediátricos	45	34	46	18	24	26	44	-2,2%	-1
Total	39 680	42 637	43 606	42 617	38 804	52 034	51 008	28,5%	11 328

Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório 014.01 - Utentes referenciados estados).

Legenda: UC: Unidade de convalescença; UMDR: Unidade de Média Duração e Reabilitação; ULDM: Unidade de Longa Duração e Manutenção; ECCI: Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

123. No que respeita à origem da referenciação (meio hospitalar ou cuidados de saúde primários), entre 2017 e 2023, esta foi maioritariamente hospitalar (66, 2%), registando um acréscimo de 1,6 p.p. neste período. Quanto às regiões de referenciação, o peso das referenciações com origem em meio hospitalar varia entre os 73,7% observados na região de Lisboa e Vale do Tejo e os 53,5% registados na região do Alentejo, no mesmo período (*vide* Quadro 10).

Quadro 10 – % de utentes referenciados pelos hospitais do SNS

Tipologias	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ 2017/2023 (pp)
Rede Geral	65,8%	63,2%	63,3%	66,5%	67,9%	68,8%	67,1%	1,3
UC	90,9%	90,9%	90,7%	92,1%	93,2%	94,1%	93,5%	2,6
UMDR	81,8%	80,5%	82,5%	81,5%	82,4%	84,7%	86,4%	4,5
ULDM	52,2%	49,1%	47,3%	53,6%	55,9%	56,6%	54,0%	1,8
ECCI	46,6%	45,6%	44,8%	54,4%	54,5%	51,6%	47,4%	0,7
Saúde Mental	47,5%	55,6%	82,8%	71,5%	82,2%	88,7%	91,0%	43,5
Cuidados Pediátricos	48,9%	29,4%	19,6%	44,4%	37,5%	15,4%	38,6%	-10,3
Total	65,7%	63,2%	63,3%	66,5%	68,0%	69,0%	67,3%	1,6

Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório 014.01 - Utentes referenciados estados).

Legenda: UC: Unidade de convalescença; UMDR: Unidade de Média Duração e Reabilitação; ULDM: Unidade de Longa Duração e Manutenção; ECCI: Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

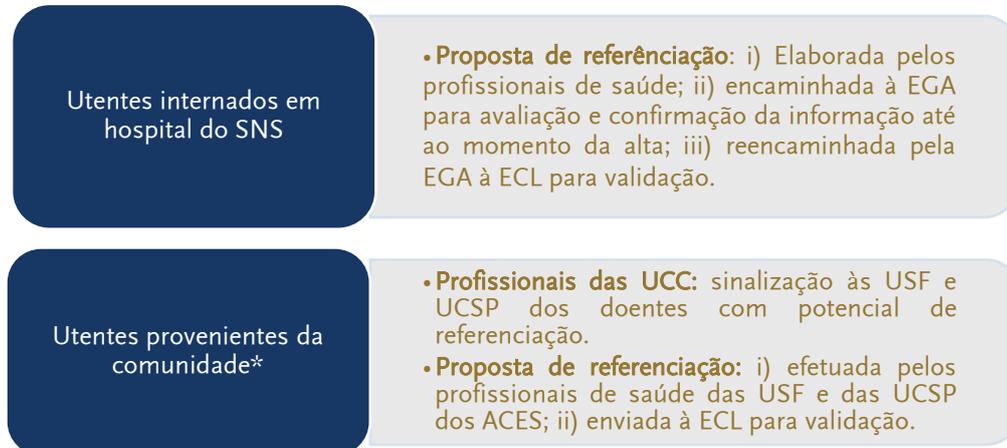
124. Nos pontos 8.1.1, 8.1.2 e 8.1.3 aborda-se com maior detalhe a referenciação ao nível da RG, CCISM e CCIP.

8.1.1. Rede Geral

125. O ingresso na RG é efetuado através de proposta das equipas de profissionais de saúde ou das EGA, sediadas nos Centros de Saúde ou nos hospitais, respetivamente, na decorrência de diagnóstico da situação de dependência e determinada pela ECL, conforme procedimentos descritos na Figura 6⁹².

⁹² Artigo 32.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, artigo 20.º da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro.

Figura 6 – Referenciação, RG



Fonte: artigo 32.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, artigo 20.º da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro.

*domicílio, internados em hospital privado ou noutra instituição ou estabelecimento.

Legenda: ACES – Agrupamentos de centros de saúde; ECL – Equipa de coordenação local; EGA – Equipa de gestão de altas; UCC – Unidades de cuidados na comunidade; USF – Unidade de saúde familiar; UCSP – Unidade de cuidados de saúde personalizados.

8.1.1.1. Internamento

126. Entre 2017 e 2023, foram referenciados um total de 205.771 utentes para internamento na RG, uma média de 29.400 utentes referenciados anualmente e com um crescimento na ordem dos 17% ao longo deste período. Globalmente, as tipologias UMDR e ULDM representaram 36,7% e 36,4% do total de utentes referenciados, respetivamente, e as UC receberam 26,9% das referenciações feitas naquele período, conforme Quadro 11.

Quadro 11 – Utentes referenciados, internamento, RG

Tipologias	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total	Δ 2017/2023
UC	6 944	7 235	7 976	7 051	6 653	9 764	9 723	55 346	40,0%
UMDR	11 042	10 830	10 785	9 415	8 923	12 558	12 062	75 615	9,2%
ULDM	10 538	11 345	11 260	9 399	8 713	11 921	11 634	74 810	10,4%
Total	28 524	29 410	30 021	25 865	24 289	34 243	33 419	205 771	17,2%

Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório 014.01 - Utentes referenciados-estados).

Legenda: UC: Unidade de convalescença; UMDR: Unidade de Média Duração e Reabilitação; ULDM: Unidade de Longa Duração e Manutenção.

127. O incremento da procura, medida pelo crescimento no número de utentes referenciados entre 2017 e 2023, foi mais expressivo na região Centro e na região Norte (+28,1% e +30,2%) e mais moderado na região do Algarve e de Lisboa e Vale do Tejo (+9,0% e +4,0%), com a região do Alentejo a registar uma diminuição marginal na procura de cuidados da RNCCI (-0.1%).

128. No total de 205.771 utentes referenciados para as unidades de internamento da RG entre 2017 e 2023, as regiões Norte e Centro foram responsáveis, cada uma delas, por cerca de 30% das referenciações feitas, seguidas pela região de Lisboa e Vale do Tejo (26,6%), pela região do Alentejo (8,3%) e pela região do Algarve (4,5%). *Vide* Quadro 12.

Quadro 12 – Utentes referenciados por região, internamento, RG

Região	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total	Δ 2017/2023
Norte	8 206	8 293	8 604	7 875	7 452	11 336	10 510	62 276	28,1%
Centro	8 309	8 715	8 918	7 922	7 903	10 262	10 463	62 492	25,9%
Lisboa e Vale do Tejo	7 917	8 139	8 349	7 053	6 526	8 514	8 231	54 729	4,0%
Alentejo	2 699	2 764	2 582	1 911	1 654	2 717	2 696	17 023	-0,1%
Algarve	1 393	1 499	1 568	1 104	754	1 414	1 519	9 251	9,0%
Total	28 524	29 410	30 021	25 865	24 289	34 243	33 419	205 771	17,2%

Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório 014.01 - Utentes referenciados-estados).

129. No que respeita à distribuição dos utentes referenciados por estados da referenciação no final de cada ano⁹³, entre 2017 e 2023, em média, mais de metade dos utentes referenciados anualmente (56,5%) foram admitidos nas unidades de internamento da RG no ano da referenciação. Contudo, a percentagem de utentes admitidos em 2023, no total de utentes referenciados nesse ano, reduziu-se em 4,9 p.p. face a 2017 (de 60,4% para 55,6%), o que pode estar relacionado com o incremento da procura, medido pelo aumento de referenciações no período (+17,2%), sem correspondente reforço da capacidade existente na Rede.

Quadro 13 – Utentes referenciados por estado, internamento, RG

Estados	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ 2017/2023
Admitido	17 239	17 695	18 377	13 014	13 037	18 557	18 571	7,7%
Cancelado	4 421	4 724	4 309	5 852	4 863	6 849	6 268	41,8%
Óbito	2 653	2 931	2 841	2 890	2 374	3 601	3 422	29,0%
Recusa	1 901	1 829	2 027	1 961	1 876	2 257	2 258	18,8%
Em avaliação	1 084	1 098	1 315	1 398	1 364	1 842	1 578	45,6%
Aguarda vaga	1 226	1 133	1 152	750	775	1 137	1 322	7,8%
Total	28 524	29 410	30 021	25 865	24 289	34 243	33 419	17,2%
% de utentes admitidos	60,4%	60,2%	61,2%	50,3%	53,7%	54,2%	55,6%	-4,9

Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório 014.01 - Utentes referenciados-estados).

Notas: (1) variação na percentagem de utentes referenciados que são admitidos no ano da referenciação entre 2017 e 2023 expressa em pontos percentuais; (2) o cancelamento de um episódio pode ser efetuado pela equipa referenciadora (a nível hospitalar ou nos cuidados de saúde primários), pela equipa coordenadora local (ECL) ou pela equipa coordenadora regional (ECR), designadamente, nas seguintes situações: agravamento da situação clínica que originou a referenciação, alta clínica hospitalar, resolução do objetivo terapêutico que justificou a referenciação, recusa pela ECL e recusa do utente em ingressar na RNCCI. A recusa do utente pode ocorrer por insuficiência económica para pagamento dos encargos com o apoio social ou devido à distância da unidade, da RNCCI, onde lhe foi proposto ingressar.

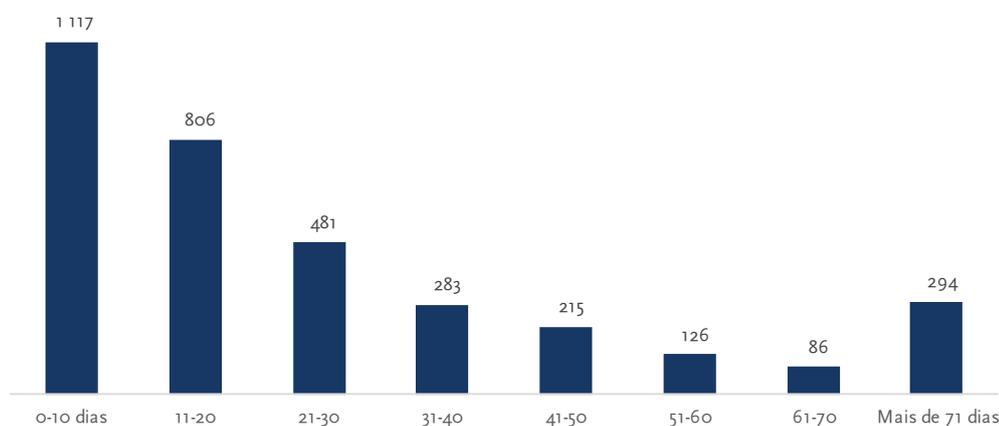
130. Deste modo, entre 2017 e 2023 verifica-se o aumento dos utentes referenciados para internamento na RG que, no final do ano, se encontravam seja em avaliação (+45,6%), seja a aguardar a atribuição de vaga (+7,8%), e que apenas não é mais acentuado em virtude do

⁹³ No SI da RNCCI os utentes referenciados podem ser classificados nos seguintes seis estados: (1) “admitidos” – refere-se aos utentes que ingressaram na Rede; (2) “cancelados” – relativos aos episódios de referenciação cancelados pelas equipas referenciadoras, equipas coordenadoras locais ou coordenadoras regionais; (3) “óbito” – utentes cujo óbito se verificou durante o processo de referenciação; (4) “Recusa” – identifica os utentes que recusaram a proposta de referenciação para a Rede (o SI RNCCI não regista e identifica os motivos da recusa, o que constrange a análise dos seus fundamentos); (5) “Em avaliação” – processos que se encontravam ainda na esfera das ECL para avaliação e validação da adequação da tipologia da referenciação e apuramento dos eventuais encargos que haja a suportar por parte dos utentes bem como das comparticipações da Segurança Social a que haja lugar; (6) “Aguarda vaga” – utentes cujos processos de referenciação apenas aguardam a identificação de vaga na respetiva tipologia de referenciação, para reserva de vaga e posterior admissão.

aumento do número de cancelamentos (+41,8%)⁹⁴ e do número de óbitos (29,0%) no total de utentes referenciados, naquele período.

131. Em 2023, ocorreram óbitos em cerca de 10% (3.422 utentes) do total de utentes referenciados cujo processo de referência estava ainda em curso para admissão nas tipologias de internamento da RG (UC, UMDR e ULDM), conforme distribuição de óbitos por intervalos de tempo constante do Gráfico 10.
132. O maior número de óbitos ocorreu no intervalo até aos 10 dias desde o início da referência (1.117 óbitos; 32,8%) e mais de dois terços (2.404; 70,5%) verificou-se no intervalo até aos 30 dias. Observou-se ainda que cerca de 15% dos óbitos ocorreram para lá dos 51 dias desde o início da referência (as medianas do tempo de espera para admissão em UC, UMDR e ULDM foram, respetivamente, de 14, 37 e 39 dias, em 2023, conforme ponto 8.2).

Gráfico 10 – Distribuição dos óbitos nos utentes referenciados (UC, UMDR e ULDM, 2023)



Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório 014.01 - Utentes referenciados estados).

Notas: os tempos foram calculados através da diferença entre a data da referência e a data de óbito, para o universo de utentes referenciados em 2023 para as tipologias de internamento da RG (UC, UMDR e ULDM).

133. A redução dos tempos de espera para admissão na Rede permitiria, por hipótese, que parte daqueles utentes referenciados conseguisse aceder aos cuidados para os quais foram propostos (em face da melhor adequação clínica dos mesmos à realidade dos utentes, aquando da avaliação e validação da proposta de referência feita pelas equipas de profissionais de saúde a nível hospitalar e nos cuidados de saúde primários).

8.1.1.2. Equipas domiciliárias

134. Foram referenciados para as equipas domiciliárias da RG 102.604 utentes entre 2017 e 2023, observando-se um crescimento ao longo do período de 56,3% (de 10.970 em 2017 para 17.144 em 2023), num padrão comum às cinco regiões de referência, embora com destaque para o incremento de referências ocorrido na região Centro e na região de Lisboa e Vale do Tejo (+68,0% e +65,6%, respetivamente), conforme Quadro 14.

⁹⁴ A falta de integridade do modelo de dados resultante da informação registada no SI RNCCI não permite identificar e analisar os motivos de cancelamento associados aos episódios referenciados cancelados, na medida em que a análise dos dados acerca dos episódios cancelados na Rede resulta incoerente com os dados disponíveis referentes ao universo de episódios referenciados.

Quadro 14 – Utentes referenciados por região, equipas domiciliárias, RG

Região	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total	Δ 2017/2023
Norte	4 499	5 099	5 080	5 530	4 596	6 026	6 744	37 574	49,9%
Centro	1 153	1 355	1 578	1 581	1 368	1 695	1 937	10 667	68,0%
Lisboa e Vale do Tejo	3 393	4 239	4 515	7 115	6 181	7 124	5 620	38 187	65,6%
Alentejo	766	881	893	895	676	876	1 016	6 003	32,6%
Algarve	1 159	1 288	1 264	1 490	1 490	1 655	1 827	10 173	57,6%
Total	10 970	12 862	13 330	16 611	14 311	17 376	17 144	102 604	56,3%

Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório 014.01 - Utentes referenciados-estados).

135. Considerando que a oferta de lugares apenas cresceu 2,9% no período analisado (cfr. ponto 7) e que as regiões com maior número de referências em 2023 apresentavam os piores rácios de cobertura (por referência ao número de lugares domiciliários por 100.000 habitantes com 65 anos ou mais), o acréscimo da procura resultou num aumento dos utentes que se encontravam, quer na fase de avaliação, quer a aguardar vaga (*vide* Quadro 15).

Quadro 15 – Utentes referenciados por estado, equipas domiciliárias, RG

Estados	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ 2017/2023
Admitido	9 111	10 828	11 154	9 639	8 659	11 088	11 916	30,8%
Cancelado	972	968	956	4 591	3 729	3 965	3 027	211,4%
Óbito	486	573	634	1 275	1 029	1 091	952	95,9%
Recusa	70	75	85	159	143	136	178	154,3%
Em avaliação	168	194	239	760	541	814	695	313,7%
Aguarda vaga	163	223	262	187	210	282	376	130,7%
Total	10 970	12 861	13 330	16 611	14 311	17 376	17 144	56,3%
<i>% de utentes admitidos</i>	<i>83,1%</i>	<i>84,2%</i>	<i>83,7%</i>	<i>58,0%</i>	<i>60,5%</i>	<i>63,8%</i>	<i>69,5%</i>	<i>-13,5</i>

Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório 014.01 - Utentes referenciados estados).

136. Em média, cerca de 72% dos utentes referenciados no período observado foram admitidos na Rede no ano da referência, pese embora esta percentagem se tenha reduzido entre 2017 e 2023 (de 83,1% para 69,5%, respetivamente, uma redução de 13,5 p.p., cfr. Quadro 15).
137. O universo de utentes em avaliação e a aguardar vaga mais do que triplicou entre 2017 e 2023 (+223,6%), em resultado do incremento da procura registado neste período, sem equivalente contrapartida ao nível da oferta (+2,9% lugares disponíveis entre 2017 e 2023).

8.1.2. Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental

138. Os serviços de saúde mental são responsáveis pela referência para unidades e entidades prestadoras de cuidados continuados, nomeadamente para as unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental da RNCCI (Figura 7) e pelo acompanhamento clínico dos doentes referenciados⁹⁵.

⁹⁵ Artigo 28.º do Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro, que estabelece os princípios gerais e as regras da organização e funcionamento dos serviços de saúde mental.

Figura 7 – Referenciação, CCISM

<p>Utente internado em hospital do SNS*</p>	<p>• Proposta de referenciação: i) apresentada pelos profissionais de saúde do serviço/hospital onde o utente se encontra internado; ii) enviada à ECL para avaliação.</p>
<p>Utente na comunidade**</p>	<p>• Proposta de referenciação: i) apresentada pelos profissionais de saúde dos ACES (USF ou UCSP); ii) validada pelo respetivo SLSM; iii) enviada à ECL para avaliação.</p>
<p>Utente internados em instituições psiquiátricas do setor social convencionado</p>	<p>• Proposta de referenciação: i) apresentada pela própria instituição à ECL para avaliação.</p>

Fonte: artigo 14.º da [Portaria n.º 311/2021](#), de 20 de dezembro.

* através do serviço local de saúde mental, hospital ou centro hospitalar psiquiátrico onde se encontre.

** domicílio, hospital privado ou outro local de residência.

Legenda: ACES – Agrupamentos de centros de saúde; ECL – Equipa de coordenação local; EGA – Equipa de gestão de altas; SLSM – Serviço Local de saúde Mental; UCSP – Unidade de cuidados de saúde personalizados; USF – Unidade de saúde familiar.

139. A proposta de referenciação de crianças e adolescentes que se encontrem em unidades, serviços e departamentos de psiquiatria da infância e adolescência dos estabelecimentos hospitalares do SNS é avaliada pelas ECR.
140. Entre 2017 e 2023, foram referenciados um total de 1.774 utentes para as diferentes respostas no âmbito dos CCISM, um crescimento de 184,4% naquele período, pese embora permanecendo apenas residual (0,6%) face ao total de utentes referenciados para todas as tipologias da Rede. A referenciação para as unidades sócio-ocupacionais foi aquela que mais cresceu (+ 203,7%), seguida das unidades residenciais (+180,9%) e das equipas de apoio domiciliário (+ 178,3%), com as regiões Norte e de Lisboa e Vale do Tejo a serem responsáveis por 69,7% do total das referenciações do período analisado (*vide* Anexo III e Anexo IV).
141. Em média, perto de metade dos utentes referenciados (48,7%) foram admitidos nas respostas da Rede no ano da referenciação, pese embora as quebras registadas nos anos de 2020 e de 2021, coincidentes com a pandemia de COVID-19 (*vide* Anexo V).

8.1.3. Cuidados Continuados Integrados Pediátricos

142. A referenciação para as unidades e equipas de cuidados continuados integrados pediátricos processa-se genericamente nos mesmos termos já descritos para referenciação no âmbito da RG e dos CCISM.
143. Destaca-se o facto de só existir uma entidade especializada em cuidados continuados pediátricos, com uma unidade de internamento (UCIP-1) com 17 camas (até setembro de 2019 eram 10 camas) e uma unidade de ambulatório (UAP) com 20 lugares (até setembro de 2019 eram 10 lugares), situada na região Norte.
144. Entre 2017 e 2023, foram referenciadas para estas duas unidades uma média anual de 34 crianças, num total de 237 crianças naquele período (0,1% de todos os utentes referenciados naqueles anos), verificando-se que é na região Norte que é realizado o maior número de referenciações.

145. No mesmo período, em média, 58,9% das crianças referenciadas foram admitidas na unidade de internamento e 53,6% na unidade de ambulatório, observando-se uma taxa de cancelamentos na ordem dos 22,6% e dos 37,7%, respetivamente.
146. Ao longo do período em análise foram também referenciadas crianças para as tipologias da RG, sendo que, mais de 83% foram referenciadas para ECCI. Em 2017 foram referenciadas 79 crianças e admitidas 65 crianças (82,3% das referenciações), já em 2023 foram referenciadas 123 crianças e admitidas 92 crianças (74,8% das crianças referenciadas).

8.2. Tempos de resposta

147. Na [Portaria n.º 153/2017](#), de 4 de maio, que define os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) para prestação de cuidados de saúde no SNS, sem caráter de urgência, foram incluídas as entidades com contratos no âmbito da RNCCI, abrangendo as equipas e unidades de ambulatório e internamento⁹⁶.
148. Ficou estabelecido que os TMRG a cumprir por essas equipas e unidades seriam definidos em regulamentação específica conjunta dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social⁹⁷. Contudo, essa regulamentação não foi ainda publicada, nem se obteve evidência de que tenham sido iniciados os trabalhos com vista à definição de TMRG a aplicar aos cuidados de saúde prestados no âmbito da RNCCI.
149. A inexistência de tempos máximos de resposta constitui uma barreira ao acesso equitativo aos cuidados continuados e dificulta a decisão do utente, no sentido de optar pela espera ou pela procura de soluções alternativas à Rede. Inviabiliza, ainda, a possibilidade de comparar as condições de acesso existentes em cada região e o desempenho das instituições relativamente ao cumprimento daqueles tempos máximos, observação já efetuada na Auditoria à Rede de Cuidados Continuados Integrados, [Relatório n.º 38/09-2.ª Secção do TdC](#).
150. Este tempo de resposta corresponde ao tempo de espera dos utentes para acesso às diferentes tipologias de cuidados da RNCCI (doravante, de forma equivalente, também designado como tempo de referenciação) e mede o período entre o início do processo de referenciação de um utente e a sua admissão numa unidade ou equipa da Rede.
151. Entre 2017 e 2023, as medianas do tempo de referenciação até à admissão na Rede diminuíram ao nível da RG (-4 dias; -19%), em resultado das reduções nas medianas até à admissão em UC e ULDM (-12,5%; -2 dias e -2,5%; -1 dia, respetivamente) e apesar do aumento registado em UMDR (+4 dias; 12,1%). *Vide* Quadro 16.
152. As áreas da saúde mental e dos cuidados pediátricos tiveram um peso marginal no período analisado (0,6% e 0,1%)⁹⁸ e, sobretudo na primeira, com elevada diferenciação de cuidados e variabilidade no número de admissões e tempos associados por tipologia, o que ajuda a explicar as variações mais expressivas registadas nas medianas dos tempos até à admissão.

⁹⁶ N.º 7 do Anexo I - TMRG no acesso a cuidados de saúde no SNS, da [Portaria n.º 153/2017](#), de 4 de maio, diploma que define os TMRG no SNS para todo o tipo de prestações de saúde sem caráter de urgência e aprova e publica a Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS.

⁹⁷ N.º 7 do Anexo II - Definições, conceitos e notas técnicas, da [Portaria n.º 153/2017](#), de 4 de maio.

⁹⁸ No total de tempos de referenciação até admissão, entre 2017 e 2023.



Quadro 16 – Mediana do tempo da referenciação até à admissão na Rede (em dias)

Tipologias	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ 2017/2023	Δ dias 2017/2023
Rede Geral	21	21	20	16	15	17	17	-19,0%	-4
UC	16	15	14	12	13	13	14	-12,5%	-2
UMDR	33	38	33	28	27	30	37	12,1%	4
ULDM	40	44	46	37	21	32	39	-2,5%	-1
ECCI	11	11	11	10	10	12	11	0,0%	0
Saúde Mental	112	25	59	26	23	28	21	-81,3%	-91
Cuidados Pediátricos	13	27	83	26	26	44	76	484,6%	63

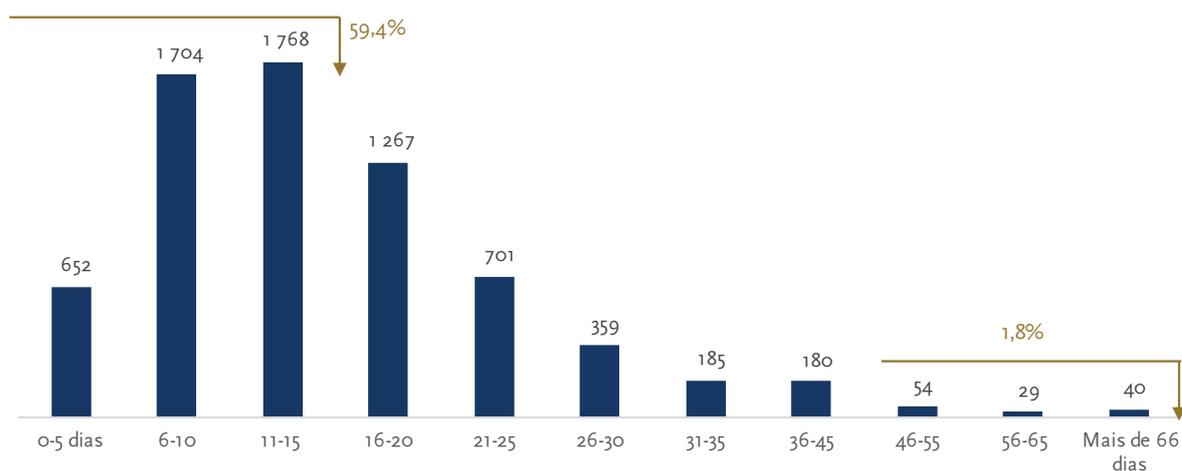
Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório 008.01 - Tempos de referenciação).

Legenda: UC: Unidade de convalescença; UMDR: Unidade de Média Duração e Reabilitação; ULDM: Unidade de Longa Duração e Manutenção; ECCI: Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

Nota: tempo até à admissão calculado através da diferença, em dias, entre a data de início da referenciação (criação do episódio de referenciação) e a data de admissão na RNCCI (primeiras admissões, isto é, excluindo as transferências). Foram excluídos os registos em que este tempo resultava negativo.

153. A análise dos dados disponíveis realça a existência de assimetrias na distribuição dos tempos de referenciação até à admissão na Rede e a existência de valores extremos (*outliers*), o que pode sinalizar padrões distintos e desiguais nos tempos de acesso a uma mesma tipologia de cuidados da Rede, a par com fragilidades na qualidade da informação registada e extraída do SI RNCCI (cfr. ponto 12).
154. A título ilustrativo, o Gráfico 11, o Gráfico 12 e o Gráfico 13 apresentam a distribuição dos utentes admitidos em 2023 nas tipologias de internamento da Rede Geral, UC, UMDR e ULDM (64,6% do total de utentes admitidos na Rede, nesse ano), por intervalos crescentes dos tempos de espera desde a data de início da referenciação até ao ingresso numa daquelas tipologias de cuidados.

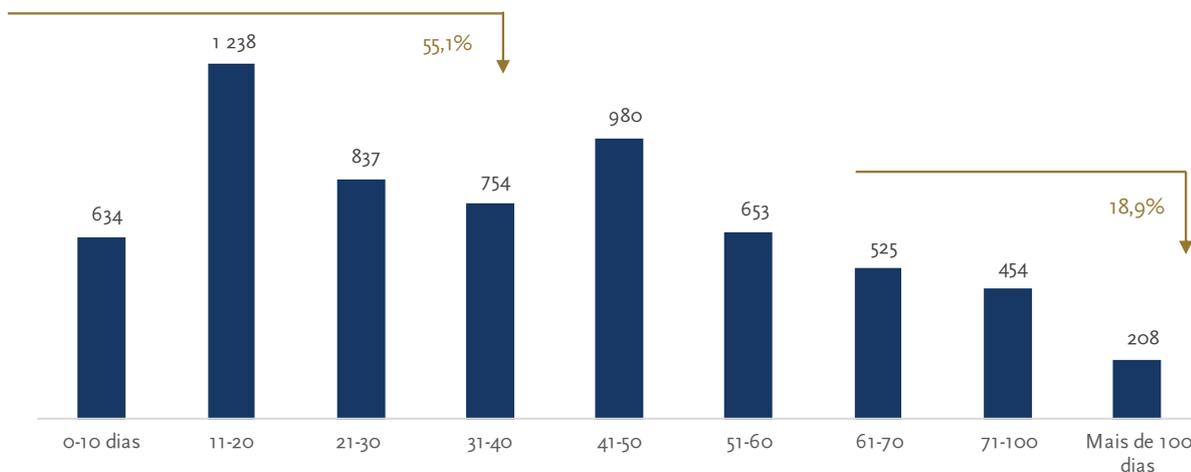
Gráfico 11 – Distribuição dos tempos de referenciação até admissão (UC, 2023)



Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório 008.01 - Tempos de referenciação).

Nota: tempo até à admissão calculado através da diferença, em dias, entre a data de início da referenciação (criação do episódio de referenciação) e a data de admissão na RNCCI (primeiras admissões, isto é, excluindo as transferências). Foram excluídos os registos em que este tempo resultava negativo.

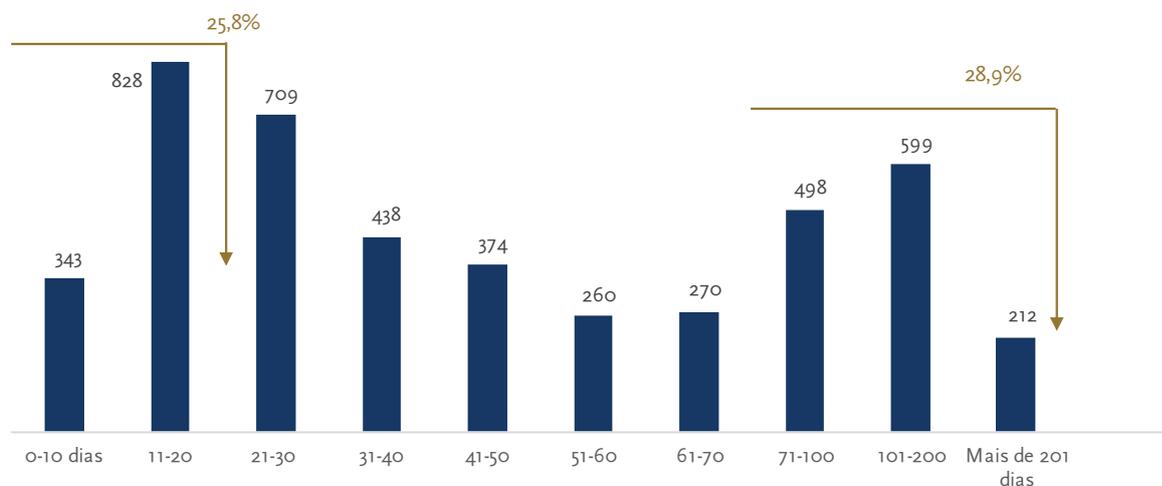
Gráfico 12 – Distribuição dos tempos de referenciação até admissão (UMDR, 2023)



Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório 008.01 - Tempos de referenciação).

Nota: tempo até à admissão calculado através da diferença, em dias, entre a data de início da referenciação (criação do episódio de referenciação) e a data de admissão na RNCCI (primeiras admissões, isto é, excluindo as transferências). Foram excluídos os registos em que este tempo resultava negativo.

Gráfico 13 – Distribuição dos tempos de referenciação até admissão (ULDM, 2023)



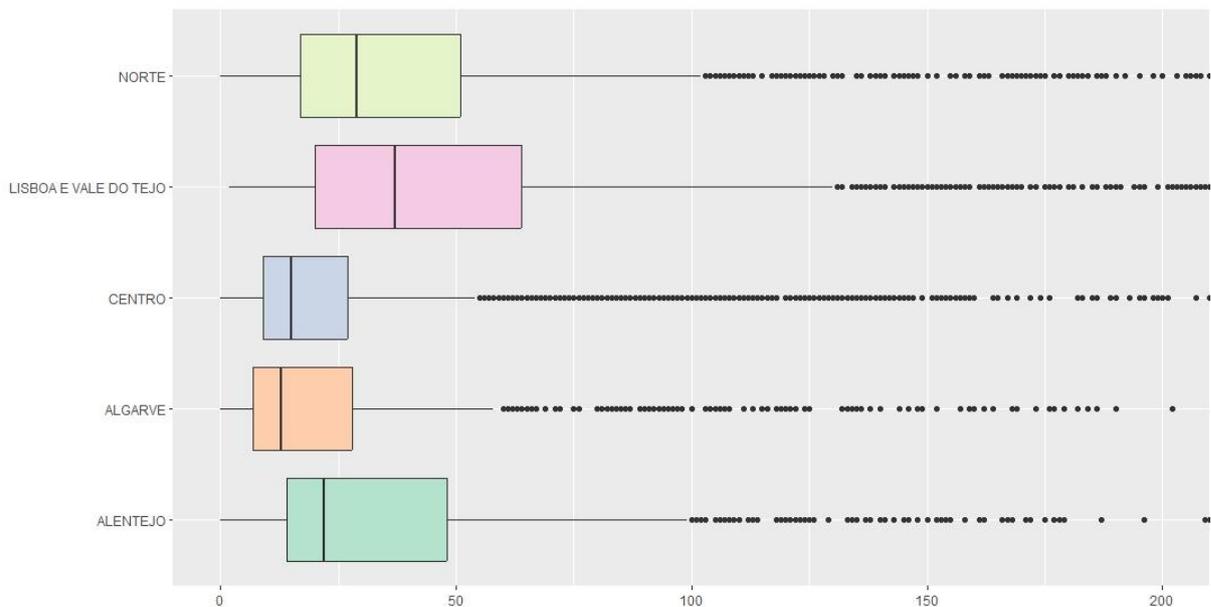
Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório 008.01 - Tempos de referenciação).

Nota: tempo até à admissão calculado através da diferença, em dias, entre a data de início da referenciação (criação do episódio de referenciação) e a data de admissão na RNCCI (primeiras admissões, isto é, excluindo as transferências). Foram excluídos os registos em que este tempo resultava negativo.

155. Destaca-se a realidade das ULDM em 2023, com os dados disponíveis a evidenciar diferenças nas condições de acesso dos utentes admitidos, expressas pelos respetivos tempos de referenciação até à admissão.
156. Apesar da mediana do tempo até à admissão em ULDM se situar nos 39 dias, verifica-se a concentração de mais de metade dos utentes admitidos nos extremos inferior e superior da distribuição dos tempos: cerca de um quarto (25,8%) dos utentes esperam até 20 dias para serem admitidos na Rede, em contraste com os 28,9% cujo ingresso ocorreu com tempos superiores a 71 dias. O intervalo superior a 101 dias entre a referenciação e a admissão concentra 17,9% dos utentes admitidos, no conjunto dos intervalos de tempo considerados.

157. As disparidades identificadas estão relacionadas com a existência de assimetrias regionais nas condições de acesso à RG⁹⁹. Com efeito, o teste de hipóteses à igualdade das distribuições dos tempos de referência até à admissão entre regiões de referência, para as tipologias da RG (UC, UMDR, ULDM e ECCI) em 2023, permite concluir pela existência de diferenças estatisticamente significativas entre regiões¹⁰⁰.

Gráfico 14 – Distribuição dos tempos até à admissão, RG, 2023 (em dias)



Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório 008.01 - Tempos de referência).

Nota: tempo até à admissão calculado através da diferença, em dias, entre a data de início da referência (criação do episódio de referência) e a data de admissão na RNCCI (primeiras admissões, isto é, excluindo as transferências). Foram excluídos os registos em que este tempo resultava negativo.

158. Os tempos de resposta da RNCCI impactam a demora média hospitalar e os custos de internamento hospitalar, na medida em que prolongam os episódios de internamento, resultando em dias adicionais de internamento associados a tempos de espera até ao ingresso na RNCCI (internamentos inapropriados).
159. Os utentes a aguardar vaga na RNCCI são, de acordo com os dados publicados pela ACSS¹⁰¹, aqueles cujo processo de referência se encontra já na sua fase final, junto da ECR, após a validação da adequação da referência por parte da ECL e concluídos os demais procedimentos administrativos pelos quais esta é responsável.
160. No final de 2023, existiam 1.804 utentes nestas condições, isto é, a aguardar vaga para admissão nas diferentes tipologias de cuidados da Rede, +15,5% face ao ano anterior e +19,9% face a 2017, numa tendência de crescimento apenas interrompida pelos anos da pandemia de COVID-19. A região de Lisboa e Vale do Tejo registava o maior número de utentes a aguardar vaga (689; 38,2%), seguida da região Norte (665; 36,9%) e da região Centro (210; 11,6%). As regiões do Alentejo e Algarve respondiam por 8,3% e 5,0% do total de utentes em espera, respetivamente¹⁰².

⁹⁹ Assumindo como *proxy* das condições de acesso as diferenças nos tempos de referência até à admissão entre as várias regiões de referência.

¹⁰⁰ Realizou-se o teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis*, dada a existência de *outliers*, com rejeição da hipótese nula (hipótese em que não há diferenças entre as regiões) para um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$).

¹⁰¹ Designadamente, através dos [relatórios periódicos de monitorização da RNCCI](#) e do [Portal da Transparência do SNS](#).

¹⁰² Uteses a aguardar vaga por tipologia e por região, *vide* Anexo VI.

Face a 2022, no âmbito da RG, verifica-se um aumento dos utentes a aguardar vaga em três das suas quatro tipologias de cuidados: UC, UMDR e ECCI (41,6%, 34,6% e 30,7%, respetivamente). Apenas as ULDM registam um decréscimo (5,1%).

Quadro 17 – Número de utentes a aguardar vaga

Tipologias	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ 2017/2023	Δ Abs. 2017/2023
Rede Geral	1 500	1 593	1 621	1 208	1 239	1 487	1 737	15,8%	237
UC	213	281	150	192	174	133	179	-16,0%	-34
UMDR	442	378	424	390	369	377	534	20,8%	92
ULDM	706	742	796	424	453	707	671	-5,0%	-35
ECCI	139	192	251	202	243	270	353	154,0%	214
Saúde Mental	4	22	53	61	71	73	66	1550,0%	62
Cuidados Pediátricos	-	2	-	-	-	2	1	-	1
Total	1 504	1 617	1 674	1 269	1 310	1 562	1 804	19,9%	300

Fonte: elaboração própria, com base nos dados do SI RNCCI (Relatório 009 03 - Utentes a Aguardar Vaga), para os anos de 2019 a 2023. Para os anos de 2017 e de 2018, foram usados os dados constantes dos relatórios de monitorização da RNCCI publicados pela ACSS, por indisponibilidade daquele histórico de dados por parte da SPMS.

Legenda: UC: Unidade de convalescença; UMDR: Unidade de Média Duração e Reabilitação; ULDM: Unidade de Longa Duração e Manutenção; ECCI: Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

161. Contudo, importa notar que aos 1.804 utentes que, no final de 2023, aguardavam a identificação de uma vaga para admissão na Rede, acresciam outros 2.267 utentes referenciados, mas cujos processos se encontravam ainda em diferentes (e anteriores) fases e estados de validação da referenciação por parte das ECL. Este universo de utentes (cujos processos de referenciação estavam em validação pelas ECL) quase duplicou face a 2017 (93,6%), traduzindo uma pressão acrescida na procura dos serviços da Rede.
162. Note-se também que os utentes que ainda aguardavam vaga para as tipologias da RG, no final de 2023, enfrentavam tempos de espera significativamente mais longos (mediana de 41 dias) quando comparados com os tempos de espera suportados pelos utentes admitidos ao longo daquele ano (mediana de 17 dias). Estas diferenças são especialmente pronunciadas no caso das ECCI e ULDM (*vide* Quadro 18) e pronunciam uma tendência de agravamento dos tempos de espera em 2024.

Quadro 18 – Medianas dos tempos de espera, utentes admitidos vs. utentes a aguardar vaga

Tipologias	(1) Tempo de espera dos utentes admitidos em 2023	(2) Tempo de espera dos utentes a aguardar vaga em 31/12/2023	(3) = (2) - (1)
Rede Geral	17	41	24
UC	14	18	4
UMDR	37	37	0
ULDM	39	75	36
ECCI	11	38	27
Saúde Mental	21	133	112
Cuidados Pediátricos	76	28	-48

Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório 008.01 - Tempos de referenciação).

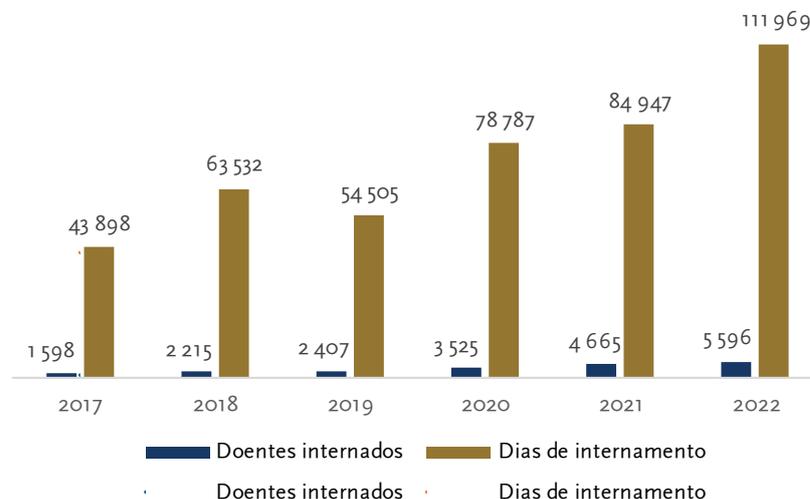
Legenda: UC: Unidade de convalescença; UMDR: Unidade de Média Duração e Reabilitação; ULDM: Unidade de Longa Duração e Manutenção; ECCI: Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

Notas: (1) o tempo de espera dos utentes admitidos em 2023 é o número de dias decorrido entre a data de início da referenciação e a data da sua efetiva admissão numa unidade ou equipa da Rede, isto é, corresponde ao tempo de espera dos utentes que, em 2023, foram admitidos numa das tipologias de cuidados da Rede; (2) o tempo de espera dos utentes a aguardar vaga no final de 2023 corresponde ao número de dias decorrido desde a data de início da referenciação e 31/12/2023, na medida em que, nesta data, estes utentes permaneciam a aguardar a identificação de vaga e admissão na Rede.

8.3. Camas de retaguarda exteriores à Rede

163. A falta de resposta da RNCCI é identificada como a principal causa (44%) do número de internamentos inapropriados em todas as regiões do país¹⁰³.
164. De acordo com a Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH), os internamentos inapropriados custaram aos hospitais do SNS cerca de 261,2 milhões de euros em 2023, mais 15,5% que em 2022 (216,1 milhões de euros), montante suportado pelos contratos programa que se destinam a financiar cuidados de saúde hospitalares.
165. Para libertar camas que estão ocupadas por internamentos inapropriados, os hospitais contratam “camas de retaguarda”¹⁰⁴ ao setor social e setor privado. No entanto, como as camas contratadas não se destinam exclusivamente a doentes que aguardam lugar na RNCCI, sendo utilizadas à medida das necessidades de cada hospital, algumas das unidades hospitalares não conseguem identificar o número de doentes, camas, dias de internamento e os custos associados à falta de resposta da Rede. Acresce que alguns desses contratos têm por base um pagamento mensal fixo, independente da ocupação, ou não, das camas contratadas¹⁰⁵.
166. Entre 2017 e 2022, cerca de 60% das unidades hospitalares (29 de 48) contrataram camas de retaguarda em todos, ou em algum desses anos.
167. O número de doentes em camas de retaguarda tem vindo a aumentar, passando de 1.598 doentes em 2017 para 5.596 em 2022 (Gráfico 15).

Gráfico 15 – Número de doentes e dias de internamento em camas de retaguarda



Fonte: elaboração própria, informação disponibilizada pelas entidades do SNS.

168. No mesmo período, os gastos com as camas de retaguarda registaram um acréscimo de cerca de 193,8% (8,3 milhões de euros). Em 2022, a região Norte suportou cerca de 58,4% (7,3 milhões

¹⁰³ Vide 8.ª Edição do [Barómetro dos Internamentos Sociais](#). Os internamentos inapropriados, também designados de internamentos sociais no meio hospitalar, nos hospitais resultam, na maioria dos casos, da falta de lugares na RNCCI e nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) para doentes com alta médica e sem motivo de saúde que justifique a sua permanência em ambiente hospitalar.

¹⁰⁴ Assim denominadas no meio hospitalar.

¹⁰⁵ E.g.: Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, EPE (para alguns prestadores), Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE e Centro Hospitalar Universitário de Santo António, EPE, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE e Hospital de Cascais Dr. José de Almeida (para alguns prestadores).

de euros) do total de gastos (12,6 milhões de euros) com camas de retaguarda (Quadro 19).

Quadro 19 – Gastos com camas de retaguarda

Região	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Norte	2 144 175,26	2 871 321,95	2 755 372,96	4 233 307,53	4 300 633,23	7 322 227,54	23 627 038,47
Centro	0,00	159 550,32	0,00	0,00	677 780,51	889 278,96	1 726 609,79
Lisboa e Vale do Tejo	2 101 260,78	3 270 733,15	2 963 863,00	3 902 508,49	4 315 614,39	4 292 170,90	20 846 150,71
Alentejo	0,00	0,00	0,00	0,00	64 350,00	35 100,00	99 450,00
Algarve	21 941,89	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	21 941,89
Total	4 267 377,93	6 301 605,42	5 719 235,96	8 135 816,02	9 358 378,13	12 538 777,40	46 321 190,86

Fonte: elaboração própria, informação disponibilizada pelas entidades do SNS.

169. Nesse ano, o gasto médio por diária de internamento numa cama de retaguarda foi de 111,98 €, ou seja, superior ao preço da diária de internamento nas tipologias da RG (75,48 € para as ULDM, 95,84 € para as UMDR e 110,84 € para UC), revelando que o alargamento da Rede pode gerar poupanças nas unidades hospitalares, criando oportunidade para alocar esses montantes à prestação de cuidados de saúde hospitalares.

9. Atividade assistencial

9.1. Utentes assistidos

170. Ao longo do período em análise, 2017 a 2023, foram assistidos na RNCCI, em média, 49.097 utentes por ano, registando um crescimento médio anual de 2,1%, com um incremento de 12,3% no número de utentes assistidos entre 2017 e 2023 (+5.748) (*vide* Quadro 20).

Quadro 20 – Número de utentes assistidos

Tipologias	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ 2017/2023	Δ Abs. 2017/2023
Rede Geral	46 478	48 361	50 093	45 522	48 229	50 115	51 596	11,0%	5 118
UC	7 219	7 545	8 724	7 686	8 280	9 047	9 465	31,1%	2 246
UMDR	11 954	11 971	12 180	11 068	12 067	12 588	12 597	5,4%	643
ULDM	11 987	12 183	12 133	10 596	11 643	11 915	12 071	0,7%	84
ECCI	15 318	16 662	17 056	16 172	16 239	16 565	17 463	14,0%	2 145
Saúde Mental	96	266	331	385	496	633	725	655,2%	629
Cuidados Pediátricos	56	44	49	53	50	46	57	1,8%	1
Total	46 630	48 671	50 473	45 960	48 775	50 794	52 378	12,3%	5 748

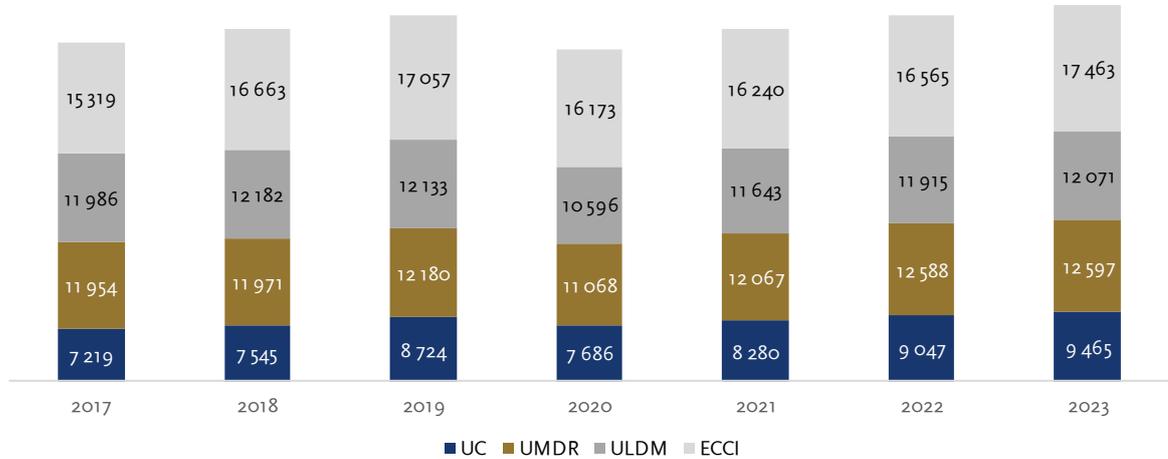
Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório 007.01 - Utentes assistidos).

Legenda: UC: Unidade de convalescença; UMDR: Unidade de Média Duração e Reabilitação; ULDM: Unidade de Longa Duração e Manutenção; ECCI: Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

171. Na RG, a média de utentes assistidos anualmente foi de 48.628 utentes, dos quais cerca de dois terços (66,1%) em unidades de internamento e 33,9% pelas ECCI. Na Saúde mental foram assistidos, em média, 419 utentes por ano, destacando-se as unidades residenciais que assistiram 154 utentes por ano. Nos cuidados pediátricos, com apenas uma unidade de internamento e uma de ambulatório, foram assistidos por ano, em média, 31 utentes e 20 utentes, respetivamente. A evolução do número de utentes assistidos na Rede está refletida nos seguintes gráficos: Gráfico 16 (RG), Gráfico 17 (CCISM) e Gráfico 18 (CCIP).



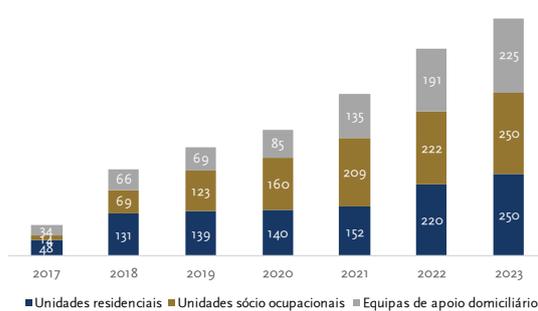
Gráfico 16 – Utentes assistidos, RG



Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório 007.01 - Utentes assistidos)

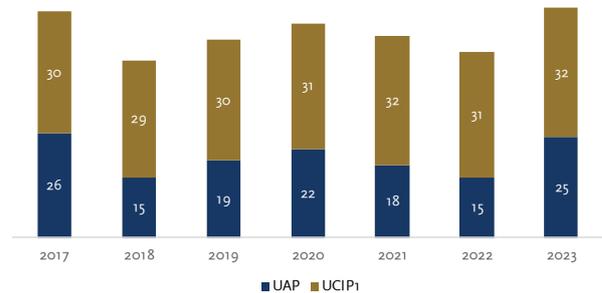
Legenda: UC: Unidade de convalescença; UMDR: Unidade de Média Duração e Reabilitação; ULDM: Unidade de Longa Duração e Manutenção; ECCI: Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

Gráfico 17 – Utentes assistidos, CCISM



Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório 007.01 - Utentes assistidos).

Gráfico 18 – Utentes assistidos, CCIP



Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório 007.01 - Utentes assistidos).

Legenda: UAP: Unidade de Ambulatório Pediátrica; UCIP-1: Unidade de Cuidados Integrados Pediátricos-Nível 1.

172. A análise da evolução do número de diárias e visitas entre 2017 e 2023 confirma a tendência de evolução registada nos utentes assistidos: um crescimento médio anual de 2,2%, com uma variação de 13,9% naquele período.

Quadro 21 – Evolução do número de diárias na RNCCI

Tipologias	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ 2017/2023
Rede Geral	4 267 932	4 385 487	4 496 867	4 520 587	4 567 607	4 671 649	4 753 779	11,4%
UC	265 362	286 127	326 490	342 401	355 276	388 043	402 322	51,6%
UMDR	875 406	920 727	960 144	995 900	1 030 988	1 086 008	1 114 068	27,3%
ULDM	1 663 755	1 691 331	1 725 081	1 742 771	1 767 926	1 811 086	1 827 005	9,8%
ECCI	1 463 409	1 487 302	1 485 152	1 439 515	1 413 417	1 386 512	1 410 384	-3,6%
Saúde Mental	3 057	33 714	59 925	65 803	78 742	97 499	107 212	3407,1%
Cuidados Pediátricos	3 165	3 476	5 546	6 288	7 301	7 069	7 471	136,1%
Total	4 274 154	4 422 677	4 562 338	4 592 678	4 653 650	4 776 217	4 868 462	13,9%

Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório 006.01 - Taxa de ocupação).

Legenda: UC: Unidade de convalescença; UMDR: Unidade de Média Duração e Reabilitação; ULDM: Unidade de Longa Duração e Manutenção; ECCI: Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

173. Em geral, observa-se que tanto a evolução do número de utentes assistidos, quanto do número de diárias e visitas na RNCCI reflete uma estagnação da capacidade instalada (*vide* ponto 7) nas diversas tipologias da Rede.

9.1.1. Rede Geral

174. Nas tipologias de internamento da RG, em média, foram assistidos 48.628 utentes por ano (UC: 8.281; UMDR: 12.061; ULDM: 11.789 e ECCI: 16.497), observando-se um incremento no número de utentes assistidos (+11,0%; +5.118), reflexo de uma taxa de crescimento médio anual de 1,9%. É na região Norte que se registam mais utentes assistidos, região que possui o maior número de camas contratadas e a segunda com mais população com 65 anos ou mais (*vide* Quadro 22 e Anexo VII).

Quadro 22 – Utes assistidos, RG

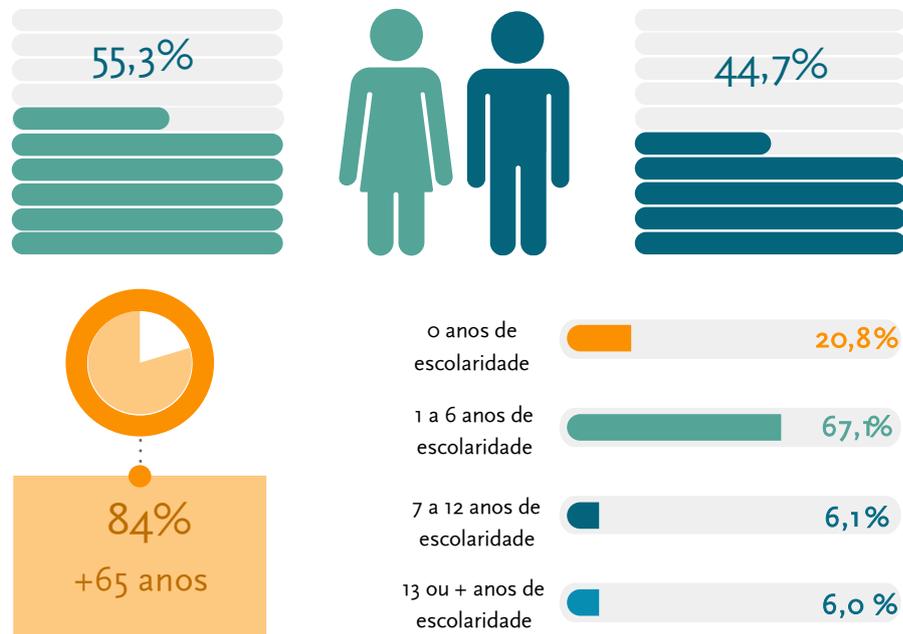
Tipologias/Região	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Média	Δ 2017/2023
	46 478	48 361	50 094	45 523	48 230	50 115	51 596	48 628	11,0%
UC	7 219	7 545	8 724	7 686	8 280	9 047	9 465	8 281	31,1%
UMDR	11 954	11 971	12 180	11 068	12 067	12 588	12 597	12 061	5,4%
ULDM	11 986	12 182	12 133	10 596	11 643	11 915	12 071	11 789	0,7%
ECCI	15 319	16 663	17 057	16 173	16 240	16 565	17 463	16 497	14,0%
	46 478	48 361	50 094	45 523	48 230	50 115	51 596	48 628	11,0%
Norte	14 571	15 556	16 326	14 644	16 396	16 908	16 931	15 905	16,2%
Centro	11 020	11 308	11 860	10 810	11 998	12 923	14 069	11 998	27,7%
Lisboa e Vale do Tejo	12 526	13 270	13 665	12 427	12 007	12 282	12 021	12 600	-4,0%
Alentejo	4 220	3 981	4 132	3 672	3 677	4 058	4 330	4 010	2,6%
Algarve	4 141	4 246	4 111	3 970	4 152	3 944	4 245	4 116	2,5%

Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório 007.01 - Utes assistidos).

Legenda: UC: Unidade de convalescença; UMDR: Unidade de Média Duração e Reabilitação; ULDM: Unidade de Longa Duração e Manutenção; ECCI: Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

175. Dos 48.628 utentes assistidos na RG, em média, por ano, 74,8% correspondem a utentes admitidos no próprio ano, sendo o restante universo correspondente a utentes admitidos (transitados de) em anos anteriores.
176. Mais de metade dos utentes assistidos são do sexo feminino, em todas as regiões e em todas as tipologias da RG. Em média, 84% tem 65 anos ou mais e 67,1% tem entre um e seis anos de escolaridade, com cerca de 1/5 (20,8%) dos utentes sem qualquer nível de instrução (*vide* Figura 8).

Figura 8 – Caracterização dos utentes, RG (2017-2023)



Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório 007.01 - Utentes assistidos).

Notas: Em média, 52% dos utentes assistidos não tem registo do grau de escolaridade no SI RNCCI, pelo que a análise feita apenas considera 48% do total de registos.

177. Anualmente, perto de três quartos (74,3%) dos utentes assistidos na RG, obtêm alta da Rede, ou seja, deixam de estar internados nas suas unidades de internamento ou de ser acompanhados pelas suas equipas de apoio domiciliário. De entre os motivos da alta, o cumprimento dos objetivos (com a designação “atingidos os objetivos”, no SI RNCCI) foi o motivo mais frequente em todos os anos, com uma média de 54,2% (19.564 utentes) e um crescimento de 28% face a 2017. A preponderância deste motivo é comum em todas as tipologias da RG e em todas as regiões de saúde. Em média 10,3% dos utentes (3.707) foram transferidos para outras tipologias da Rede, detalhe Quadro 23¹⁰⁶.

Quadro 23 – Utentes assistidos por motivo de alta, RG

Designação	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Média	Δ 2017/2023
Em branco	8 084	7 709	7 401	7 968	6 540	4 796	139	6 091	-98,3%
Alta a Pedido	1 162	1 129	1 157	1 201	1 388	1 429	1 643	1 301	41,4%
Atingidos os Objectivos	17 732	19 297	20 554	17 206	18 989	20 474	22 696	19 564	28,0%
Transferência para outra tipologia	3 632	3 955	3 955	3 295	3 489	3 916	3 704	3 707	2,0%
Transferência para proximidade	2 040	2 063	2 136	1 090	1 773	2 026	40	1 595	-98,0%
Outro	3 161	3 011	3 066	2 927	4 131	5 248	5 431	3 854	71,8%
Total	35 811	37 164	38 269	33 687	36 310	37 889	33 653	36 112	-6,0%

Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório 012.01 - Destino e motivo da alta).

Notas: (1) o Relatório 012.01 reporta designações de motivo da alta distintas nos vários anos. Para melhor coerência da análise foram efetuadas as seguintes alterações: no motivo “Outro” foram incluídos a “prorrogação não autorizada” (1 e 34 utentes em 2022 e 2023, respetivamente), o “Agravamento da situação clínica” (102 utentes em 2023) e a “Agudização” (20 e 2.006 utentes em 2022 e 2023, respetivamente); no motivo “Transferência para outra tipologia” foi incluída a “Necessidade de outro tipo de cuidados” (21 e 3.573 utentes em 2022 e 2023, respetivamente); (2) a “Transferência para proximidade” significa que o utente foi transferido para uma unidade próxima da sua residência ou da sua rede de suporte.

¹⁰⁶ Detalhe de motivo da alta por tipologia e por região: Anexo VIII e Anexo IX.

178. Note-se que até 2022, para uma média de 7.083 utentes (19%), perto de um quinto do total de utentes com alta, não foi registado nem o motivo nem o destino da alta da RG, constringendo a avaliação do desempenho das unidades e equipas, situação esta que apenas deixou de se verificar em 2023, em resultado da introdução de um novo módulo de registo de altas no SI RNCCI.
179. Os utentes com alta da Rede tiveram como principal destino o “domicílio com suporte”¹⁰⁷ (em média 37,7%; 13.611 utentes), com um crescimento de 44,0% face a 2017. O “domicílio com suporte” foi o destino mais frequente em todas as regiões de saúde e em todas as tipologias, exceto nas ULDM em que os registos em branco (em média, 1.770) superaram o destino “domicílio com suporte” (em média, 1.684). Uma média de 15,1% (5.461 utentes) foram transferidos para outra resposta da Rede¹⁰⁸ (Quadro 24).

Quadro 24 – Destino dos utentes com alta, RG (nº de utentes)

Designação	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Média	Δ 2017/2023
Em branco	8 084	7 709	7 401	7 968	6 540	4 796	139	6 091	-98%
Domicílio com suporte	11 990	13 023	13 966	12 101	12 835	14 096	17 264	13 611	44,0%
Domicílio sem suporte	4 079	4 290	4 530	3 869	4 444	4 483	2 897	4 085	-29,0%
Lar_acordo	1 212	1 217	1 171	1 035	1 236	1 200		1 179	-100,0%
Outra Resposta da Rede	5 503	5 777	5 914	4 279	5 017	5 679	6 058	5 461	10,1%
Resposta ou Equipamento Social	1 643	1 715	1 733	1 377	1 826	2 039	3 371	1 958	105,2%
Outro	3 300	3 433	3 554	3 058	4 412	5 596	3 924	3 897	18,9%
Total	35 811	37 164	38 269	33 687	36 310	37 889	33 653	36 112	-6,0%

Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório 012.01 - Destino e motivo da alta).

Nota: o Relatório 012.01 reporta designações de destinos após alta distintos nos vários anos. Para melhor coerência da análise foram efetuadas as seguintes alterações: No destino “outro” foi incluído o destino “Hospital” (22 e 2.484 utentes em 2022 e 2023, respetivamente); no destino “outra resposta da rede” foram incluídos a “transferência para outra tipologia” (3.919 utentes em 2023) e a “transferência para a mesma tipologia” (1.966 utentes em 2023); no destino “Resposta ou equipamento social” foi incluído o destino “ERPI ou outro equipamento social” (7 e 3.369 utentes em 2022 e 2023, respetivamente).

180. O domicílio sem suporte foi o destino após alta para 4.085 utentes (11,3%), casos em que os utentes ficam unicamente a cargo do seu cuidador. Para uma “Resposta ou equipamento Social” foram em média 1.958 utentes, (5,4%).

9.1.2. Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental

181. Nas tipologias da saúde mental, apesar do seu peso marginal no universo total de utentes assistidos verificou-se um crescimento muito expressivo, de 96 utentes em 2017 para 725 em 2023, evolução comum às unidades residenciais, sócio-ocupacionais e às equipas de apoio domiciliário.

¹⁰⁷ Domicílio com suporte significa que o utente vai para o domicílio, mas tendo em conta a avaliação médica será acompanhado por equipas que prestam cuidados de saúde ou de apoio social, por exemplo: equipas dos cuidados de saúde primários e equipas de apoio domiciliário da comunidade.

¹⁰⁸ Detalhe do destino da alta por tipologia e por região: Anexo X e Anexo XI.



Quadro 25 – Utentes assistidos, CCISM

Tipologias	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ 2017/2023
Unidades residenciais	48	131	139	140	152	220	250	420,8%
RA	9	25	30	34	32	30	35	288,9%
RAMa	24	53	51	52	62	74	79	229,2%
RAMo	3	21	21	18	25	58	69	2200,0%
RTA	12	21	23	24	21	45	54	350,0%
RTA-A/IA	-	11	14	12	12	13	13	18,2%
Unidades sócio ocupacionais	14	69	123	160	209	222	250	1685,7%
USO	14	64	116	150	188	195	222	1485,7%
USO/IA	-	5	7	10	21	27	28	460,0%
Equipas de apoio domiciliário	34	66	69	85	135	191	225	561,8%
EAD	34	66	69	85	125	180	225	561,8%
EAD/IA	-	-	-	-	10	11	-	10,0%
Total	96	266	331	385	496	633	725	655,2%

Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório 007.01 - Utentes assistidos).

Legenda: RA: Residência Autónoma; RAMa: Residência de Apoio Máximo; RAMo: Residência de Apoio Moderado; RTA: Residência de Treino de Autonomia; RTA-A/IA: Residência de Treino de autonomia – Tipo A – Infância e Adolescência; USO: Unidade Sócio-ocupacional; USO/IA: Unidade Sócio-ocupacional para a Infância e Adolescência; EAD: Equipas de Apoio Domiciliário; EAD/IA: Equipas de Apoio Domiciliário para a Infância e Adolescência.

Nota: quando não existe informação para todos os anos a evolução respeita aos períodos com informação disponível.

182. É na região de Lisboa e Vale do Tejo que são assistidos mais utentes em unidades residenciais, em média 78 utentes por ano, sendo que a região do Alentejo só a partir de 2021 é que passou a ter uma unidade residencial com 10 lugares (RAMo), onde foi possível assistir 4 utentes em 2021, 16 utentes em 2022 e 22 utentes em 2023. Já a região do Algarve não possui nenhuma unidade residencial¹⁰⁹.
183. Quanto às unidades sócio-ocupacionais, é na região Norte que são assistidos mais utentes, em média, 67 utentes por ano, sendo que Lisboa e Vale do Tejo e Alentejo não possuem qualquer unidade com esta tipologia. Já as equipas de apoio domiciliário na região Norte assistiram o maior número de utentes, em média, 59 utentes por ano, não existindo, desde 2021, qualquer equipa com esta tipologia na região Centro.
184. Em média, 69,8% dos utentes assistidos em cada ano tinham sido admitidos em anos anteriores nas várias tipologias de resposta dos CCISM.
185. Nas unidades de CCISM o motivo mais frequente da alta dos utentes foi a “alta a pedido”, com 30% dos utentes, em média, seguido de “atingidos os objetivos” (21%) e dos utentes transferidos para outra tipologia da Rede (13,6%). Referir ainda que, em média, para 35,8% dos utentes são indicados outros motivos, designadamente, agravamento da situação clínica, agudização ou prorrogação não autorizada. Nos destinos após alta o “domicílio com suporte” (em média, 32,3% dos utentes), o “domicilio sem suporte” (em média, 23,5%) e “Outras respostas da Rede” (15,4%).
186. Em suma, as evidências obtidas revelam que a capacidade instalada deste tipo de unidades e equipas na RNCCI e a utilização deste tipo de cuidados é residual.

9.1.3. Cuidados Continuados Integrados Pediátricos

187. Nas duas unidades de cuidados pediátricos existentes na região Norte foram assistidos, em média, 51 utentes por ano, 31 dos quais na unidade de internamento e 20 na unidade de ambulatório. Em média, mais de metade dos utentes assistidos em cada ano (54,4%) foram

¹⁰⁹ Vide Anexo XII.

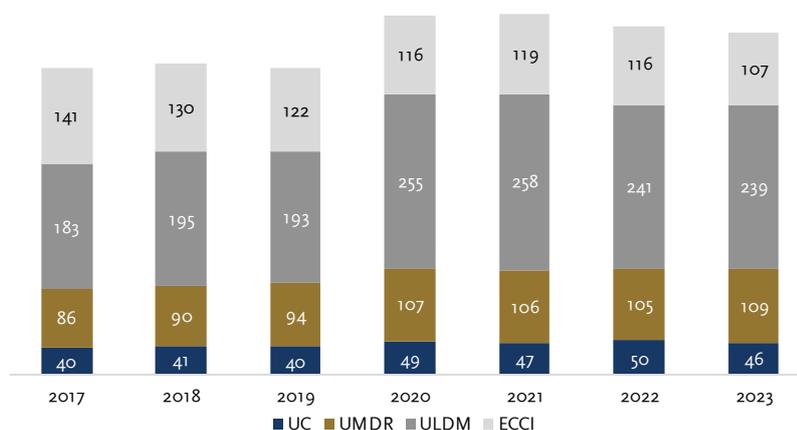
admitidos no próprio, e os restantes transitaram de anos anteriores, com exceção para os anos de 2021 e 2022. Verifica-se uma falha de prestação deste tipo de cuidados por ausência de unidades desta tipologia nas restantes regiões do país.

188. Acresce que, foram assistidos utentes em idade pediátrica em unidades da RG, em média 145 utentes por ano, prevalecendo as ECCI com 138 utentes assistidos por ano. Embora as unidades pediátricas existentes na Rede se situem na região Norte, ainda assim é esta região que tem mais utentes assistidos em idade pediátrica na RG, com 68 utentes, em média, por ano.
189. A saída depois de atingidos os objetivos foi o motivo mais frequente nos utentes das unidades pediátricas, em média 52,8% (13 utentes). Os utentes com alta das unidades pediátricas foram, maioritariamente, para o domicílio sem suporte, (49,4%; 12 utentes). Em 23,2% dos registos nas unidades pediátricas o motivo e o destino da alta não foram preenchidos, o que prejudica a avaliação do desempenho destas unidades.

9.2. Tempos de permanência na Rede

190. O tempo médio de permanência (ou demora média) dos utentes assistidos na Rede é medido pela diferença em dias entre a sua data de admissão numa das tipologias de cuidados existentes e a respetiva data da alta.
191. Entre 2017 e 2023, no âmbito da RG verifica-se uma diminuição dos tempos médios de permanência relativos às ECCI (-24,1%; -34 dias) e, em sentido oposto, um agravamento das demoras médias registadas nas tipologias de internamento (UC: +15%, +6 dias; UMDR: +26,7%, +23 dias; ULDM: +30,6%, +56 dias), cfr. Gráfico 19.

Gráfico 19 – Tempos médios de permanência, RG



Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório 007.01 - Utes assistidos).

Legenda: UC: Unidade de convalescença; UMDR: Unidade de Média Duração e Reabilitação; ULDM: Unidade de Longa Duração e Manutenção; ECCI: Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

Nota: demora média em dias calculada com base na diferença entre a data de admissão por episódio de referência e a data da respetiva alta.

192. A RG define os seguintes tempos previsíveis de internamento:

- UC: até 30 dias consecutivos por cada admissão;
- UMDR: internamentos superiores a 30 dias e inferiores a 90 dias;

- ULDM: internamentos superiores a 90 dias¹¹⁰.
193. A análise do tempo de permanência em cada tipologia de internamento da RG permite observar que perto de metade (49,1%) dos utentes assistidos em UC ultrapassaram os 30 dias de internamento previsíveis, com um aumento da proporção de utentes com demoras médias entre os 30 e os 90 dias, bem como dos utentes que permaneceram nesta tipologia para lá dos 90 dias, estes últimos quase duplicando o seu peso no total, de 3,6% para 6,4% (Quadro 26).
194. Nas UMDR o tempo máximo previsível de permanência (90 dias) foi ultrapassado por 21.437 dos utentes assistidos entre 2017 e 2023, quase um terço do total dos utentes assistidos (32,9%) que tiveram alta da Rede. Neste período, o peso dos utentes com demora média superior a 90 dias passou de 27,7% em 2017 para 33,5% em 2023 (+5,8 p.p.), pese embora inferior aos valores observados nos dois primeiros anos da pandemia, 2020 e 2021 (Quadro 26).

Quadro 26 – % Utes assistidos por intervalos de demora média, UC e UMDR

Tipologias	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ 2017/2023
UC								
Até 30 dias	55,8%	55,6%	57,7%	45,5%	48,9%	49,9%	50,9%	-4,9
Entre 30 e 90 dias	40,6%	39,9%	37,7%	46,0%	44,0%	42,9%	42,6%	2,0
Mais de 90 dias	3,6%	4,5%	4,6%	8,4%	7,1%	7,2%	6,4%	2,9
UMDR								
Até 30 dias	14,5%	14,1%	15,3%	12,0%	13,4%	12,7%	12,4%	-2,2
Entre 30 e 90 dias	57,8%	57,1%	54,6%	48,4%	50,0%	52,3%	54,1%	-3,6
Mais de 90 dias	27,7%	28,8%	30,0%	39,5%	36,7%	35,0%	33,5%	5,8

Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório 007.01 - Utes assistidos).

Legenda: UC: Unidade de convalescença; UMDR: Unidade de Média Duração e Reabilitação.

Nota: demoras médias em dias calculadas com base na diferença entre a data de admissão por episódio de referência e a data da respetiva alta.

195. Note-se ainda que a % de utentes com tempos de permanência longos (tempos superiores a 1 ano, para efeitos da presente análise) cresceu nas três tipologias de internamento da RG com destaque para a tipologia ULDM (de 11,5% dos utentes em 2017, para 15,4% em 2023) e que também regista um aumento da respetiva demora média para este universo de utentes, superior a 3 anos, em 2023 (+196 dias face a 2017; +21,8%). (Quadro 27).

¹¹⁰ Para as ULDM esse período pode ser encurtado, no caso de situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou de necessidade de descanso do principal cuidador, que nestas circunstâncias deve ocorrer até 90 dias por ano, conforme n.º 3 do artigo 17.º do [Decreto-Lei n.º 101/2006](#), de 6 de junho.

Quadro 27 – % de utentes com demora média superior a 1 ano, internamento, RG

Tipologias	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ 2017/2023
% utentes no total								
UC	0,0%	0,1%	0,2%	0,4%	0,5%	0,8%	0,5%	0,5
UMDR	0,7%	1,3%	2,0%	2,6%	3,2%	3,0%	2,9%	2,2
ULDM	11,5%	13,2%	12,2%	16,9%	17,8%	16,1%	15,4%	3,9
demoras médias (dias)								
UC	717	526	595	713	559	827	635	-82
UMDR	526	550	580	629	629	711	825	299
ULDM	899	926	973	1 052	1 038	1 043	1 095	196

Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório 007.01 - Utentes assistidos).

Legenda: UC: Unidade de convalescença; UMDR: Unidade de Média Duração e Reabilitação; ULDM: Unidade de Longa Duração e Manutenção.

Notas: demoras médias em dias calculadas com base na diferença entre a data de admissão por episódio de referenciação e a data da respetiva alta.

196. Em 31.12.2023, os utentes que se encontravam a ser assistidos em UC estavam internados em média há 77 dias, mais de duas vezes o tempo de internamento previsível para esta tipologia (30 dias), com 43,4% dos utentes internados há mais de 30 dias (Quadro 28).

Quadro 28 – Internamento médio na RG (31/12/2023)

Tipologias	Nº de utentes	Internamento médio (dias)	Utentes com internamento médio superior ao previsível
UC	1 120	77	43,4%
UMDR	3 004	226	39,3%
ULDM	4 964	719	N.A.

Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório 007.01 - Utentes assistidos).

Legenda: UC: Unidade de convalescença; UMDR: Unidade de Média Duração e Reabilitação; ULDM: Unidade de Longa Duração e Manutenção.

Notas: (1) internamentos previsíveis em UC: 30 dias; internamentos previsíveis em UMDR: entre 30 e 90 dias; (2) internamentos médios em dias calculados com base na diferença entre a data de admissão por episódio de referenciação, sem data de alta, e 31.12.2023.

197. Por sua vez, os utentes internados em UMDR àquela data registavam um tempo de internamento médio de 226 dias e 39,3% ultrapassavam os 90 dias de internamento previsível. Em ULDM, apurou-se um tempo médio de internamento de 719 dias para os utentes que no final de 2023 ainda se encontravam internados nesta tipologia de cuidados.
198. Estes tempos médios de internamento dos utentes que ainda se encontravam internados na Rede a 31.12.2023 são significativamente superiores às demoras médias observadas para os utentes com alta da Rede nesse ano (+168%, +207% e +301%, em UC, UMDR e ULDM, respetivamente), podendo sinalizar uma tendência de agravamento futuro daquelas demoras médias e acrescidas dificuldades na libertação de lugares para resposta à procura por estas tipologias de cuidados, o que se afigura prejudicial à fluidez na utilização das referidas tipologias na RNCCI.
199. A dinâmica da resposta da Rede está também associada às taxas de ocupação registadas nas várias tipologias de cuidados¹¹¹. As taxas de ocupação nas tipologias de internamento da RG

¹¹¹ A taxa de ocupação é a relação percentual entre o total de dias de internamento num determinado período e a capacidade de cada unidade ou equipa (capacidade=lotação praticada x número de dias definido).



situaram-se, em média, acima dos 90%, variando entre o mínimo de 84,3% registado em UC em 2020 e o máximo de 97,6% em ULDM, no ano de 2019. Em 2023, a taxa de ocupação média em internamento foi de 95,1% (*vide* Quadro 29).

Quadro 29 – Taxa de ocupação por tipologia

Tipologias	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ 2017/2023 (pp)
Rede Geral	83,2%	85,4%	86,5%	84,0%	83,5%	84,2%	85,3%	2,1
UC	90,0%	88,5%	88,7%	84,3%	84,8%	89,4%	91,9%	1,9
UMDR	94,4%	95,2%	95,5%	91,7%	91,2%	93,5%	95,8%	1,4
ULDM	97,0%	97,5%	97,6%	95,4%	94,9%	96,0%	97,5%	0,5
ECCI	66,8%	70,5%	72,1%	69,8%	68,6%	67,2%	67,3%	0,5
Saúde Mental	28,7%	31,3%	71,2%	72,5%	70,4%	66,8%	72,0%	43,3
Cuidados Pediátricos	69,3%	47,6%	89,1%	55,8%	64,8%	63,2%	66,7%	-2,6
Total	83,1%	84,3%	86,2%	83,8%	83,2%	83,7%	85,0%	1,9

Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório 006.01 – Taxa de ocupação).

Nota: taxa de ocupação=diárias efetivas/diárias contratualizadas.

Legenda: UC: Unidade de convalescença; UMDR: Unidade de Média Duração e Reabilitação; ULDM: Unidade de Longa Duração e Manutenção; ECCI: Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

200. Nas ECCI a designada taxa de ocupação, que reflete a capacidade de acompanhamento de utentes, foi em média de 68,9%, não ultrapassando os 72,1% verificados em 2019. Os valores deste indicador podem estar associados à consideração de níveis de capacidade instalada que não correspondem à realidade dos recursos disponíveis ao nível dos cuidados de saúde primários para a prestação destes apoios.
201. Note-se que o número de utentes a aguardar vaga tem vindo a crescer desde 2020 e, em simultâneo, a taxa de ocupação das ECCI tem vindo a decrescer e situava-se em 67,3% no final de 2023, o que não se coaduna com o crescimento de utentes em espera (ver ponto 8.2), face à capacidade potencialmente disponível junto destas equipas.

9.3. Indicadores de qualidade e efetividade

202. No âmbito da RNCCI, a dimensão da qualidade surge associada à capacidade de prestação de cuidados de saúde e de apoio social seguros, eficazes e adequados à realidade clínica e social dos utentes, capazes de garantir a sua dignidade e conforto, bem como a satisfação das suas necessidades em saúde e de apoio social.
203. Neste contexto, a ocorrência de quedas, a sua frequência e prevalência e respetivos impactos nos utentes constituem indicadores relevantes da qualidade dos serviços e cuidados prestados pela Rede. O mesmo sucede no que respeita à ocorrência, frequência e prevalência de úlceras de pressão nos utentes assistidos.
204. A efetividade na RNCCI prende-se com avaliação do impacto dos cuidados prestados e em que medida estes produzem os resultados esperados na saúde e bem-estar dos utentes. Neste âmbito, assumem importância os indicadores que meçam o impacto das intervenções da Rede nos níveis de funcionalidade dos seus utentes. Esta apreciação é, contudo, condicionada pela efetiva utilização dos instrumentos de avaliação funcional (e seu adequado registo) por parte dos prestadores da Rede.

9.3.1. Quedas

205. As quedas constituem um problema de saúde pública relevante, sendo uma das principais causas de morte por trauma, a nível mundial¹¹², originando ainda hospitalizações e a perda de anos de vida saudável¹¹³. É o acidente mais notificado a nível hospitalar e nos cuidados continuados, constatando-se que a frequência de quedas aumenta significativamente com as mudanças biológicas associadas à idade¹¹⁴, surgindo associada à avaliação das dimensões de qualidade e segurança na prestação de cuidados continuados.

206. Entre 2017 e 2023, em média, ocorreram 3.994 quedas nas tipologias da RG, de acordo com a informação registada pelas unidades e equipas no SI RNCCI, registando-se 4.584 quedas em 2023, mais 56,7% do que as registadas em 2017 (2.926), embora o número de utentes assistidos apenas tenha crescido 11% (de 46.478 em 2017 para 51.596 em 2023), traduzindo um aumento da incidência de quedas por utente no período analisado. Tal pode sinalizar perdas de qualidade nos cuidados prestados (Quadro 30).

Quadro 30 – Número de quedas por tipologia, RG

Tipologias	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ 2017/2023
UC	302	498	690	733	822	999	941	211,6%
UMDR	1 061	1 426	1 640	1 683	1 828	1 954	1 944	83,2%
ULDM	1 075	1 241	1 373	1 224	1 117	1 256	1 342	24,8%
ECCI	488	526	505	373	254	308	357	-26,8%
Total	2 926	3 691	4 208	4 013	4 021	4 517	4 584	56,7%

Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório 003.02 – Quedas).

Legenda: UC: Unidade de convalescença; UMDR: Unidade de Média Duração e Reabilitação; ULDM: Unidade de Longa Duração e Manutenção; ECCI: Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

207. As UMDR e as ULDM foram as tipologias com maior número de utentes com quedas, uma média de 1.648 e 1.233, respetivamente, que no seu conjunto correspondem a 72,1% do total de utentes com quedas nas unidades e equipas da RG. Entre 2017 e 2023, a maior prevalência de utentes com quedas (isto é, a proporção de utentes assistidos com quedas no total de utentes assistidos) ocorreu nestas duas tipologias, detalhe no Quadro 31.

Quadro 31 – Prevalência de utentes com quedas

Tipologias	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ 2017/2023 (pp)
UC	3,7%	5,0%	6,1%	6,8%	6,7%	7,7%	7,5%	3,8
UMDR	6,7%	8,8%	9,2%	10,8%	10,3%	10,7%	10,5%	3,8
ULDM	6,3%	6,9%	7,8%	7,4%	6,6%	6,9%	7,2%	0,9
ECCI	2,7%	2,7%	2,5%	2,1%	1,4%	1,6%	1,8%	-0,9
Total	5,2%	6,0%	6,4%	6,6%	6,1%	6,6%	6,6%	1,4

Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório 003.02 – Quedas e Relatório 007.01 - Utentes assistidos).

Legenda: UC: Unidade de convalescença; UMDR: Unidade de Média Duração e Reabilitação; ULDM: Unidade de Longa Duração e Manutenção; ECCI: Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

208. Todavia, a evolução da prevalência de utentes com quedas nas UC quase duplicou entre 2017 e 2023 (de 3,7% para 7,5%; +3,8 p.p.) e nas UMDR, em 2023, 10,5% dos utentes assistidos registaram pelo menos uma queda, o que, eventualmente, poderá estar associado aos

¹¹² Falls, OMS, 26 de abril de 2021.

¹¹³ Schoberer et al. (2022).

¹¹⁴ Franco (2019).

procedimentos de segurança implementados nas unidades de internamento.

209. Já a análise da frequência das quedas por utente indica que, entre 2017 e 2023, 70,4% dos utentes com quedas tiveram uma queda, 16,8% tiveram duas quedas e 12,8% sofreram três ou mais quedas nas diferentes tipologias da RG.
210. Em média, mais de 63,9% das quedas ocorridas em cada ano não provocaram sequelas e apenas 7,5% provocaram alterações na mobilidade. Os motivos “Perda de equilíbrio” e “Escorregar” foram em média responsáveis por mais de 90% das quedas registadas.

9.3.2. Úlceras de pressão

211. À semelhança das quedas, as úlceras de pressão são também consideradas um problema de saúde pública, constituindo um indicador da qualidade dos cuidados prestados¹¹⁵. O tratamento das úlceras de pressão integra as condições gerais de admissão na Rede desde 2015, tendo para o efeito sido fixado um valor adicional de € 25, por diária de internamento e por utente. Este valor é aplicável nas situações de referenciação de utentes com úlceras de pressão, dos hospitais para as ULDM, quando a úlcera de pressão tiver sido desenvolvida antes da transferência para a referida unidade da Rede¹¹⁶. A partir de 2022, o valor é alargado aos utentes referenciados pelos cuidados de saúde primários¹¹⁷.
212. A análise realizada circunscreve-se ao período 2020-2023, para o qual existe uniformidade nos critérios de registo no SI RNCCI¹¹⁸. Acresce que os dados disponíveis não permitem apurar, com rigor, o número total de úlceras tratadas em cada ano e tipologia, face à existência de registos duplicados e à possibilidade de nem todas as úlceras serem alvo de registo no SI RNCCI.
213. Assim, apurou-se que, entre 2020 e 2023, em média, foram tratadas, na RG, 8.682 úlceras de pressão, 74% das quais foram registadas na admissão dos utentes.

¹¹⁵ A ocorrência de quedas e de úlceras de pressão integram as ações previstas no Pilar 5 - Práticas seguras em ambiente seguro do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes. Instrumento de apoio na aplicação de boas práticas de segurança a gestores e clínicos com o objetivo melhorar, de forma integrada e contínua, a prestação de cuidados de saúde, [Despacho n.º 9390/2021](#), do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, de 17 de setembro de 2021, Objetivo estratégico 5.1 - Implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde.

¹¹⁶ [Orientação n.º 017/2011](#) da DGS de 9 de maio de 2011. N.º 2 do artigo 19.º da [Portaria n.º 174/2014](#), de 10 de setembro, alterado pela [Portaria n.º 289-A/2015](#), de 12 de março.

¹¹⁷ [Portaria n.º 272/2022](#), de 10 de novembro, que altera o artigo 10.º da [Portaria n.º 45/2021](#), de 24 de fevereiro.

¹¹⁸ A informação disponibilizada pela SPMS apenas abrangeu o período de 2019 a 2023, sendo que no final de 2019 foram alterados os critérios de registo de úlceras de pressão no módulo para esse efeito existente no SI RNCCI.

Quadro 32 – Úlceras de pressão por origem

Designação	2020	2021	2022	2023	Média	Δ 2020/2023
Existente na admissão na RNCCI	5 985	6 305	6 725	6 671	6 422	11,5%
Desenvolvida durante a permanência na RNCCI	1 696	1 653	1 714	1 783	1 712	5,1%
Transitada entre períodos e/ou unidades da RNCCI	1 425	288	258	224	549	-84,3%
Total	9 106	8 246	8 697	8 678	8 682	-4,7%
<i>Peso "Existente na admissão na RNCCI" no total</i>	<i>65,7%</i>	<i>76,5%</i>	<i>77,3%</i>	<i>76,9%</i>	<i>74,0%</i>	<i>11,1</i>

Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório 004 02 - Úlceras de pressão nos utentes assistidos).
 Notas: (1) existente na admissão na RNCCI: quando à data da admissão na RNCCI o utente é portador de uma úlcera de pressão; (2) desenvolvida durante a permanência na RNCCI: situações em que a úlcera se desenvolve durante a permanência na RNCCI; (3) transitada entre períodos e/ou unidades da RNCCI: classificação atribuída no SI RNCCI, sempre que o primeiro registo da úlcera tenha ocorrido em ano ou anos anteriores e/ou em outra unidade/equipa.

214. Em média, 38,0% das úlceras foram tratadas nas ECCI, 27,8% nas ULDM, 24,3% nas UMDR e 9,9% nas UC. O número de úlceras na admissão é maior nas ECCI (31,4%), seguidas das UMDR e ULDM, com números médios próximos (18,2% e 16,7%, aproximadamente, do total), pese embora apenas sejam pagas aquelas tratadas nas ULDM, conforme resulta do n.º 2 do artigo 10.º da Portaria n.º 45/2021, de 24 de fevereiro, na sua versão atual¹¹⁹.

Quadro 33 – Úlceras de pressão por tipologia

Tipologias	2020	2021	2022	2023	Média	Δ 2020/2023
UC	835	802	911	874	856	4,7%
UMDR	2 138	2 043	2 121	2 145	2 112	0,3%
ULDM	2 470	2 358	2 424	2 396	2 412	-3,0%
ECCI	3 663	3 043	3 241	3 263	3 303	-10,9%
Total	9 106	8 246	8 697	8 678	8 682	-4,7%

Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório 004 02 - Úlceras de pressão nos utentes assistidos).

Legenda: UC: Unidade de convalescença; UMDR: Unidade de Média Duração e Reabilitação; ULDM: Unidade de Longa Duração e Manutenção; ECCI: Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

215. A prevalência de utentes com úlcera, isto é, a proporção de utentes assistidos com pelo menos uma úlcera de pressão registada (quer na admissão, quer adquirida durante a permanência na RNCCI) foi em média de 17,5% entre 2020 e 2023, cfr. Quadro 34.

¹¹⁹ Sem prejuízo de no preço final da diária de internamento para as tipologias da RG estar prevista uma componente designada de “Valor global para suportar encargos com medicamentos, realização de exames auxiliares de diagnóstico, apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão, encargos com cuidados de saúde (utente/dia).”, com montante diferente para cada tipologia.

Quadro 34 – Prevalência (%) de utentes com úlceras, RG

Tipologias	2020	2021	2022	2023
UC	10,5%	9,4%	9,7%	9,0%
UMDR	18,2%	16,3%	16,3%	16,5%
ULDM	21,7%	20,1%	20,0%	19,4%
ECCI	21,5%	18,1%	19,0%	18,1%
Total	19,2%	17,0%	17,3%	16,7%

Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório 004 02 - Úlceras de pressão nos utentes assistidos, e Relatório 007.01 - Uteses assistidos).

Legenda: UC: Unidade de convalescença; UMDR: Unidade de Média Duração e Reabilitação; ULDM: Unidade de Longa Duração e Manutenção; ECCI: Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

216. No que toca à frequência de úlceras de pressão por utente, entre 2020 e 2023, 78,4% dos utentes com úlcera de pressão terão tido apenas uma úlcera, 16,3% tiveram o registo de duas e 5,3% terão tido três ou mais úlceras de pressão.
217. Durante a permanência nas unidades da RG, em média, 3,9% dos utentes assistidos, desenvolveram úlceras de pressão, com as ULDM e as UMDR a registarem a maior percentagem, uma média de 6% e 4,8%, respetivamente.

Quadro 35 – (%) de utentes que desenvolveram UP, RG

Tipologias	2020	2021	2022	2023	Média
UC	1,7%	1,8%	2,0%	2,1%	1,9%
UMDR	4,8%	4,6%	4,9%	5,0%	4,8%
ULDM	6,3%	6,1%	5,9%	5,9%	6,0%
ECCI	2,7%	2,1%	1,9%	1,9%	2,2%
Total	4,1%	3,8%	3,8%	3,8%	3,9%

Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório 004 02 – Úlceras de pressão nos utentes assistidos, e Relatório 007.01 - Uteses assistidos).

Legenda: UC: Unidade de convalescença; UMDR: Unidade de Média Duração e Reabilitação; ULDM: Unidade de Longa Duração e Manutenção; ECCI: Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

9.3.3. Avaliação da funcionalidade

218. Embora a “*Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia*” dos utentes constitua um dos princípios da Rede, apenas em 2017 a avaliação da funcionalidade passou a ser considerada no contexto da RNCCI, com a adoção da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), da OMS, com o objetivo de avaliar a evolução da funcionalidade dos utentes com alta das unidades e equipas da RG e dos utentes com necessidade de prorrogação dos internamentos¹²⁰.
219. Pretendia-se que esta classificação passasse a ser “*(..) utilizada desde o momento da referenciação e ao longo de toda a trajetória do utente da Rede, conferindo assim racionalidade clínica a todo o processo, centrando a intervenção na potencialização da capacidade funcional dos utentes segundo uma perspetiva biopsicossocial e possibilitando a avaliação dos resultados*”

¹²⁰ Alterações introduzidas pela Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro. A funcionalidade é “(...) a capacidade que uma pessoa possui, em cada momento, para realizar tarefas de subsistência, para se relacionar com o meio envolvente e para participar socialmente;”, sendo um dos critérios de admissão nas unidades e equipas da rede as pessoas com dependência funcional transitória ou prolongada.

da intervenção.¹²¹

220. Posteriormente, em 2019, a DGS determinou a aplicação da Tabela Nacional de Funcionalidade (TNF)¹²² enquanto instrumento obrigatório de referenciação de utentes para as unidades e equipas da RG, na avaliação periódica para acompanhamento dos mesmos, para proposta de prorrogação do internamento e ainda no momento da alta¹²³.
221. Apesar da orientação de 2017 da CNCRNCCI e da determinação da DGS de 2019, e da melhoria observada no período, falhas nos mecanismos de monitorização poderão explicar que, em 2023, para a maioria dos utentes da RG (58,7%) ainda não fosse possível avaliar a melhoria, agravamento ou manutenção dos respetivos níveis de funcionalidade.
222. Note-se que 38,1% dos utentes apenas tinham registo de uma avaliação (na admissão ou na alta) pelo que, mais de 60% dos utentes ficaram sem registos que permitam aferir e avaliar a evolução da sua condição. Por sua vez, 20,6% dos utentes não possuíam registo de qualquer avaliação de funcionalidade (*vide* Quadro 36).
223. A falta de informação sobre o estado de funcionalidade dos utentes e sobre a forma como este evoluiu durante a sua permanência na Rede, bem como a persistência na ausência de registos, prejudica a avaliação da efetividade dos cuidados prestados.

Quadro 36 – % dos utentes com avaliação de funcionalidade, RG

Designação	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ 2017/2023 (pp)
Avaliação na admissão e na alta	2,1%	3,4%	3,8%	23,1%	36,8%	38,8%	41,3%	39,2
Avaliação apenas na admissão	2,2%	3,5%	3,6%	20,3%	27,5%	29,2%	29,2%	27,0
Avaliação apenas na alta	2,0%	1,8%	1,5%	17,5%	11,9%	9,7%	8,9%	7,0
Sem avaliação	93,8%	91,4%	91,1%	39,1%	23,9%	22,3%	20,6%	-73,2

Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório “Avaliação do grau de funcionalidade do utente”).
 Notas: (1) esta análise respeita a utentes partir dos 18 anos, com alta em cada um dos anos; (2) no cômputo dos sete anos, para 904 utentes a última avaliação tem data posterior à data da alta.

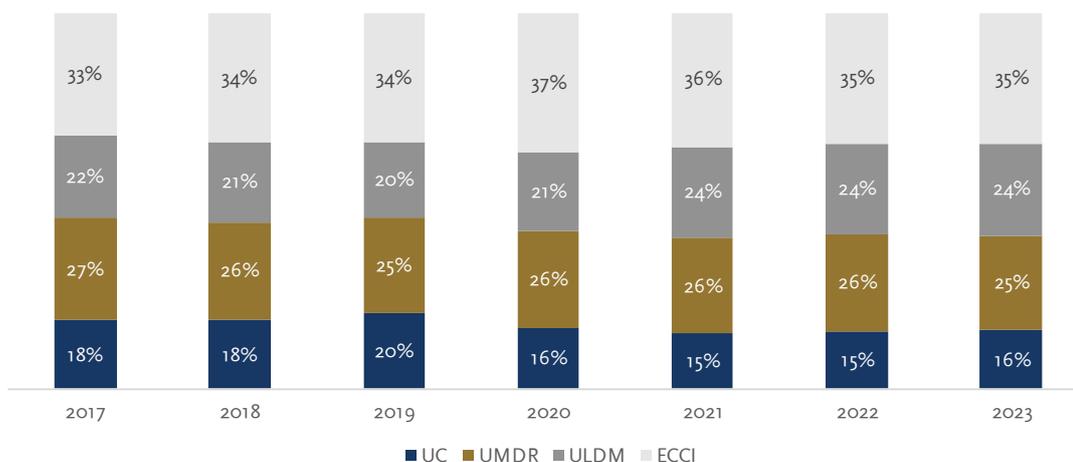
224. A análise por tipologia indica que a maior proporção de utentes sem avaliação de funcionalidade na admissão e na alta (isto é, sem a realização destas duas avaliações, condição necessária para aferir da evolução em termos de funcionalidade registada pelo utente durante a permanência na Rede) se encontra nas ECCI (35%, em média), seguida das UMDR e das ULDM (26% e 22%, respetivamente). As UC registam a proporção média mais baixa de utentes sem aquelas duas avaliações (17%). *Vide* Gráfico 20.

¹²¹ Orientação Técnica n.º 2/CNCRNCCI/2017, de 27 de fevereiro, que implementa a CIF e os módulos de preenchimento obrigatório no SI da Rede.

¹²² Tabela elaborada pela DGS, de acordo com a CIF, tem como objetivo adotar políticas de saúde e sociais, de acordo com a funcionalidade da pessoa com doença crónica e não apenas de acordo com a sua incapacidade.

¹²³ Circular Normativa Conjunta n.º 16/2019/ACSS/ISS, de 23 de dezembro e Circular Normativa Conjunta n.º 4/2020/ACSS/ISS, de 8 de abril.

Gráfico 20 – % de utentes sem avaliação de funcionalidade na admissão e na alta, RG



Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório “Avaliação do grau de funcionalidade do utente”).

Legenda: UC: Unidade de convalescença; UMDR: Unidade de Média Duração e Reabilitação; ULDM: Unidade de Longa Duração e Manutenção; ECCI: Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

Notas: (1) esta análise respeita a utentes partir dos 18 anos, com alta em cada um dos anos; (2) utentes sem registo de avaliação ou com apenas um registo (na admissão ou na alta).

225. De acordo com as condições de funcionamento das unidades e equipas da Rede, a primeira avaliação de funcionalidade ¹²⁴ deve ser realizada nas 48 horas após a admissão. Todavia, em 2023, esta condição apenas foi cumprida para 64,2% dos utentes com alta e com registo de avaliação de funcionalidade na admissão. Esta situação evidencia o incumprimento por parte dos prestadores dos tempos estabelecidos para a realização daquelas avaliações e/ou das obrigações contratuais relativas à manutenção de um registo atualizado de todos os procedimentos efetuados relacionados com o utente nos suportes de informação da Rede¹²⁵.
226. Entre 2017 e 2023, para os utentes que tinham avaliação de funcionalidade tanto na admissão quanto na alta (41,3% do total), observou-se que a larga maioria (71,8%) manteve idênticos níveis de funcionalidade, 25,8% evidenciaram uma melhoria (UC: 31%; UMDR: 20%; ULDM: 9%; ECCI: 31%), e 2,4% registaram o agravamento dos respetivos níveis de funcionalidade.

10. Modelo de financiamento da RNCCI

10.1. Formação dos preços

227. Tendo em vista a criação e operacionalização da RNCCI foi criado em 2005 um Grupo de Trabalho (GT) para determinar os custos associados a cada tipologia de resposta da Rede¹²⁶. Este trabalho revelou-se difícil, essencialmente devido:
- aos sistemas de registo (de produção e financeiros) dos serviços de cuidados continuados serem incipientes, contendo dados não padronizados, especialmente no que se refere aos registos clínicos e não gerarem informação útil para o custeio das respostas que se pretendia

¹²⁴ Artigo 5.º da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, na versão atual.

¹²⁵ Refira-se que os prestadores registam a informação relacionada com o utente nos SI próprios e mais tarde replicam essa informação no SI da Rede, por não existir interoperabilidade entre os dois sistemas, conforme referido no Ponto 12.

¹²⁶ O GT apurou os custos associados a cada tipologia de resposta da Rede com base nos seguintes racionais: na componente saúde: i) rácios recomendados de pessoal para unidades de 30 camas; ii) remunerações das diferentes carreiras nas categorias de ingresso (média dos primeiros escalões); na componente de apoio social: custos técnicos com base em dados de unidades em funcionamento.

estruturar;

- aos instrumentos de “(...) contratação de cuidados continuados não constituírem um ponto de partida viável por não estarem sustentados num modelo de pagamento homogéneo para serviços similares, nem terem implícitos incentivos adequados.”¹²⁷.

228. Com base no trabalho realizado, o GT apresentou uma proposta provisória de preços que deu origem à Portaria n.º 994/2006, de 19 de setembro, que fixou os preços no âmbito das experiências-piloto da RNCCI.

229. Em 2007, na sequência da avaliação das unidades integradas nas experiências-piloto, foram ajustados os preços provisórios e determinados os preços a vigorar a partir de julho de 2007, os quais foram aprovados pela Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de setembro. Nos termos do n.º 7 desta portaria os preços poderiam ser revistos cinco anos após a sua entrada em vigor, de modo a assegurar a sustentabilidade e a prestação de cuidados de qualidade, o que não se concretizou.

No âmbito do exercício do contraditório, a ANCC informa que “O rácio de recursos humanos definidos, logo no início da criação da RNCCI, estava errado, pois partiu de uma base incorreta e, infelizmente até à data não foi atualizado. A ANCC tem vindo a alertar para este aspeto (...) em virtude de este ser o principal fator do subfinanciamento da RNCCI”. Nessa sequência, recorda que “Para o funcionamento de uma UCCL são necessários profissionais de Cozinha, de limpeza, de lavandaria, administrativos/rececionistas e ainda um farmacêutico (exigência do Infarmed).”.

Já o Presidente da Direção da Confederação Cooperativa Portuguesa, CCRL, refere que “Quanto aos custos indiretos, é importante registar que recai sobre as organizações um conjunto de custos operacionais que não são considerados em processo de avaliação dos custos reais deste tipo de resposta, mas que são muito significativos e com impactos económicos elevados. Para lá dos custos indiretos não considerados, recai sobre as entidades suportar um conjunto de Recursos Humanos não considerados no modelo de funcionamento e de financiamento, nomeadamente auxiliares de serviços gerais (Limpeza/lavandaria/cozinha), administrativos e, até, farmacêutico.”.

230. Em 2009, a UMCCI, solicitou a uma Sociedade de Revisores Oficiais de Contas (SROC) um estudo com o objetivo de verificar a sustentabilidade económica das unidades prestadoras de cuidados continuados que operavam no âmbito da Rede, nas tipologias de internamento, analisando as condições operacionais de funcionamento e tendo como referência os preços estabelecidos, do qual resultaram, designadamente, as seguintes conclusões¹²⁸:

- os preços cobrem 72,5% dos custos identificados (incluindo amortizações);
- a reduzida dimensão das unidades (20 camas) constitui um fator de acrescida dificuldade para a sustentabilidade económica;
- a bonificação associada à taxa de ocupação de 85% constitui uma condição indispensável à viabilidade da quase totalidade das unidades;
- as unidades reportam a existência de referências para tipologias não adequadas, implicando custos mais elevados e preços mais baixos;
- os preços fixados relativos a medicamentos, à realização de exames auxiliares de diagnóstico, apósitos e material de penso, são superiores à despesa média efetiva das unidades.

¹²⁷ Fonte: “Proposta de Preços para Contratualização de Serviços na Rede de Respostas em Cuidados Continuados e respetivo modelo de repartição de encargos entre os sectores da Saúde e da Segurança Social”, do Grupo de Trabalho para Determinação de Custos – Cuidados Continuados, de 22 de dezembro de 2005.

¹²⁸ Informação disponibilizada pelo MS em 6 de julho de 2022, ofício n.º 3.483/2022. A metodologia aplicada no estudo assentou num inquérito a uma amostra de 50 prestadores para recolha de informação sobre os custos reais suportados no ano de 2008 e a visita a 5 entidades para validação da informação recebida através do inquérito.



231. Estas conclusões suportaram a formulação de várias recomendações, das quais se destacam:
- providenciar no sentido de que todas as unidades tenham pelo menos 20 camas, salvo se o prestador tiver unidades de outra tipologia;
 - estabelecer a obrigatoriedade de as unidades terem uma contabilidade específica;
 - estudar uma fórmula alternativa ao modelo de preços, com a criação de uma remuneração fixa em função da capacidade contratada e preços a variar com a taxa de execução, sem bonificação. Este modelo devia prever a indexação aos níveis remuneratórios aconselháveis para os colaboradores das unidades.
232. No entanto, não foi demonstrada a utilidade deste estudo, designadamente quais as medidas adotadas na sequência, salientando-se que: *i)* ainda existem prestadores (13) com apenas uma tipologia de resposta com unidades com menos de 20 camas¹²⁹; *ii)* só a partir de 2022 as unidades passaram a ter obrigação de adotar um sistema contabilístico que permita, com rigor e transparência, identificar as despesas efetuadas e pagas por conta das ações desenvolvidas; e *iii)* o modelo de financiamento da Rede não foi revisto.
233. Posteriormente, a [Lei n.º 114/2017](#), de 29 de dezembro, aditou ao artigo 46.º do [Decreto-Lei n.º 101/2006](#), de 6 de junho, um n.º 2¹³⁰, de acordo com o qual o Governo deveria proceder “(...) a um estudo destinado a determinar os termos de atualização da regulamentação e valores da participação do Estado às entidades prestadoras da Rede, considerando as alterações legais introduzidas e tendo em conta o agravamento das despesas dessas entidades.”, determinação que não foi cumprida.
234. Em 2021, foi aprovada a [Portaria n.º 45/2021](#), de 24 de fevereiro, que prevê a revisão dos preços dois anos após a sua entrada em vigor¹³¹.
235. O [Compromisso de cooperação 2021-2022](#)¹³² prevê a elaboração, até ao final do primeiro semestre de 2022, de uma proposta de alteração do modelo de funcionamento e de financiamento da RNCCI. Para o efeito, seria constituído um grupo de trabalho com representantes do MTSSS, do MF, do MS e do setor social e solidário, que não chegou a ser constituído.
236. Perante a inexistência da proposta de alteração do modelo de funcionamento e financiamento da Rede, o [Compromisso de cooperação 2023-2024](#) previa a sua elaboração, agora até ao final do primeiro semestre de 2024, o que também não se verificou¹³³.
237. De salientar que a União das Misericórdias Portuguesas (UMP) tem alertado que a falta de um novo modelo de financiamento a curto prazo pode comprometer o alargamento da RNCCI previsto no âmbito da execução do PRR e provocar o encerramento de unidades em funcionamento por subfinanciamento¹³⁴.

¹²⁹ Inclui 3 entidades do SNS.

¹³⁰ N.º 2 do artigo 46.º, aditado pelo artigo 320.º da [Lei n.º 114/2017](#), de 29 de dezembro de 2017, lei que aprovou o Orçamento do Estado para 2018.

¹³¹ Artigo 9.º da [Portaria n.º 45/2021](#), de 24 de fevereiro, revisão que ficou suspensa em 2023, nos termos do artigo 3.º da [Portaria n.º 272/2022](#), de 10 de novembro.

¹³² Celebrado entre o Ministro da Educação, a Ministra do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, a Ministra da Saúde, o Presidente da União das Misericórdias Portuguesas, o Presidente da Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade, o Presidente da União das Mutualidades Portuguesas e o Presidente da Confederação Cooperativa Portuguesa.

¹³³ Em 7 de outubro de 2024, a DE-SNS informou não ter sido produzida qualquer proposta relacionada com o funcionamento e financiamento da RNCCI.

¹³⁴ Vide UMP - RNCCI | Manter uma UCC aberta é ‘exercício de coragem’.

238. De igual modo, a Associação Nacional dos Cuidados Continuados (ANCC) nota que *“Há um subfinanciamento grave das UCCL desde há vários anos, o qual se agravou ainda mais este ano [2022] por força da inflação em geral mas, sobretudo e em particular, pelo aumento exponencial dos custos com luz e gás (...)”*, suportando essa afirmação num estudo realizado pela Faculdade de Economia do Porto, cobrindo 20 instituições prestadoras, que teve como principal objetivo *“(...) determinar os custos reais de funcionamento das entidades prestadoras dos cuidados continuados, para as diferentes valências, por forma a aferir se o valor pago pelo Governo, por utente/dia, permite cobrir os custos incorridos pelas instituições prestadoras dos cuidados, sem considerar (...) qualquer margem de lucro para as entidades prestadoras.”*¹³⁵.
239. Nesse estudo conclui-se que *“(...) o valor pago pelo Estado é significativamente inferior aos custos unitários suportados pelas instituições prestadoras dos cuidados continuados, o que pode colocar em causa a qualidade desses serviços por parte de algumas instituições ou, inclusive, a própria sobrevivência, sendo recomendável rever o sistema de financiamento da rede, nomeadamente, no que respeita à participação do Estado.”*
240. A este respeito, note-se que as decisões de financiamento não devem limitar-se à cobertura dos gastos incorridos pelos prestadores. Pelo contrário, é necessário um modelo de financiamento que assegure que as decisões estão quantitativamente sustentadas em metodologias de custeio da responsabilidade do financiador público que potenciem a melhoria da qualidade dos serviços prestados, a implementação de práticas de gestão que promovam a adequada gestão de recursos, a eficiência funcional dos prestadores e, deste modo, a sua sustentabilidade financeira.

10.2. Sistemas contabilísticos dos prestadores

241. No diploma de criação da Rede ficou previsto que o financiamento seria revisto periodicamente para assegurar a sustentabilidade das unidades e a prestação de cuidados de qualidade (cfr. Pontos 6.4 e 10.1).
242. Contudo, não ficou acautelada a obrigatoriedade de apresentação de contas, por unidade e tipologia de resposta, pelas entidades a operar no âmbito da Rede, fonte de informação relevante para a revisão de preços.
243. Apenas a partir de 2022, os contratos-programa celebrados com as unidades prestadoras de cuidados continuados integrados, passaram a prever na cláusula relativa às “Obrigações da Instituição” a incumbência de:
- adotar sistema contabilístico que permita, com rigor e transparência, identificar as despesas efetuadas e pagas por conta das ações desenvolvidas;
 - colocar à disposição dos organismos nacionais com competências legalmente atribuídas ou de quem por estes for credenciado, todos os elementos relativos às componentes material, financeira e contabilística das ações, necessários ao acompanhamento, controlo e avaliação.
244. Sobre esta matéria, em 2024, a DE-SNS informou que *“As obrigações acima referidas destinam-se às instituições com respostas no âmbito da RNCCI por forma a garantirem uma contabilidade certificada, com o intuito de existir um maior rigor contabilístico/financeiro, na condição da mesma poder ser apresentada aos organismos competentes sempre que necessário. As Instituições que acumulam CCI e respostas sociais entregam as contas regularmente na segurança social, sendo possível analisar os respetivos movimentos contabilísticos.”*¹³⁶.

¹³⁵ Fonte: ofício da ANCC n.º 052/PDir/2022, de 27 de setembro de 2022.

¹³⁶ Fonte: ofício DE-SNS-09/2024, de 28 de março de 2024.



245. A este propósito, note-se que a referida entrega de contas respeita apenas a IPSS e que no âmbito da RNCCI também existem prestadores do setor privado.
246. Note-se, ainda, que a apresentação de contas das IPSS com fins de segurança social tem sido efetuada junto do ISS¹³⁷, na sequência de delegação de competências do membro do Governo responsável pela área da segurança social¹³⁸. Contudo, não foi acautelado, no âmbito da delegação de competências ao Conselho Diretivo do ISS, a apresentação das contas por parte das IPSS com fins de saúde. Assim, as IPSS, que têm como fins principais a saúde, não apresentaram as contas e, conseqüentemente, o MTSSS não dispõe de informação relativa ao seu desempenho económico-financeiro¹³⁹.
247. Acresce que a informação mais relevante para efeitos da revisão de preços e para o estudo do modelo de financiamento da RNCCI, bem como para aferir e comparar desempenhos entre unidades, não é a do desempenho económico-financeiro das instituições no seu global, mas a dos gastos e rendimentos por unidade e tipologia de resposta. No entanto, atualmente, no âmbito da apresentação das contas, de acordo com o Guia Prático – Orçamento e Contas de IPSS da segurança social¹⁴⁰, as IPSS, apenas têm de reportar essa informação (Mapa A – Demonstração dos Resultados por natureza – Respostas sociais por equipamento) para as respostas sociais, não se incluindo nestas os cuidados no âmbito da RNCCI¹⁴¹.
248. Ainda assim, 118 (60,5%) das 195 IPSS que integravam a Rede em 2022, apresentaram informação individualizada sobre gastos e rendimentos das tipologias da RNCCI¹⁴² e 35 apresentaram informação de forma agregada¹⁴³.
249. Com base nas contas dos prestadores que apresentaram informação individualizada por tipologia da Rede, calculou-se o custo utente/dia de cada UC, UMDR e ULDM e comparou-se com o preço em vigor na [Portaria n.º 272/2022](#), de 10 de novembro, de modo a apurar se os preços fixados para 2022 cobriam os gastos dessas unidades (Gráfico 21, Gráfico 22 e Gráfico 23).
250. Assim, para a tipologia UC examinou-se a informação de 9 unidades¹⁴⁴, em que os principais gastos totalizam cerca de 7,0 milhões de euros, dos quais 3,9 milhões de euros respeitantes a gastos com pessoal (55,8%), 2 milhões de euros de gastos com fornecimentos e serviços externos (28,3%), 582,2 mil euros de custo das matérias consumidas (8,4%), 440,6 mil euros de gastos de depreciação e de amortização (6,3%) e 77,9 mil euros de outros gastos (1,1%)¹⁴⁵.

¹³⁷ As IPSS com fins principais de segurança social, independentemente de terem ou não acordo de cooperação, já desde 2009 que prestam contas ao ISS, por via eletrónica, através da aplicação OCIP (Orçamentos e Contas das Instituições Particulares) da segurança social. De acordo com o previsto no artigo 14.º-A do [Decreto-Lei 119/83](#), 25 de fevereiro, na sua versão atual, as contas devem ser enviadas à tutela e publicitadas no sítio institucional eletrónico da instituição até 31 de maio do ano seguinte a que dizem respeito.

¹³⁸ N.º 2 e n.º 7 do Artigo 14-A do [Decreto-Lei 119/83](#), 25 de fevereiro, artigo aditado ao Estatuto das IPSS pelo [Decreto-lei n.º 172-A/2014](#), de 14 de novembro. [Despacho n.º 3.570/2017](#), de 30 de março, da Secretária de Estado da Segurança Social e [Despacho n.º 12.080/2023](#), de 17 de novembro, do Secretário de Estado da Segurança Social.

¹³⁹ No [Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social](#), artigo 1.º-A, estão previstos os domínios de atuação das IPSS, incluindo na alínea “g) Prevenção, promoção e proteção da saúde, nomeadamente através da prestação de cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação e assistência medicamentosa;” e na alínea “j) Outras respostas sociais não incluídas nas alíneas anteriores, desde que contribuam para a efetivação dos direitos sociais dos cidadãos.”.

¹⁴⁰ Manual de instruções e procedimentos para a apresentação de contas das IPSS ao ISS.

¹⁴¹ [Vide Nomenclaturas – Respostas Sociais da Direção-Geral da Segurança Social](#).

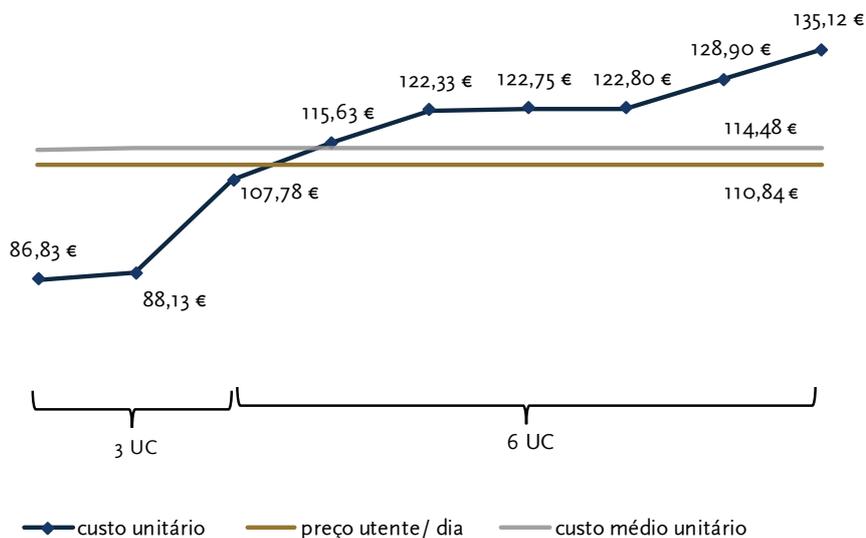
¹⁴² Das 195 IPSS que integravam a Rede em 2022, apresentaram contas ao ISS 181 (92,8%). Destas, 28 não apresentaram qualquer informação sobre as unidades da Rede.

¹⁴³ Apresentaram informação agregada para mais do que uma tipologia da Rede.

¹⁴⁴ Em 2022, existiam 29 unidades de convalescença do setor social.

¹⁴⁵ Inclui outros gastos e gastos de financiamento.

Gráfico 21– Custos utente/dia, UC (2022)



Fonte: elaboração própria a partir de informação extraída do OCIP e Relatório 006.01 Taxa de ocupação 2022, coluna “diárias para taxa”.

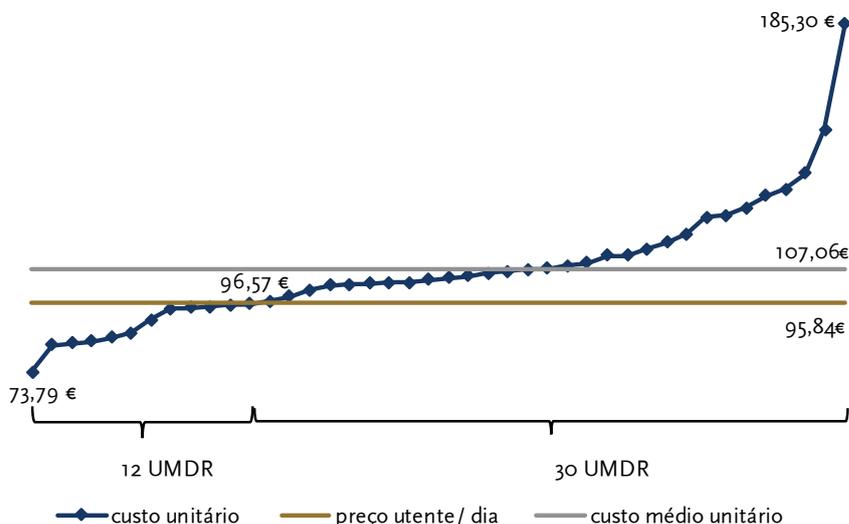
Legenda: OCIP – aplicação informática da segurança social para submissão dos orçamentos e contas das IPSS; UC: Unidade de convalescença.

Nota: o preço fixado pela [Portaria n.º 272/2022](#), de 10 de novembro, para a diária de internamento em UC é de 110,84 €.

251. Da análise efetuada verificou-se que 3 unidades exibem um custo utente/dia (custo unitário) inferior ao preço instituído (110,84 €) enquanto 6 unidades apresentam um custo unitário superior, variando entre os 115,63 € e os 135,12 €, resultando num custo utente/dia médio de 114,48 € (Gráfico 21).
252. Relativamente à tipologia UMDR foi considerada a informação de 42 unidades¹⁴⁶, cujos principais gastos totalizam cerca de 38,0 milhões de euros, dos quais 22,5 milhões de euros relativos a gastos com pessoal (59,2%), 9,4 milhões de euros de gastos com fornecimentos e serviços externos (FSE) (24,8%), 3,7 milhões de euros de custo das matérias consumidas (9,6%), 1,8 milhões de euros de gastos de depreciação e de amortização (4,7%) e 636,7 mil euros de outros gastos (1,7%).
253. O exame realizado revelou que 12 unidades (28,6%) apresentam um custo utente/dia inferior ao preço estabelecido (95,84 €). Por sua vez, 30 unidades (71,4%) evidenciam um custo unitário superior, com variações entre 96,57 € e 185,30 €, sendo o custo médio unitário de 107,06 € (Gráfico 22).

¹⁴⁶ Em 2022, existiam 103 UMDR do setor social.

Gráfico 22– Custos utente/dia, UMDR (2022)



Fonte: Elaboração própria a partir de informação extraída do OCIP e Relatório 006.01 Taxa de ocupação 2022, coluna “diárias para taxa”.

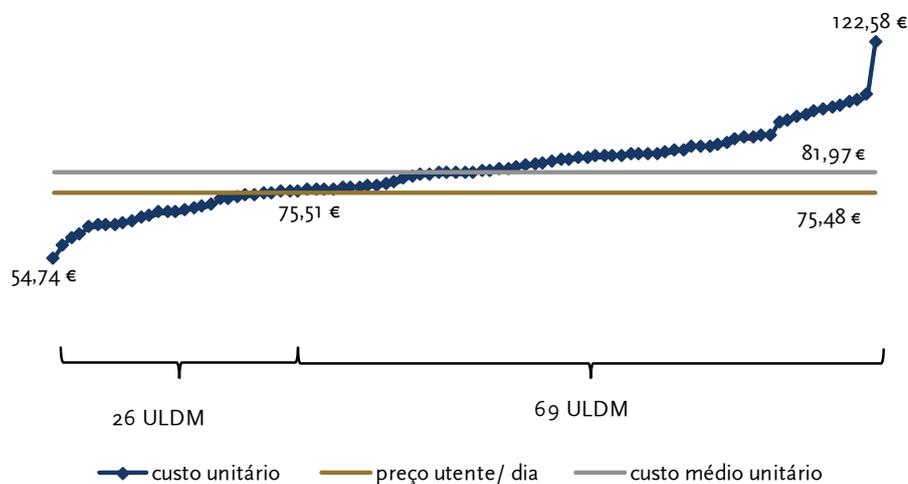
Legenda: OCIP – aplicação informática da segurança social para submissão dos orçamentos e contas das IPSS; UMDR: Unidade de Média Duração e Reabilitação.

Nota: o preço fixado pela [Portaria n.º 272/2022](#), de 10 de novembro, para a diária de internamento em UMDR é de 95,84 €.

254. Para a tipologia ULDM¹⁴⁷ foi considerada a informação de 95 unidades, cujos principais gastos totalizam 72,6 milhões de euros, dos quais 42,1 milhões de euros de gastos relativos a gastos com pessoal (58,0%), 17,7 milhões de euros de gastos com FSE (24,3%), 7,2 milhões de euros de custo das matérias consumidas (10,0%), 4,1 milhões de euros de gastos de depreciação e de amortização (5,7%) e 1,5 milhões euros de outros gastos (2,0%).
255. Examinados os resultados, verificou-se que 26 unidades (27,4%) apresentam um custo utente/dia inferior ao preço estabelecido (75,48 €). Por sua vez, 69 unidades (72,6%) apresentam um custo unitário superior, variando entre 75,51 € e 122,58 €, sendo o custo médio de 81,97 € (Gráfico 23).

¹⁴⁷ Em 2022, existiam 155 ULDM do setor social.

Gráfico 23– Custos utente/dia, ULDM (2022)



Fonte: elaboração própria a partir de informação extraída do OCIP e Relatório 006.01 Taxa de ocupação 2022, coluna “diárias para taxa”.

Legenda: OCIP – aplicação informática da segurança social para submissão dos orçamentos e contas das IPSS; ULDM: Unidade de Longa Duração e Manutenção.

Nota: O preço fixado pela [Portaria n.º 272/2022](#), de 10 de novembro, para a diária de internamento em ULDM é de 75,48 €.

256. Saliente-se que a limitação da informação disponível, a variação observada nos resultados, bem como o facto de a Rede ser constituída por estabelecimentos de entidades do setor público, do setor privado e do setor social, com especificidades próprias¹⁴⁸, reforça a necessidade da disponibilidade de informação completa e fíável sobre o desempenho económico-financeiro de todas as unidades da rede.

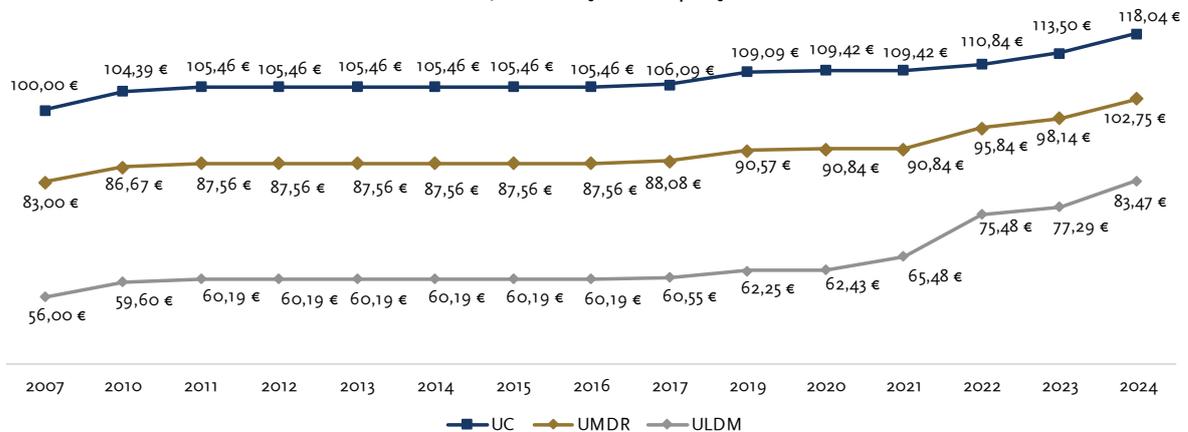
10.3. Evolução dos preços

257. Entre 2007 e 2024, os preços das diárias de internamento nas unidades da RG aumentaram 18,0% (18,04 €) quanto às UC, 23,8% (19,75 €) no que respeita às UMDR e 49,1% (27,47 €) para as ULDM (Gráfico 24)¹⁴⁹.

¹⁴⁸ E.g.: as entidades do setor social gozam de um conjunto de benefícios fiscais.

¹⁴⁹ No período compreendido entre 2017 e 2023 os preços das diárias de internamento nas unidades da RG aumentaram 7,0% quanto às unidades de convalescença, 11,4% no que respeita às UMDR e 27,7% para as ULDM.

Gráfico 24 – Evolução dos preços, RG



Fonte: quadro legal aplicável.

Legenda: RG: Rede Geral; UC: Unidade de convalescença; UMDR: Unidade de Média Duração e Reabilitação; ULDM: Unidade de Longa Duração e Manutenção.

Notas: (1) o gráfico não inclui os preços dos cuidados de saúde e de apoio social a prestar pelas unidades de internamento e de ambulatório, no âmbito das experiências-piloto, definidos pela [Portaria n.º 994/2006](#), de 19 de setembro; (2) incluiu-se em 2007 o valor das comparticipações dos encargos com medicamentos, realização de exames auxiliares de diagnóstico e apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão, fixadas pela [Portaria n.º 189/2008](#), de 19 de fevereiro, que produziu efeitos a 01/07/2007, tal como os preços estabelecidos pela [Portaria n.º 1087-A/2007](#), de 5 de setembro; (3) incluiu-se em 2010, o preço fixado pelo [Despacho n.º 12082/2010](#), de 20 de julho, para cobrir os encargos decorrentes da utilização de fraldas, que produziu efeitos a partir de 01/06/2010; (4) os preços fixados para 2017 só produziram efeitos a 01/12/2017 e mantiveram-se para 2018; (5) incluiu-se em 2021 a atualização dos preços para as ULDM, fixada pela [Portaria n.º 140/2021](#), de 8 de julho, que produziu efeitos a 01/07/2021.

258. Sobre a evolução dos preços na RG observa-se, em síntese, que:

- ocorreram atualizações dos preços em 2010 e 2011¹⁵⁰, mecanismo que ficou suspenso nos anos de 2012 a 2016, face à conjuntura económica do país nesses anos¹⁵¹;
- no Compromisso de Cooperação para o Setor Social e Solidário, biénio 2017-2018, foi estabelecido para 2017, uma atualização “(...) *dos preços dos cuidados de saúde e de apoio social, em 0,6% (...)*”. Esta atualização produziu efeitos em dezembro de 2017¹⁵², contrariando o modelo de financiamento da RNCCI que previa que as atualizações de preços ocorressem no início de cada ano civil¹⁵³;
- a atualização “(...) *dos preços dos cuidados de saúde e de apoio social de 2,2%, face aos preços definidos na Portaria n.º 353/2017, de 16 de novembro.*”, fixada em Adenda ao Compromisso de Cooperação para o Setor Social e Solidário, biénio 2017-2018, não foi realizada;
- apenas em 2019, com a atualização fixada pela [Portaria n.º 17/2019](#), de 15 de janeiro, se procedeu à atualização dos preços, “(...) *em conformidade com o disposto no n.º 6 da Portaria n.º 1087 -A/2007, de 5 de setembro, na sua redação atual, refletindo desde 1 de janeiro de 2019, os preços que resultam diretamente da aplicação da variação média do índice de preços no consumidor em cada um dos últimos quatro anos, ou seja, entre 2016 e 2019, repondo-se assim a normalidade no que se refere à atualização determinada por aplicação do índice de preços no consumidor.*”. Contudo, os preços fixados no anexo à referida portaria refletem uma atualização na ordem dos 2,83%, à exceção da comparticipação nos encargos com a utilização de fraldas que aumentaram 2,7%, e não de

¹⁵⁰ Portaria n.º 326/2010, de 16 de junho e Portaria n.º 220/2011, de 1 de junho.

¹⁵¹ Portaria n.º 41/2013, de 1 de fevereiro, Portaria n.º 360/2013, de 16 de dezembro, Portaria n.º 184/2015, de 23 de junho e Portaria n.º 262/2015, de 28 de agosto.

¹⁵² Portaria n.º 353/2017, de 16 de novembro.

¹⁵³ N.º 6 da Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de setembro.

- 3,3%, que seria a taxa que resultaria da aplicação da variação média do índice de preços no consumidor em cada um dos últimos quatro anos, ou seja, entre 2016 e 2019¹⁵⁴;
- em 2020, foram atualizados os preços dos cuidados de saúde e de apoio social prestados nas unidades de internamento e de ambulatório, atendendo à variação do índice de preços no consumidor de 2019¹⁵⁵;
 - em 2021, procurando reunir num único diploma a regulamentação sobre esta matéria, foi publicado o regime de definição de preços e de responsabilidades na repartição e assunção dos encargos pelas diferentes entidades envolvidas e fixados os respetivos preços dos cuidados de saúde e de apoio social prestados nas unidades e equipas da Rede, mantendo os preços fixados em 2020 para a RG e procedendo a uma atualização extraordinária de 3,3% nos preços para as unidades e equipas da saúde mental, calculada com base no IPC acumulado desde 2016¹⁵⁶;
 - ainda em 2021 houve um aumento extraordinário de 6% dos preços aplicáveis às ULDM, com vista a ajustar os preços aos custos de funcionamento destas respostas, embora esse aumento apenas tenha incidido sobre as componentes de cuidados de saúde e de apoio social e produzido efeitos a 1 de julho de 2021¹⁵⁷;
 - em 2022, houve uma atualização de preços, com base no IPC de 2021 (1,3%)¹⁵⁸, um aumento extraordinário dos preços aplicáveis às UMDR e às ULDM, tendo em vista o reforço da sustentabilidade destas unidades e ainda um alargamento do pagamento às ULDM, dos encargos com o tratamento das úlceras de pressão aos utentes referenciados pelos cuidados de saúde primários, resultando num aumento global de preços de 5,5% para as UMDR e de 15,3% para as ULDM;
 - em 2024, foram publicadas duas tabelas de preços, uma com efeitos a 01/01/2023, atualizando os preços em 2,4%, de modo a minimizar as dificuldades financeiras das entidades parceiras da Rede, agravadas pela pandemia de COVID-19 e pelo aumento da inflação decorrente da invasão da Ucrânia pela Rússia¹⁵⁹. A segunda tabela de preços, com efeitos a 01/01/2024, atualizando os preços em 4% para as UC, 4,7% para as UMDR e de 8% para as ULDM¹⁶⁰, considerando a evolução do valor da retribuição mínima mensal garantida e do índice harmonizado de preços no consumidor. Note-se, porém, que a atualização dos preços para 2023 só foi publicada em 29 de fevereiro de 2024, pela [Portaria n.º 74/2024](#), de 29 de fevereiro, após a aprovação da tabela de preços para 2024, pela [Portaria n.º 47/2024](#), de 9 de fevereiro, que, entretanto, foi alterada, por forma a dar cumprimento ao estabelecido no Compromisso de Cooperação para o biénio 2023-2024, para o Setor Social e Solidário que previa que *“De modo a minimizar as dificuldades financeiras das entidades parceiras da RNCCI, agravada pela pandemia COVID-19 e pelo aumento da inflação decorrente da invasão da Ucrânia pela Rússia, deverá ser emitida uma portaria para atualização dos preços das várias tipologias, em concreto para as unidades de convalescença e de cuidados paliativos, unidades de média duração e reabilitação e unidades de longa duração e manutenção, cujos valores são definidos até final de 2023.”*¹⁶¹.

No âmbito do contraditório, o Presidente da ANCC vem esclarecer que tanto a formação como

¹⁵⁴ 2016: 0,6%, 2017: 1,4%, 2018: 1,0%, 2019: 0,3%. Salienta-se que na portaria que fixa os preços para 2019 não poderia ter sido considerado o IPC relativo a 2019, porque à data não era conhecido, logo entre 2016 e 2018 a variação média do IPC era de 3%. Aliás, a [Portaria n.º 17/2020](#), de 24 de janeiro, vem atualizar os preços para 2020, com base na variação média do IPC de 2019.

¹⁵⁵ [Portaria n.º 17/2020](#), de 24 de janeiro.

¹⁵⁶ [Portaria n.º 45/2021](#), de 24 de fevereiro.

¹⁵⁷ [Portaria n.º 140/2021](#), de 8 de julho que procede à 1.ª alteração à [Portaria n.º 45/2021](#), de 24 de fevereiro.

¹⁵⁸ [Portaria n.º 272/2022](#), de 10 de novembro, que procede à 2.ª alteração à [Portaria n.º 45/2021](#), de 24 de fevereiro.

¹⁵⁹ Na sequência do estabelecido no Compromisso de Cooperação para o biénio 2023 -2024, para o Setor Social e Solidário.

¹⁶⁰ [Portaria n.º 74/2024](#), de 29 de fevereiro, que procede à quarta alteração à [Portaria n.º 45/2021](#), de 24 de fevereiro. O IPC de 2023 que devia servir de referência aos aumentos para 2024 foi de 4,3%.

¹⁶¹ A [Portaria n.º 47/2024](#), de 9 de fevereiro, que procede à terceira alteração à [Portaria n.º 45/2021](#), de 24 de fevereiro, foi revogada pela [Portaria n.º 74/2024](#), de 29 de fevereiro, que fixa os preços para 2023 e 2024.

a atualização de preços “(...) nunca levou em consideração a subida acentuada do salário mínimo nacional (...)”, nem “(...) a subida dos salários em geral.”, motivo pelo qual, não foi “(...) possível do ponto de vista financeiro aumentar salários, para além do salário Mínimo. Este facto tem provocado uma debandada de profissionais de saúde e um desfalque nas equipas, prejudicando o funcionamento e a qualidade do serviço prestado aos utentes.”.

259. Se, tal como previsto na Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de setembro e na Portaria n.º 45/2021, de 24 de fevereiro¹⁶², os preços tivessem sido atualizados no início de cada ano civil, mediante a aplicação do coeficiente resultante da variação média do índice de preços no consumidor, correspondente aos últimos 12 meses para os quais existam valores disponíveis, a evolução dos preços teria sido a que consta do Gráfico 25, Gráfico 26 e Gráfico 27, sem prejuízo das revisões de preços que também poderiam ter ocorrido¹⁶³.

Gráfico 25 – Evolução dos preços, UC

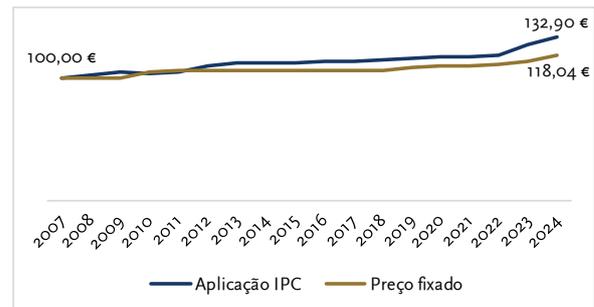


Gráfico 26 – Evolução dos preços, UMDR

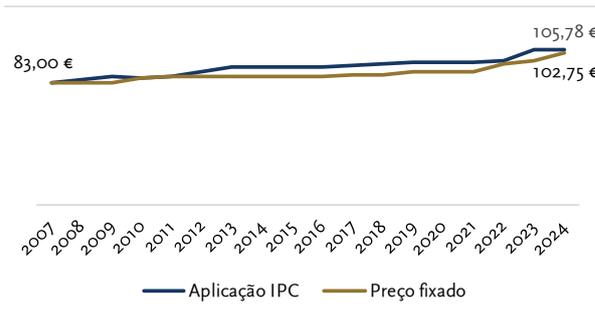
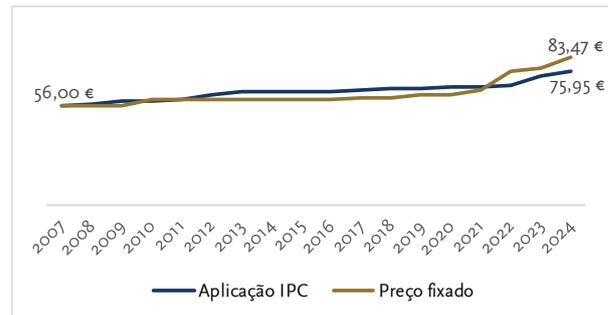


Gráfico 27 – Evolução dos preços, ULDM



Fonte: quadro legal aplicável.

Legenda: IPC – índice de preços ao consumidor; UC: Unidades de Convalescença; UMDR: Unidade de Média Duração e Reabilitação; ULDM: Unidade de Longa Duração e Reabilitação.

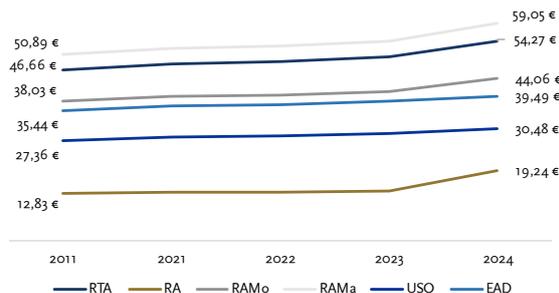
260. O facto de os preços não evoluírem de acordo com o previsto constitui um risco acrescido não só para a sustentabilidade das unidades, mas também para o alargamento da Rede, mais premente tendo em conta o progressivo envelhecimento populacional.
261. Assinale-se, ainda, os constrangimentos decorrentes da atribuição de efeitos retroativos à atualização de preços, designadamente ao nível da gestão de tesouraria das unidades, bem como ao nível do acréscimo de trabalho que daí decorre, quer para os prestadores, quer para as ARS/ACSS e para o ISS, com os acertos de contas. Acresce que, existindo encargos com cuidados de apoio social (UMDR e ULDM), é a segurança social (ISS) que suporta o pagamento dos encargos resultantes do diferencial de preços, mesmo nos casos em que os utentes não beneficiam de qualquer comparticipação.
262. Na saúde mental, ao nível das unidades e equipas de adultos os preços variaram entre os 11,4% nas USO e nas Equipas Apoio Domiciliário (EAD) e os 50% nas residências autónomas. Nas unidades e equipas da infância e adolescência, os preços variaram entre os 11,3% nas residências

¹⁶²N.º 6 da Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de setembro, que esteve em vigor até 31/12/2020, e n.º 1 do artigo 9.º da Portaria n.º 45/2021, de 24 de fevereiro, que mantém a redação.

¹⁶³N.º 7 da Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de setembro, que esteve em vigor até 31/12/2020 e n.º 2 do artigo 9.º da Portaria n.º 45/2021, de 24 de fevereiro.

de apoio máximo e os 11,5% nas unidades sócio-ocupacionais (Gráfico 28 e Gráfico 29).

Gráfico 28 – Evolução dos preços, CCISM, adultos

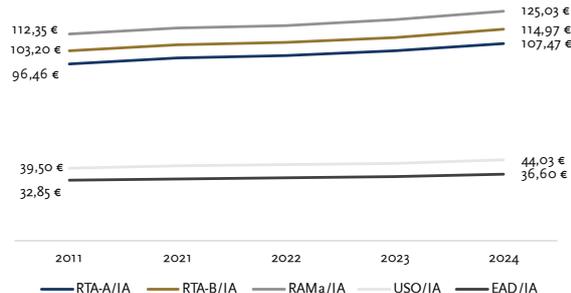


Fonte: quadro legal aplicável.

Legenda: RTA: Residência de Treino de autonomia; RA: Residência Autônoma; RAMo: Residência de Apoio Moderado; RAMa: Residência de Apoio Máximo; USO: Unidade Sócio-ocupacional; EAD: Equipas de Apoio Domiciliário.

Nota: a tabela de preços fixada para 2011 corresponde à tabela aplicada às experiências-piloto (2017).

Gráfico 29 – Evolução dos preços, CCISM, infância e adolescência



Fonte: quadro legal aplicável.

Legenda: RTA-A/IA: Residência de Treino de autonomia – Tipo A – Infância e Adolescência; RTA-B/IA: Residência de Treino de autonomia – Tipo B – Infância e Adolescência; RAMa/IA: Residência de Apoio Máximo para a Infância e Adolescência; USO/IA: Unidade Sócio-ocupacional para a Infância e Adolescência; EAD/IA: Equipas de Apoio Domiciliário para a Infância e Adolescência.

Nota: a tabela de preços fixada para 2011 corresponde à tabela aplicada às experiências-piloto (2017).

263. Os preços para os cuidados de saúde prestados na área da pediatria, constantes da [Portaria n.º 176/2016](#), de 23 de junho, nunca foram atualizados (utente/dia nas UCIP-1, 161,33 € e UAP 46,44 €).

11. Execução financeira

264. Os gastos com a RNCCI são suportados pelo MS e MTSSS (financiamento público) e pelos utentes e famílias (financiamento privado). O financiamento público assegura o pagamento dos gastos com os prestadores de cuidados, exceto quanto à componente de cuidados de apoio social paga pelos utentes, as ECCI, a estrutura da Rede, designadamente com a CNCRNCCI, as ECR e as ECL; equipas referenciadoras dos ACES e EGAS¹⁶⁴, o transporte de doentes e os apoios ao investimento¹⁶⁵. O financiamento privado respeita a cuidados de apoio social pagos pelos utentes aos prestadores¹⁶⁶.
265. Contudo, os relatórios de monitorização da RNCCI apenas evidenciam a despesa pública, não existindo dados quantitativos sobre a despesa privada. Acresce que a informação relativa à despesa pública é apresentada de forma incompleta, dado que não considera a despesa com as ECCI, com a estrutura da Rede e com as equipas referenciadoras dos ACES e EGAS, não tendo sido possível quantificar em que montante, dada a inexistência de procedimentos de recolha,

¹⁶⁴ Nestes casos deve ser considerado um custo proporcional ao tempo utilizado na referênciação para a Rede.

¹⁶⁵ *E.g.*: Programa Modular e PRR.

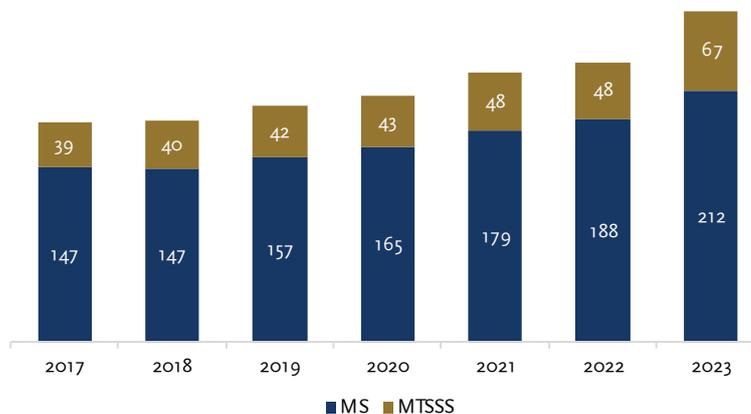
¹⁶⁶ Cuidados de apoio social que não são, no todo ou em parte, comparticipados pela segurança social, considerando o rendimento *per capita* do agregado familiar.



tratamento e monitorização dessa informação. De salientar ainda que os relatórios de monitorização da Rede foram elaborados pela ACSS, sem intervenção, quer das ECR, quer da CNCRNCCI, embora esteja previsto nas competências desta Comissão “(...) *apresentar semestralmente relatórios de acompanhamento da Rede.*”¹⁶⁷.

266. De acordo com os relatórios de monitorização, a despesa pública com a Rede, suportada na maioria pelo MS (em média, cerca de 78,5%), aumentou progressivamente ao longo do período 2017 a 2023. Em 2023, a despesa ascendeu a 279 milhões de euros, um aumento de cerca de 50,2% (93,2 milhões de euros) face a 2017 (185,8 milhões de euros) e de 18,2% (43 milhões de euros face a 2022 (Gráfico 30), justificado, sobretudo, pelo efeito conjugado do aumento da atividade (diárias de internamento) de 13,9% (cfr. Ponto 9.1) e dos preços das diárias de internamento (na RG, de 7,0% quanto às unidades de convalescença, 11,4% no que respeita às UMDR e 27,7% para as ULDM, cfr. Ponto 10.3).

Gráfico 30 – Evolução da despesa paga no âmbito da RNCCI



Fonte: relatórios de monitorização da RNCCI – 2017 a 2023.
 Legenda: MS: Ministério da Saúde; MTSSS: Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social.
 Nota: em milhões de euros.

267. Por tipologia, verifica-se que as ULDM e as UMDR apresentam o maior peso, 41,1% e 38,7%, respetivamente, no total da despesa da Rede (Quadro 37).

¹⁶⁷ N.º 3 da alínea r) do [Despacho n.º 176-D/2019](#), de 2 de janeiro de 2020, do Ministro do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e da Ministra da Saúde.

Quadro 37 – Evolução da despesa paga por tipologia

Unidade: euro

Tipologias	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Rede Geral	181 451 795,42	180 337 548,00	191 781 046,21	204 355 427,78	223 165 167,60	231 587 325,37	274 002 279,06	1 486 680 589,44
UC	35 813 252,99	30 463 203,68	33 830 968,55	37 317 147,88	41 577 809,07	47 435 785,25	47 173 038,60	273 611 206,02
UMDR	73 591 397,96	72 636 663,20	77 526 115,99	82 050 415,64	90 541 922,65	90 480 497,06	101 002 015,33	587 829 027,83
ULDM	72 047 144,47	77 237 681,12	80 423 961,67	84 987 864,26	91 045 435,88	93 671 043,06	125 827 225,13	625 240 355,59
Saúde Mental	19 586,56	1 355 404,78	2 152 397,54	2 243 924,23	2 599 752,06	3 367 919,24	3 845 383,49	15 584 367,90
RAMa	0,00	576 037,47	775 496,56	796 679,87	853 326,43	1 126 440,60	1 129 377,65	5 257 358,58
RAMo	0,00	132 885,01	235 309,73	210 521,02	202 565,54	402 990,36	495 302,53	1 679 574,19
RTA	10 313,40	238 490,39	280 734,16	309 243,08	280 616,19	347 425,56	491 576,69	1 958 399,47
RTA-A/IA	0,00	132 232,58	251 397,97	193 095,88	211 991,65	248 555,44	294 742,98	1 332 016,50
RA	2,90	60 997,96	80 070,35	72 865,13	84 284,35	77 241,90	70 294,33	445 756,92
EAD	679,22	28 026,45	162 643,50	107 581,03	147 097,55	261 813,56	406 841,69	1 114 683,00
EAD/IA	0,00	0,00	0,00	383,52	4 757,34	4 670,70	0,00	9 811,56
USO	8 591,04	126 000,41	301 308,10	475 610,68	658 332,35	750 596,49	773 611,05	3 094 250,12
USO/IA	0,00	38 570,84	26 246,75	23 263,52	49 620,13	69 453,66	71 514,62	278 669,52
Valor adicional ¹	0,00	9 918,27	24 890,42	32 040,91	72 148,60	57 580,97	71 434,95	268 014,12
Rendas ²	0,00	12 245,40	14 300,00	22 639,59	34 811,93	21 150,00	40 687,00	145 833,92
Cuidados Pediátricos	620 762,82	694 923,46	724 534,89	961 539,14	1 054 538,97	1 040 000,14	1 063 142,90	6 159 442,32
UCIP-1	544 972,74	588 854,50	619 023,21	897 962,78	996 535,41	987 662,26	1 001 052,60	5 636 063,50
UAP	75 790,08	106 068,96	105 511,68	63 576,36	58 003,56	52 337,88	62 090,30	523 378,82
Outros³	3 684 445,14	4 169 757,09	4 052 924,31	114 741,11	41 390,55	47 480,45	138 478,40	12 249 217,05
Transporte de doentes	30 470,86	43 573,00	39 231,46	42 262,63	41 390,55	47 480,45	138 478,40	382 887,35
Subs. ao investimento	94 529,10	479 945,53	100 000,00	14 250,00	0,00	0,00	0,00	688 724,63
Anos anteriores	3 559 445,18	3 646 238,56	3 913 692,85	58 228,48	0,00	0,00	0,00	11 177 605,07
Total	185 776 589,94	186 557 633,33	198 710 902,95	207 675 632,26	226 860 849,18	236 042 725,20	279 049 283,85	1 520 673 616,71

Fonte: relatórios de monitorização da RNCCI – 2017 a 2023.

Legenda: UC: Unidades de Convalescença; UMDR: Unidade de Média Duração e Reabilitação; ULDM: Unidade de Longa Duração e Reabilitação; RAMa: Residência de Apoio Máximo; RAMo: Residência de Apoio Moderado; RTA: Residência de Treino de autonomia; RTA-A/IA: Residência de Treino de autonomia – Tipo A – Infância e Adolescência; RA: Residência Autónoma; EAD: Equipa de Apoio Domiciliário; EAD/IA: Equipa de Apoio Domiciliário – Infância e Adolescência; USO: Unidade Sócio-ocupacional; USO/IA: Unidade Sócio-ocupacional para a Infância e Adolescência; UCIP-1: Unidade de Cuidados Integrados Pediátricos Nível 1; UAP: Unidade de Ambulatório Pediátrica.

Notas: (1) valor adicional pago pelo ISS que não foi possível imputar às tipologias; (2) inclui o montante relativo a rendas pago pelo ISS e Administração Regional de Saúde do Norte (ARS Norte), apenas 2023; (3) inclui as despesas com transporte de doentes suportadas pela ARS Alentejo e ARS Algarve entre 2017 e 2023 e pela ARS Centro em 2017, 2018 e 2023, os subsídios ao investimento atribuídos pela ARS Norte entre 2017 e 2020 e a despesa de anos anteriores não imputada às tipologias pelo ISS.

11.1. Componente pública

11.1.1. Ministério da Saúde

268. Entre 2017 e 2023, de acordo com os relatórios de monitorização da Rede, a despesa do MS ascendeu a 1.193,5 milhões de euros¹⁶⁸, financiada em 38,3% (456,5 milhões de euros) por verbas recebidas da SCML, provenientes da distribuição dos resultados líquidos da exploração dos jogos sociais. As regiões Norte e Centro representam cerca de 60% (717,2 milhões de euros) da despesa (Quadro 38).

¹⁶⁸ Como antes referido, a despesa está subavaliada em montante que não foi possível quantificar, dado que não considera todas as despesas com a Rede (e.g. despesa com as ECCI e com a estrutura da Rede).

Quadro 38 – Evolução da despesa paga por região

Unidade: euro

Ano	Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve	Total	Δ Anual
2017	43 470 587,00	46 178 947,29	34 818 375,00	13 555 737,79	9 006 951,15	147 030 598,23	8,1%
2018	45 157 611,12	40 887 552,60	38 679 755,25	13 448 558,20	8 534 872,25	146 708 349,42	-0,2%
2019	48 841 747,24	43 636 232,58	40 628 546,16	14 270 645,98	9 125 713,00	156 502 884,96	6,7%
2020	51 161 792,56	45 782 059,00	44 146 241,15	14 600 304,68	8 906 610,49	164 597 007,88	5,2%
2021	56 687 021,19	51 704 947,69	45 927 109,86	15 343 067,92	9 155 363,22	178 817 509,88	8,6%
2022	60 941 589,92	53 352 191,94	45 310 145,18	16 011 473,03	12 366 031,34	187 981 431,41	5,1%
2023	68 439 028,40	60 999 050,70	53 003 283,00	18 092 254,60	11 352 068,70	211 885 685,40	12,7%
Total	374 699 377,43	342 540 981,80	302 513 455,60	105 322 042,20	68 447 610,15	1 193 523 467,18	
Peso	31,4%	28,7%	25,3%	8,8%	5,7%	100,0%	

Fonte: relatórios de monitorização da RNCCI – 2017 a 2023.

Nota: inclui os gastos com transporte de doentes suportados pela ARS Alentejo e ARS Algarve entre 2017 e 2023 e pela ARS Centro em 2017, 2018 e 2023, bem como os subsídios ao investimento atribuídos pela ARS Norte entre 2017 e 2020.

269. Note-se que, desde 2017, na sequência da criação da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), os relatórios de monitorização da RNCCI não incluem dados assistenciais e financeiros relativos a unidades de cuidados paliativos¹⁶⁹. Contudo, a referenciação de utentes e os procedimentos relativos a situações de prorrogação de internamentos, mobilidade e alta nestas unidades continuam a ser feitos através da aplicação informática da RNCCI e a serem utilizadas as estruturas da RNCCI, como sejam as ECL e as ECR¹⁷⁰, pelo que parte das correspondentes despesas são imputáveis à RNCP.

270. Note-se, ainda, a falta de uniformização no reporte da despesa com o transporte de doentes. Efetivamente, apesar de as cinco ARS incorrerem em gastos com o transporte de doentes no âmbito da Rede, nos relatórios de monitorização de 2017 a 2023 apenas foi incluída a despesa realizada pela ARS Centro (em 2017, 2018 e 2023), ARS Alentejo e ARS Algarve. Questionadas sobre o observado, a ARS Centro informou que entre 2019 e 2022 gastou 160.517,40 € em transporte de doentes, que a crescer aos montantes divulgados para 2017, 2018 e 2023, perfaz um total de 268.117,61 € e a ARSLVT informou que gastou 373.252,88 €¹⁷¹. Por sua vez, a ARS Norte referiu que não dispõe dessa informação.

271. Do cruzamento da despesa reportada nos relatórios de monitorização da Rede com os montantes reconhecidos nas contas das ARS resultam as divergências refletidas no Quadro 39, destacando-se o ano de 2017, com uma divergência de 1 milhão de euros e o de 2022 com 898,1 mil euros, justificadas pelas ARS como erros no reporte de informação para efeitos de elaboração dos relatórios.

¹⁶⁹ A Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro, cria a RNCP, embora a regulamentação sobre a admissão dos doentes, os recursos humanos, bem como as condições e requisitos de construção e segurança das instalações de cuidados paliativos só tenha ocorrido através do Portaria n.º 340/2015, de 8 de outubro. Nesse ano, as unidades de cuidados paliativos, em funcionamento nas instituições hospitalares públicas, criadas ao abrigo do decreto-lei n.º 101/2006, de 6 de junho, passam a integrar a RNCP, "(...) passando a funcionar como unidades de cuidados paliativos hospitalares, de forma a assegurar o acompanhamento das situações paliativas mais complexas e a continuidade de cuidados de que o doente necessita". Por outro lado, as unidades de cuidados paliativos do setor social ou privado, também criadas ao abrigo do referido diploma, passaram a designar-se por UCP-RNCCI, integrando também a RNCP.

¹⁷⁰ Circular Normativa n.º 8/2017/CNCP/ACSS, de 19 de abril de 2017.

¹⁷¹ Este montante respeita ao período 2017 a 2022.

Quadro 39 – Conciliação da despesa paga por região

Unidade: euro

Anos	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Pagamentos	147 951 085,32	146 289 561,61	156 380 714,09	164 506 333,98	178 675 704,82	187 035 879,32
Relatórios de monitorização	146 905 598,27	146 184 830,89	156 363 653,50	164 543 495,25	178 776 119,33	187 933 950,96
Diferença	1 045 487,05	1 04 730,72	17 060,59	-37 161,27	-100 414,51	-898 071,64
Norte	0,00	0,00	-4 225,20	0,00	0,00	0,00
Centro	182 367,15	104 449,79	0,04	0,00	0,00	851 517,68
Lisboa e Vale do Tejo	558 050,46	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Alentejo	57 285,03	280,93	21 285,75	-34 161,27	-103 414,51	-125 269,73
Algarve	247 784,41	0,00	0,00	-3 000,00	3 000,00	-1 624 319,59

Fonte: relatórios de monitorização da Rede e informação financeira fornecida pelas ARS.

Notas: (1) ARSLVT em 2017: a divergência de 558.050,46 € resulta da troca de montante entre tipologias, inicialmente imputado às UCP; (2) não inclui os pagamentos divulgados no relatório de monitorização sobre transporte de doentes, nem inclui pagamentos aos prestadores com unidades de cuidados paliativos (UCP-RNCCI).

272. Com base na informação do Centro de Controlo e Monitorização do Serviço Nacional de Saúde (CCM-SNS), apurou-se que os gastos com os prestadores no período 2017-2023 ascenderam a 1.196,4 milhões de euros¹⁷². De salientar que, em 2023, existem cerca de 36,2 milhões de euros que não foram imputados às ARS, uma vez que os respetivos contratos foram já celebrados pela ACSS¹⁷³.

Quadro 40 – Faturação conferida por região

Unidade: euro

Ano	Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve	Gastos não imputados (ACSS)	Total	Δ Anual
2017	40 094 438,02	40 365 373,69	35 892 522,40	13 713 205,77	9 173 464,77	-	139 239 004,65	-
2018	44 810 401,87	41 623 708,76	38 806 645,38	13 694 115,30	9 452 707,62	-	148 387 578,93	6,6%
2019	50 245 842,08	45 124 303,11	41 355 040,79	14 923 795,44	9 868 769,01	-	161 517 750,43	8,8%
2020	52 212 210,84	46 812 686,05	44 411 431,73	15 044 191,54	9 791 502,54	-	168 272 022,70	4,2%
2021	57 662 651,21	53 028 140,21	46 027 054,64	15 262 150,64	9 760 585,63	-	181 740 582,33	8,0%
2022	64 044 543,54	57 139 320,27	49 029 262,85	17 042 552,48	10 556 653,13	-	197 812 332,27	8,8%
2023	44 220 404,24	51 551 233,79	40 410 272,48	16 426 146,69	10 597 826,33	36 226 304,82	199 432 188,35	0,8%
Total	353 290 491,80	335 644 765,88	295 932 230,27	106 106 157,86	69 201 509,03	36 226 304,82	1 196 401 459,66	
Peso	29,5%	28,1%	24,7%	8,9%	5,8%	3,0%	100,0%	

Fonte: faturação conferida pelo CCM-SNS, ficheiros fornecidos pela SPMS.

Critério: ano a que respeita a faturação a cada ARS.

Notas: (1) não inclui gastos com o transporte de doentes nem gastos com as unidades de cuidados paliativos (UCP-RNCCI); (2) neste período foi emitida faturação no montante de 2,7 milhões de euros, reportada aos anos de 2014, 2015 e 2016.

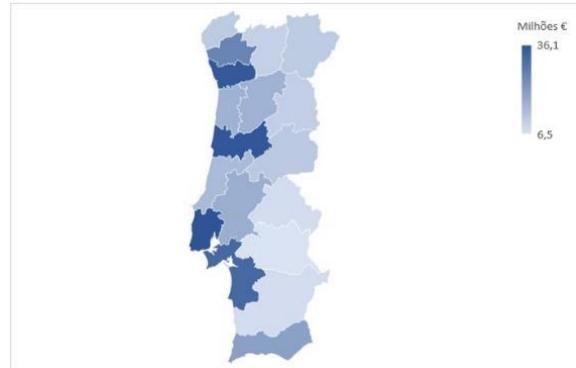
¹⁷² Detalhe dos gastos por tipo de cuidados faturados *vide* Anexo XIII.

¹⁷³ A ACSS assumiu as atribuições das ARS em matéria de acordos com entidades prestadoras de cuidados de saúde e entidades do setor privado e social, na sequência da reestruturação dos serviços e organismos do MS operada pelo Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro.

11.1.2. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social

Figura 9 – Execução financeira da SS (2017-2023)

273. Entre 2017 e 2023, o MTSSS pagou, através do ISS, aos prestadores da Rede cerca de 327,2 milhões de euros, variando entre os 38,7 milhões de euros em 2017 e os 67,2 milhões de euros em 2023, correspondendo a um crescimento de 73,3% (Quadro 41), cuja distribuição pelos 18 distritos de Portugal continental é a que consta da Figura 9.



Fonte: relatório de monitorização da RNCCI – 2017 a 2023.

Quadro 41 – Evolução da despesa paga por região

Ano	Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve	Total	Δ Anual
2017	10 784 071,42	12 636 569,53	9 962 071,65	2 799 534,09	2 563 745,02	38 745 991,71	6,5%
2018	11 117 896,44	12 874 324,34	10 523 269,56	2 803 786,66	2 530 006,91	39 849 283,91	2,8%
2019	12 117 097,65	13 329 152,90	11 200 814,43	2 871 400,70	2 689 552,31	42 208 017,99	5,9%
2020	12 387 104,65	13 652 559,70	11 537 584,92	2 884 842,97	2 616 532,14	43 078 624,38	2,1%
2021	13 860 403,95	15 157 134,17	13 122 621,47	3 158 194,78	2 744 984,93	48 043 339,30	11,5%
2022	14 423 523,89	15 351 784,23	12 400 269,25	2 979 315,57	2 906 400,85	48 061 293,79	0,0%
2023	19 543 666,35	22 679 145,14	16 426 195,07	4 345 780,54	4 168 811,35	67 163 598,45	39,7%
Total	94 233 764,35	105 680 670,01	85 172 826,35	21 842 855,31	20 220 033,51	327 150 149,53	73,3%
Peso	28,8%	32,3%	26,0%	6,7%	6,2%	100,0%	

Fonte: mapas do controlo orçamental – despesa, extraídos do sistema de informação do ISS e ficheiros com a despesa paga por tipologia.

Notas: (1) a despesa paga em 2016 ascendeu a 36.373 078,66 €; (2) na região Norte foram considerados os centros distritais da segurança social de Braga, Bragança, Porto, Viana do Castelo e Vila Real; na região Centro os de Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria e Viseu; na região de Lisboa e Vale do Tejo os de Lisboa, Setúbal e Santarém; na região do Alentejo, os de Évora, Beja e Portalegre; na região do Algarve, o de Faro.

274. Dos 327,2 milhões de euros pagos às unidades da Rede, 310,5 milhões respeitam à RG e 5,5 milhões à saúde mental. Os restantes 11,2 milhões de euros não foram imputados às tipologias¹⁷⁴. Cerca de 76,4% da despesa (250,1 milhões de euros) foi financiada com verbas recebidas da SCML, provenientes da distribuição dos resultados líquidos da exploração dos jogos sociais.
275. O aumento registado em 2023 (39,7%) resultou, fundamentalmente, do aumento de preços que ocorreu em 2022, por força da [Portaria n.º 272/2022](#), de 10 de novembro, que produziu efeitos a 1 de janeiro de 2022, mas cujos pagamentos só ocorreram em 2023.
276. Quanto à RG, dos 310,5 milhões de euros pagos pelo MTSSS, 72,8 milhões de euros foram pagos às UMDR, variando entre os 8,3 milhões de euros (2017) e os 12,8 milhões de euros (2023) e 237,7 milhões de euros às ULDM, variando entre os 26,9 milhões de euros (2017) e os 53,0

¹⁷⁴ Segundo informação prestada pelo ISS em 7 de novembro de 2023, “O valor apresentado na conta 6972900000, dos anos de 2017 a 2019, corresponde a encargos pagos no mês de janeiro, cujo mês referência da despesa seria dezembro de N-1. No ano de 2020 foi adotada uma nova metodologia de registo do custo dos valores do ano anterior por liquidar, por via da especialização do exercício, pelo que, a partir desse ano o valor despesa já se encontra registado pelas contas patrimoniais de despesas correntes. Por não existir desagregação da referida conta 69, nomeadamente pela eventualidade do apoio, não é possível desagregar o referido valor com o detalhe solicitado, mas apenas por entidade.”

milhões de euros (2023). A despesa com apoios sociais (comparticipações no preço dos cuidados de apoio social) representou cerca de 86,7% do total da despesa do MTSSS com a RG no período (Quadro 42).

Quadro 42 – Evolução da despesa paga por tipologia, RG

Unidade: euro

Ano	UMDR			ULDM			
	Apoios sociais	Valor adicional	Total	Apoios sociais	Valor adicional	Fraldas	Total
2017	7 170 220,11	1 105 358,58	8 275 578,69	23 492 562,72	1 559 816,96	1 847 592,64	26 899 972,32
2018	7 517 928,47	1 073 681,97	8 591 610,44	23 634 960,79	1 577 257,69	1 897 480,32	27 109 698,80
2019	8 099 488,20	1 081 145,25	9 180 633,45	24 868 606,97	1 587 867,53	1 975 324,79	28 431 799,29
2020	9 067 315,34	1 354 830,70	10 422 146,04	27 415 558,40	2 239 090,45	2 149 875,39	31 804 524,24
2021	9 897 582,28	2 513 772,10	12 411 354,38	28 703 366,56	3 736 363,71	2 259 158,76	34 698 889,03
2022	9 378 738,30	1 672 420,08	11 051 158,38	30 823 217,21	2 722 704,79	2 247 388,77	35 793 310,77
2023	11 264 868,35	1 574 200,28	12 839 068,63	47 821 376,83	2 810 756,66	2 357 281,64	52 989 415,13
Total	62 396 141,05	10 375 408,96	72 771 550,01	206 759 649,48	16 233 857,79	14 734 102,31	237 727 609,58

Fonte: mapas do controlo orçamental – despesa, extraídos do sistema de informação do ISS e ficheiros com a despesa paga por tipologia.

Legenda: UMDR: Unidade de Média Duração e Reabilitação; ULDM: Unidade de Longa Duração e Manutenção.

Nota: considera-se valor adicional, o incentivo atribuído às unidades da Rede que assegurem uma taxa de ocupação mensal igual ou superior a 85%, correspondente à diferença entre o número de lugares contratados e a taxa de ocupação verificada, caso sejam cumpridas as condições acordadas, sendo igualmente pagas as reservas de lugares nas condições estabelecidas no artigo 22.º da [Portaria n.º 174/2014](#), de 10 de setembro.

277. De referir ainda que a SCML suportou 1,6 milhões de euros, relativos à comparticipação da segurança social aos utentes admitidos nas unidades de cuidados continuados que tem em funcionamento na cidade de Lisboa, UCCI São Roque (desde 2019; 837.405,86 €) e UCCI Rainha Dona Leonor (desde 2021; 803.244,53 €), assegurando o diferencial entre os encargos com a prestação dos cuidados de apoio social e o valor a pagar pelo utente.
278. Ao nível da saúde mental, o MTSSS pagou 5,5 milhões de euros, não sendo possível apurar o montante exato pago por tipologia, uma vez que o valor adicional e a comparticipação nos encargos com rendas não foram imputados às respetivas tipologias (Quadro 43)¹⁷⁵.

¹⁷⁵ Considera-se valor adicional, o incentivo atribuído às unidades da Rede que assegurem uma taxa de ocupação mensal igual ou superior a 85%, correspondente à diferença entre o número de lugares contratados e a taxa de ocupação verificada, caso sejam cumpridas as condições acordadas, sendo igualmente pagas as reservas de lugares nas condições estabelecidas no artigo 22.º da [Portaria n.º 174/2014](#), de 10 de setembro. A comparticipação nos encargos com rendas aplica-se às unidades residenciais e unidades sócio-ocupacionais e tinha sido inicialmente prevista no artigo 5.º da [Portaria n.º 183/2011](#), de 5 de maio, no âmbito das experiências-piloto. Atualmente, resulta da aplicação do artigo 14.º da [Portaria n.º 45/2021](#), de 24 de fevereiro, correspondendo a comparticipação a 50% da renda paga até ao limite de 1.000 € mensais e é suportada, em partes iguais pelo MS e pelo MTSSS, aplicando-se apenas às unidades que tendo sido autorizadas na forma de experiência-piloto, se mantenham ao abrigo de contrato-programa celebrado para o triénio 2021-2023.

Quadro 43 – Despesa paga por tipologia, CCISM

Unidade: euro

Tipologias	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
RTA	10 313,40	93 523,67	98 561,08	127 714,54	89 321,93	108 697,52	119 896,49	648 028,63
RA	2,90	23 482,96	31 459,45	30 299,33	21 821,55	25 254,30	20 791,43	153 111,92
RAMo	0,00	64 101,49	120 755,09	82 452,70	91 161,14	184 339,56	211 043,83	753 853,81
RAMa	0,00	178 672,87	212 522,56	235 440,27	239 589,43	363 427,80	337 759,65	1 567 412,58
Valor adicional	0,00	8 369,82	8 885,34	9 150,53	17 837,01	23 941,49	27 155,31	95 339,50
USO	0,00	52 365,29	95 565,50	191 563,72	265 204,52	284 765,56	302 309,05	1 191 773,64
USO/IA	0,00	16 463,09	6 540,25	7 910,99	20 649,78	26 923,23	29 289,12	107 776,46
Valor adicional	0,00	0,00	7 122,72	15 307,92	23 583,93	29 178,45	38 359,26	113 552,28
RTA-A/IA	0,00	30 079,68	55 022,87	38 922,86	55 293,33	72 937,24	117 439,78	369 695,76
Valor adicional	0,00	0,00	7 597,72	6 332,23	25 735,11	3 050,88	5 920,38	48 637,32
EAD	679,22	20 883,39	22 275,18	24 740,71	41 902,98	71 084,44	98 855,90	280 421,82
EAD/IA	0,00	0,00	0,00	0,00	1 190,70	664,02	7,49	1 862,21
Valor adicional	0,00	1 548,45	1 284,64	1 250,23	4 991,55	1 410,15	0,00	10 485,02
Rendas	0,00	12 245,40	14 300,00	22 639,59	34 811,93	21 150,00	26 287,00	131 433,92
Total	10 995,52	501 736,11	681 892,40	793 725,62	933 095,89	1 216 824,64	1 335 114,69	5 473 384,87

Fonte: mapas do controlo orçamental – despesa, extraídos do sistema de informação do ISS e ficheiros com a despesa paga por tipologia.

Legenda: RTA: Residência de Treino de autonomia; RA: Residência Autónoma; RAMo: Residência de Apoio Moderado; RAMa: Residência de Apoio Máximo; USO: Unidade Sócio-ocupacional; USO/IA: Unidade Sócio-ocupacional para a Infância e Adolescência; RTA-A/IA: Residência de Treino de autonomia – Tipo A – Infância e Adolescência; EAD: Equipa de Apoio Domiciliário; EAD/IA: Equipa de Apoio Domiciliário – Infância e Adolescência.

279. Contudo, os gastos reconhecidos pelo ISS nas suas contas totalizaram 319,7 milhões de euros, dos quais 73,7 milhões de euros respeitantes a UMDR, 239,2 milhões de euros de gastos a ULDM e 6,8 milhões de euros relativos aos CCISM (Quadro 44 e Quadro 45).

Quadro 44 – Evolução dos gastos por tipologia, RG

Unidade: Euro

Ano	UMDR			ULDM			
	Apoios sociais	Valor adicional	Total	Apoios sociais	Valor adicional	Fraldas	Total
2017	7 170 220,11	1 105 358,58	8 275 578,69	23 492 562,72	1 559 816,96	1 847 592,64	26 899 972,32
2018	7 517 928,47	1 073 681,97	8 591 610,44	23 634 960,79	1 577 257,69	1 897 480,32	27 109 698,80
2019	8 746 636,27	1 172 714,14	9 919 350,41	26 991 246,22	1 721 498,65	2 159 770,29	30 872 515,16
2020	9 550 390,22	2 104 241,69	11 654 631,91	28 105 835,16	3 034 132,01	2 198 992,30	33 338 959,47
2021	10 659 723,16	1 814 342,22	12 474 065,38	30 590 416,22	3 209 139,99	2 248 103,77	36 047 659,98
2022	7 885 653,29	2 459 388,92	10 345 042,21	27 283 084,22	5 103 521,70	2 052 812,37	34 439 418,29
2023	11 621 056,50	825 754,23	12 446 810,73	47 667 286,27	317 367,15	2 504 154,98	50 488 808,40
Total	63 151 608,02	10 555 481,75	73 707 089,77	207 765 391,60	16 522 734,15	14 908 906,67	239 197 032,42

Fonte: balancetes do ISS de 2017-2023, conta 63121283/POCISSSS (2017-2022) e conta 6017310/SNC-AP (2023).

Legenda: UMDR: Unidade de Média Duração e Reabilitação; ULDM: Unidade de Longa Duração e Manutenção.

Quadro 45 – Evolução dos gastos por tipologia, CCISM

Unidade: euro

Tipologias	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
RTA	10 313,40	93 523,67	101 812,18	124 463,44	89 321,93	127 695,62	199 121,64	746 251,88
RA	2,90	23 482,96	33 704,58	30 201,12	19 674,63	34 727,96	97 501,81	239 295,96
RAMo	0,00	64 101,49	125 305,58	81 279,42	87 783,93	203 232,44	221 522,87	783 225,73
RAMa	0,00	178 672,87	213 261,29	234 701,54	239 589,43	373 297,70	471 529,81	1 711 052,64
Valor adicional	0,00	8 369,82	9 706,53	24 342,61	1 823,74	24 587,03	143 714,99	212 544,72
USO	0,00	52 365,29	100 932,05	196 941,66	254 460,03	323 894,54	352 808,69	1 281 402,26
USO/IA	0,00	16 463,09	6 953,84	7 497,40	20 649,78	38 784,53	19 599,15	109 947,79
Valor adicional	0,00	0,00	7 122,72	19 927,89	18 963,96	29 327,56	160 807,80	236 149,93
RTA-A/IA	0,00	30 079,68	55 022,87	51 062,42	43 153,77	83 044,41	107 332,61	369 695,76
Valor adicional	0,00	0,00	12 084,35	16 140,98	11 440,73	3 051,71	5 919,55	48 637,32
EAD	679,22	20 883,39	24 238,28	27 356,02	37 324,57	144 687,44	210 354,95	465 523,87
EAD/IA	0,00	0,00	0,00	0,00	1 190,70	6 392,06	92 495,21	100 077,97
Valor adicional	0,00	1 548,45	1 284,64	5 886,21	355,57	1 472,95	295 137,31	305 685,13
Rendas	0,00	12 245,40	18 103,56	32 404,46	21 243,50	24 801,46	131 594,56	240 392,94
Total	10 995,52	501 736,11	709 532,47	852 205,17	846 976,27	1 418 997,41	2 509 440,95	6 849 883,90

Fonte: balancetes do ISS de 2017-2023, conta 63121283/POCISSSS (2017-2022) e conta 6017310/SNC-AP (2023).

Legenda: RTA: Residência de Treino de autonomia; RA: Residência Autónoma; RAMo: Residência de Apoio Moderado; RAMa: Residência de Apoio Máximo; USO: Unidade Sócio-ocupacional; USO/IA: Unidade Sócio-ocupacional para a Infância e Adolescência; RTA-A/IA: Residência de Treino de autonomia – Tipo A – Infância e Adolescência; EAD: Equipa de Apoio Domiciliário; EAD/IA: Equipa de Apoio Domiciliário – Infância e Adolescência.

11.2. Componente privada

280. Como antes referido, os encargos decorrentes da prestação de cuidados continuados integrados de apoio social nas UMDR, ULDM e unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental são da responsabilidade dos utentes, deduzida a comparticipação da segurança social a que houver lugar¹⁷⁶.
281. Para poderem beneficiar da comparticipação da segurança social os utentes têm de preencher e entregar o formulário [Declaração Comparticipação da Segurança Social](#), com informação sobre os rendimentos e composição do agregado familiar¹⁷⁷ (cfr. Ponto 6.4). Para efeitos de determinação do montante de rendimento *per capita* do agregado familiar, é considerada, desde 1 de janeiro de 2024, a despesa com a renda de casa ou prestação devida pela aquisição de habitação própria e permanente, até ao limite de um Indexante dos Apoios Sociais (IAS).
282. Reunidos os elementos do utente, é determinado o valor diário a pagar pelo utente e o valor da comparticipação da segurança social a que possa ter direito e assinado o [Termo de Aceitação](#), mediante o qual o utente é informado sobre os cuidados de saúde e de apoio social que lhe serão prestados, a unidade ou equipa para o qual é proposto e as condições de revisão da comparticipação¹⁷⁸. O utente também se compromete a pagar ao prestador o valor diário que lhe compete pelos cuidados de apoio social prestados.
283. O valor diário a cargo do utente não é revisto durante o período em que utente fica a aguardar vaga ou na data de ingresso na Rede, pelo que, em caso de alteração de preços, esse diferencial

¹⁷⁶ Atualmente [Despacho n.º 12678/2023](#), de 12 de dezembro de 2023, do Secretário de Estado da Segurança Social e da Secretária de Estado da Inclusão. Tratando-se de unidades da RNCCI geridas pela SCML e localizadas na cidade de Lisboa, o diferencial entre o valor a pagar pelo utente e o preço a pagar à unidade pelos cuidados de apoio social prestados é suportado pela SCML, conforme previsto no n.º 6 do artigo 2.º do referido Despacho.

¹⁷⁷ O direito à comparticipação da Segurança Social depende do valor do património mobiliário do agregado familiar do utente não ser superior a 240 vezes o IAS, que em 2023 correspondia a 115.303,20 € (em 2024 foi atualizado para 122.222,40 €).

¹⁷⁸ Os valores são revistos quando: houver alterações da composição do agregado familiar; houver uma diminuição de rendimentos do agregado familiar superior a 25%; ocorrer a atualização anual da comparticipação da Segurança Social.

é suportado pela segurança social, incluindo nos casos em que os utentes não teriam direito a qualquer participação. Consequentemente, para o mesmo período e tipologia, utentes com os mesmos rendimentos e agregado familiar poderão pagar um valor diferente.

284. A entidade responsável pelo pagamento da participação da segurança social, bem como dos encargos relativos à utilização de fraldas e ao adicional correspondente à diferença entre o número de lugares contratados e a taxa de ocupação verificada, é o ISS.
285. O ISS realiza o acompanhamento e controlo dos encargos com a Rede com base em mapas em formato *excel*¹⁷⁹, preenchidos mensalmente pelas ECL e pelos prestadores. Os mapas são preenchidos manualmente, com risco acrescido de erros nos registos e nos cálculos. Estes mapas contêm, entre outros, dados relativos às frequências dos utentes e ao montante dos encargos a pagar pela segurança social e pelos utentes às unidades da Rede.
286. Constatou-se, porém, a inexistência de procedimentos de recolha e tratamento agregado dos dados relativos aos encargos a pagar pelos utentes, designadamente, de modo a permitir o conhecimento integral e a monitorização sobre a despesa das famílias (*out-of-pocket*) no financiamento da RNCCI.
287. A inexistência de informação agregada sobre os montantes a pagar pelos utentes, bem como dos montantes pagos e em dívida, prejudica não só a avaliação do modelo de financiamento da RNCCI, mas também a avaliação da eficiência e da sustentabilidade financeira das unidades. Note-se que a dívida dos utentes é identificada pelos prestadores como um dos principais constrangimentos à sustentabilidade financeira das unidades, devendo por isso estar quantificada e ser considerada, designadamente, no estudo do modelo de financiamento.
288. Neste contexto, a apreciação que é feita em seguida resulta da recolha e tratamento agregado de 4.203 mapas mensais em *excel*/relativos a 2023 facultados pelo ISS¹⁸⁰, salientando-se que os mesmos revelaram algumas insuficiências, tais como:
- preços das diárias de internamento diferentes dos preços fixados nas tabelas de preços aplicáveis;
 - erros ou falta de preenchimento de dados, tal como a tipologia da resposta, o número do acordo e o período a que respeita.

¹⁷⁹ Mapas agregadores mensais.

¹⁸⁰ Os 4.203 ficheiros foram disponibilizados faseadamente ao longo dos trabalhos da auditoria e objeto de vários pedidos de substituição e/ou correção, colocando em causa a fiabilidade e a robustez dos dados. Acresce que não foi possível considerar os ficheiros “Mapas Agregadores Mensais retificativos”, dado não refletirem o montante efetivo a pagar pelos utentes.

Quadro 46 – Encargos suportados pelos utentes
(2023)

Tipologias	Montante (€)
UMDR	12 996 896,40
ULDM	31 635 330,57
Rede Geral	44 632 226,97
RA	24 950,98
RAMa	132 151,50
RAMo	87 455,40
RTA	51 482,95
RTA-A/IA	29 255,69
USO	143 684,29
USO/IA	3 599,78
EAD	40 698,32
CCISM	513 278,91
Total	45 145 505,88

289. Em 2023, os encargos com cuidados de apoio social a pagar pelos utentes na RG ascenderam a 44,6 milhões de euros, dos quais 13,0 milhões de euros relativos a UMDR e 31,6 milhões de euros relativos a ULDM. Os encargos com os CCISM ascenderam a 513,2 mil euros (Quadro 46). Assim, estima-se que a despesa das famílias (*out-of-pocket*) represente cerca de 13,9% do financiamento total da Rede em 2023 (324,2 milhões de euros)¹⁸¹, face aos 86,1% dos financiadores públicos, sendo 65,4% da responsabilidade do MS e 20,7% do MTSSS.

Fonte: elaboração própria a partir de 4.203 ficheiros “Mapas agregadores mensais” disponibilizados pelo ISS, reportados a 2023.

Legenda: UMDR: Unidade de Média Duração e Reabilitação; ULDM: Unidade de Longa Duração e Manutenção; RA: Residência Autónoma; RAMa: Residência de Apoio Máximo; RAMo: Residência de Apoio Moderado; RTA: Residência de Treino de autonomia; RTA-A/IA: Residência de Treino de autonomia – Tipo A – Infância e Adolescência; USO: Unidade Sócio-ocupacional; USO/IA: Unidade Sócio-ocupacional para a Infância e Adolescência; EAD: Equipa de Apoio Domiciliário.

Nota: não inclui os encargos suportados pelos utentes assistidos na UMDR do Instituto São João de Deus (UCC Melgaço) e na ULDM da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (UCCI Maria José Nogueira Pinto).

290. Nesse ano, cerca de 15,7% (3.602) dos utentes suportaram a totalidade dos encargos com cuidados de apoio social, não tendo direito a comparticipação da segurança social, enquanto 5,5% (1.264) beneficiaram de uma comparticipação da segurança social a 100% (Quadro 47).

Quadro 47 – Distribuição dos encargos suportados pelos utentes (2023)

% suportada pelo utente	N.º utentes	Peso
0	1 264	5,5%
]0 - 25]	1 758	7,6%
]25 - 50]	8 187	35,6%
]50 - 75]	5 524	24,0%
]75 - 100[	2 678	11,6%
100	3 602	15,7%
Total	23 013	100,0%

Fonte: elaboração própria a partir de 4.203 ficheiros “Mapas agregadores mensais” disponibilizados pelo ISS, reportados a 2023.

Notas: (1) O zero (0) representa os utentes comparticipados a 100% e o cem (100) representa os utentes sem comparticipação; (2) Não foram considerados os utentes relativamente aos quais existia uma entidade terceira responsável pelo pagamento.

¹⁸¹ Este montante respeita a despesa paga pelos financiadores públicos e a encargos com cuidados de apoio social devidos pelos utentes.

291. Na RG, 22,6% (2.588) dos utentes assistidos em UMDR suportaram a totalidade das diárias com cuidados de apoio social e 49,1 % (5.625) suportaram entre os 25,0% e os 75,0% do montante das diárias com cuidados de apoio social. Já nas ULDM a percentagem de utentes que suportaram a totalidade das diárias com cuidados de apoio social desce para os 8,6% (937) e a percentagem de utentes que suportaram entre os 25,0% e os 75,0% sobe para os 72,7% (7.884), detalhe Quadro 48.

Quadro 48 – Distribuição dos encargos suportados pelos utentes, RG (2023)

% suportada pelo utente	UMDR	Peso	ULDM	Peso
0	569	5,0%	536	4,9%
]0 - 25]	879	7,7%	667	6,1%
]25 - 50]	3 529	30,8%	4 492	41,4%
]50 - 75]	2 096	18,3%	3 392	31,3%
]75 - 100[	1 798	15,7%	830	7,6%
100	2 588	22,6%	937	8,6%
Total	11 459	100,0%	10 854	100,0%

Fonte: elaboração própria a partir de 4.203 ficheiros “Mapas agregadores mensais” disponibilizados pelo ISS, reportados a 2023.

Notas: (1) O zero (0) representa os utentes comparticipados a 100% e o cem (100) representa os utentes sem comparticipação; (2) Não foram considerados os utentes relativamente aos quais existia uma entidade terceira responsável pelo pagamento.

292. Assim, por mês, em média, o utente paga 374,50 € nas UMDR e 542,50 € nas ULDM, respetivamente (diárias de 12,48 € e 18,08 €, respetivamente). Já a segurança social paga 273,00 € nas UMDR e 582,30 € nas ULDM (diárias de 9,10 € e 19,41 €, respetivamente)¹⁸².

293. Ao nível dos cuidados continuados integrados de saúde mental, a segurança social suportou a totalidade da diária com cuidados de apoio social a 22,7% dos utentes assistidos, enquanto 11% suportaram essa diária na sua totalidade (Quadro 49).

Quadro 49 – Distribuição dos encargos suportados pelos utentes, CCISM (2023)

% suportada pelo utente	RA	Peso	RAMa	Peso	RAMo	Peso	RTA	Peso	RTA-A/IA	Peso	USO	Peso	USO/IA	Peso	EAD	Peso	Total	Peso
0	12	35,3%	8	10,0%	25	36,8%	22	41,5%	1	8,3%	41	18,6%	11	40,7%	39	18,9%	159	22,7%
]0 - 25]	0	0,0%	23	28,8%	16	23,5%	12	22,6%	5	41,7%	69	31,4%	8	29,6%	79	38,3%	212	30,3%
]25 - 50]	4	11,8%	40	50,0%	15	22,1%	10	18,9%	3	25,0%	47	21,4%	5	18,5%	42	20,4%	166	23,7%
]50 - 75]	0	0,0%	6	7,5%	2	2,9%	3	5,7%	2	16,7%	15	6,8%	2	7,4%	6	2,9%	36	5,1%
]75 - 100[	9	26,5%	0	0,0%	5	7,4%	4	7,5%	1	8,3%	11	5,0%	1	3,7%	19	9,2%	50	7,1%
100	9	26,5%	3	3,8%	5	7,4%	2	3,8%	0	0,0%	37	16,8%	0	0,0%	21	10,2%	77	11,0%
Total	34	100,0%	80	100,0%	68	100,0%	53	100,0%	12	100,0%	220	100,0%	27	100,0%	206	100,0%	700	100,0%

Fonte: elaboração própria a partir de 4.203 ficheiros “Mapas agregadores mensais” disponibilizados pelo ISS.

Legenda: RA: Residência Autónoma; RAMa: Residência de Apoio Máximo; RAMo: Residência de Apoio Moderado; RTA: Residência de Treino de autonomia; RTA-A/IA: Residência de Treino de autonomia – Tipo A – Infância e Adolescência; USO: Unidade Sócio-ocupacional; USO/IA: Unidade Sócio-ocupacional para a Infância e Adolescência; EAD: Equipas de Apoio Domiciliário.

Notas: (1) O zero (0) representa os utentes comparticipados a 100% e o cem (100) representa os utentes sem comparticipação; (2) Não foram considerados os utentes nos casos em que exista uma entidade terceira responsável pelo pagamento.

294. Assim, por mês, em média, o utente paga entre 91,83 € nas USO/IA e 360,82 € nas RTA-A/IA. Já a segurança social paga 101,75 € nas RA e 599,14 € nas RTA-A/IA¹⁸⁶ (Quadro 50).

¹⁸² Os montantes comparticipados pela segurança social estão subavaliados em montante que não foi possível quantificar, dadas as insuficiências identificadas nos ficheiros facultados pelo ISS e eventuais retificações posteriores não consideradas, designadamente as decorrentes de alterações de preços. Assim, existe uma diferença entre a soma da média das diárias a pagar pelos utentes com a média das diárias a pagar pela segurança social face ao valor utente/diária dos encargos com cuidados de apoio social.

Quadro 50 – Média das diárias com cuidados de apoio social, CCISM

Tipologias	Média diária (€)		Média mensal (€)	
	Utente	Segurança Social	Utente	Segurança Social
RA	3,61	3,39	108,31	101,75
RAMa	5,48	13,98	164,51	419,53
RAMo	5,93	14,82	178,04	444,53
RTA	4,22	15,59	126,49	467,76
RTA-A/IA	12,03	19,97	360,82	599,14
USO	4,92	9,34	147,47	280,28
USO/IA	3,06	17,52	91,83	525,58
EAD	3,82	8,14	114,50	244,26

Fonte: elaboração própria a partir de 4.203 ficheiros “Mapas agregadores mensais” disponibilizados pelo ISS.

Legenda: RA: Residência Autónoma; RAMa: Residência de Apoio Máximo; RAMo: Residência de Apoio Moderado; RTA: Residência de Treino de autonomia; RTA-A/IA: Residência de Treino de autonomia – Tipo A – Infância e Adolescência; USO: Unidade Sócio-ocupacional; USO/IA: Unidade Sócio-ocupacional para a Infância e Adolescência; EAD: Equipas de Apoio Domiciliário.

Notas: não foram considerados os utentes nos casos em que exista uma entidade terceira responsável pelo pagamento.

11.3. Investimento

295. Em 2008, tendo em vista o alargamento da RNCCI, foi criado o Programa Modelar, para atribuição de apoios financeiros a pessoas coletivas privadas sem fins lucrativos, para criação/adaptação de unidades de internamento de cuidados continuados, constituído por apoios financeiros não reembolsáveis de 75% do valor global elegível, até ao limite máximo de 750.000 €¹⁸³. Esses apoios destinavam-se a: i) construção de raiz e/ou construção de ampliação para tipologias da RNCCI; ii) construção de remodelação para tipologias da RNCCI; e iii) aquisição de equipamentos para melhorar as condições de funcionamento de unidades prestadoras de cuidados continuados integrados¹⁸⁴. O Programa foi executado, na sua maioria, entre 2009 e 2012.
296. Apesar de não terem sido atingidos os objetivos definidos para o alargamento da Rede (cfr. Ponto 7.1), em particular quanto ao número de camas da RG (14.331, em 2016, correspondente à fase final de desenvolvimento da RNCCI), não foram, entretanto, criados outros instrumentos de apoio ao investimento.
297. Apenas em 2021, no contexto do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR), foi destinado ao investimento na RNCCI um montante de apoios na ordem dos 272 milhões de euros, a conceder a promotores dos setores privado e social, de modo a alcançar os objetivos constantes do Quadro 51.

¹⁸³ Criado pela [Portaria n.º 376/2008](#), de 23 de maio, e alterado pela [Portaria n.º 578/2009](#), de 1 de junho.

¹⁸⁴ As entidades beneficiárias deviam afetar, obrigatoriamente, em regime de permanência e exclusividade, as edificações construídas e as instalações realizadas por atribuição destes apoios financeiros aos fins e objetivos propostos, por um período mínimo de três, cinco ou oito anos, consoante o apoio financeiro ascendesse a 100.000 €, 400.000 € ou 750.000 €, respetivamente, não podendo ser alienados antes de decorridos esse período, conforme previsto no artigo 19.º da [Portaria n.º 376/2008](#), de 23 de maio.



Quadro 51 – Metas e objetivos do investimento, PRR

Código do investimento	Tipologia	Objetivo	Meta	Limite máximo a financiar (€)	Data limite
53	Rede Geral	Alargar o número de camas de internamento	Criação de 5,500 camas	231 000 000,00	31/12/2025
54		Alargar a Rede em número de UDPA	Criação de 500 lugares	10 000 000,00	31/12/2025
55		Alargar a Rede em número de ECCI	Criação de 1.000 lugares	5 000 000,00	31/12/2023
56	CCISM	Alargar a Rede em número de lugares de unidades residenciais e sócio-ocupacionais	Criação de 1.000 lugares	25 000 000,00	31/12/2025
57		Alargar a Rede em número de lugares de EAD	Criação de 100 lugares	1 000 000,00	31/12/2023
Total				272 000 000,00	

Fonte: elaboração própria com base na [Orientação Técnica N.º 1/Co1-io2/2022](#), relativa ao Investimento RE-Co1-io2 – RNCCI e RNCP.

Legenda: UDPA: Unidades de Dia e de Promoção da Autonomia; ECCI: Equipas de Cuidados Continuados Integrados; CCISM: Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental; EAD: Equipas de Apoio Domiciliário.

298. Em 2023, “(...) considerando a situação excecional nas cadeias de abastecimento e as circunstâncias migratórias resultantes da pandemia da doença COVID-19, da crise global na energia e dos efeitos resultantes da guerra na Ucrânia, que resultou em aumentos abruptos dos preços das matérias-primas, dos materiais e da mão de obra, com especial relevo no setor da construção (...)”, foi atualizado o limite máximo de financiamento a atribuir por cada nova cama de internamento na RG, fixando-se nos 42.000 € (+40%; inicialmente 30.000 €), procurando mitigar o risco de falta de adesão por parte dos promotores¹⁸⁵.

No âmbito do exercício do contraditório, o Presidente do Secretariado Nacional da União das Misericórdias Portuguesas informa que quanto ao limite máximo de financiamento a atribuir por cada nova cama, “(...) os valores de mercado variam entre 65 mil a 70 mil euros/cama, razão pela qual se prevê que muitas das candidaturas consideradas elegíveis ao PRR (...) não se concretizarão, nomeadamente as do setor social.”. Mais informa que “(...) no caso concreto das Misericórdias, várias interpuseram providências cautelares à decisão dos respetivos júris, pelo que se anteveem dificuldades na conclusão, em tempo útil, destes investimentos.”.

299. Refira-se que as tipologias da Rede financiadas ao abrigo do PRR só podem ser desafetadas do fim para que foram financiadas nos termos seguintes¹⁸⁶:

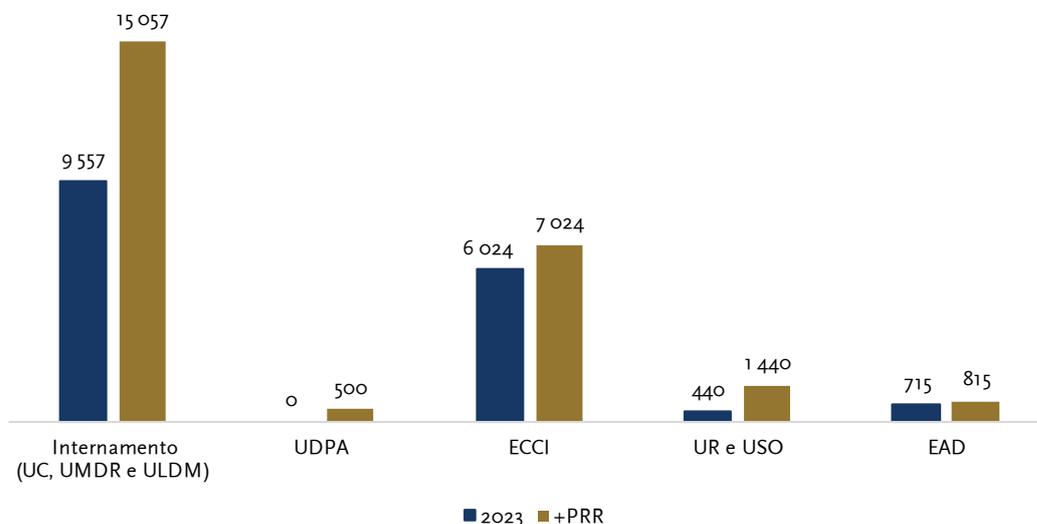
- decorrido um período de 20 anos a contar da data da sua disponibilização, sempre que o financiamento corresponda a obras de construção de raiz, ampliação ou remodelação de infraestruturas;
- decorrido um período de 8 anos a contar da data da sua disponibilização, nos restantes casos.

300. A concretizar-se, este investimento irá permitir aumentar a capacidade instalada da Rede, cujo impacto na RG corresponde a um aumento de 57,5% do número de camas de internamento e de 16,6% do número de lugares em ECCI e na área da saúde mental a um aumento de 327,4% do número de lugares em unidades residenciais e unidades sócio-ocupacionais e de 14,0% do número de lugares em EAD.

¹⁸⁵ Portaria n.º 155-A/2023, de 6 de junho, que procede à primeira alteração da Portaria n.º 134-A/2022, de 30 de março, que aprova o regulamento de atribuição de apoios financeiros para a concretização dos Investimentos na RNCCI e na RNCP previstos no PRR.

¹⁸⁶ Artigo 19.º do regulamento de atribuição de apoios financeiros para a concretização dos Investimentos na RNCCI e na RNCP, previstos no PRR, publicado em anexo à Portaria n.º 134-A/2022, de 30 de março.

Gráfico 31– Acréscimo de camas e lugares na Rede, PRR



Fonte: relatório Camas e lugares na Rede reportado a 31/12/2023, disponibilizado pela SPMS em 2 de maio de 2024 e [Orientação Técnica N.º 1/Co1-io2/2022](#), relativa ao Investimento RE-Co1-io2 - RNCCI e RNCP.

Legenda: UC: Unidades de Convalescença; UMDR: Unidade de Média Duração e Reabilitação; ULDM: Unidade de Longa Duração e Reabilitação; UDPA: Unidades de Dia e de Promoção da Autonomia; ECCI: Equipas de Cuidados Continuados Integrados; UR: unidades residenciais da Saúde Mental; USO: unidades sócio-ocupacionais; EAD: Equipas de Apoio Domiciliário.

301. Tal assume maior relevo dado que, no final de 2023, ainda não tinham sido atingidas as metas definidas em 2006 para o desenvolvimento da Rede ao nível do internamento na RG. Com efeito, apenas em 2021 foi possível ultrapassar a meta intermédia definida (fase 2; 9.445 camas), sendo que a meta prevista para 2016 (fase 3, 14.331 camas), só será ultrapassada caso se venham a alcançar os objetivos traçados no PRR, com +5.500 camas, atingindo as 15.057 camas.
302. Embora o [Decreto-Lei n.º 116/2021](#), de 15 de dezembro, preveja que a execução dos investimentos “(...) terá de se iniciar, obrigatoriamente, durante o primeiro trimestre de 2022.”, só em setembro de 2023 é que foram publicados os primeiros avisos de abertura de candidaturas. Até ao final de 2023, foram publicados 16 avisos, totalizando 108,4 milhões de euros (Quadro 52).

Quadro 52 – Avisos de abertura de candidaturas ao PRR (31/12/2023)

Código do investimento	Tipologia	Objetivo	Meta	Avisos de candidaturas	
				Camas/lugares	Montante (€)
53	Rede Geral	Alargar o número de camas de internamento	5.500 camas	1.997 camas	83 874 000,00
54		Alargar a Rede em número de UDPA	500 lugares	325 lugares	6 500 000,00
56	CCISM	Alargar a Rede em número de lugares de unidades residenciais e sócio-ocupacionais	1.000 lugares	688 lugares	17 200 000,00
57		Alargar em número de lugares - EAD	100 lugares	70 lugares	800 000,00
Total					108 374 000,00

Fonte: elaboração com base na informação disponível no site: [Plano de Recuperação e Resiliência português \(recuperarportugal.gov.pt\)](http://recuperarportugal.gov.pt).

Legenda: UDPA: Unidades de Dia e de Promoção da Autonomia; CCISM: Cuidados Continuados Integrados de Saúde mental; EAD: Equipas de Apoio Domiciliário.

303. Em julho de 2024, as candidaturas consideradas elegíveis não permitiam alcançar os objetivos definidos no PRR (Quadro 53). Efetivamente, para a RG tinham sido elegíveis 61,7% (3.393) das camas previstas para o internamento (5.500) e 62,2% (311) dos lugares em UDPA. Quanto à saúde mental, tinham sido elegíveis 44,1% dos lugares para unidades residenciais e unidades sócio-ocupacionais e 80% dos lugares para as EAD (Quadro 53). De acordo com a ACSS, deverão ainda ser “(...) *abertos novos avisos, com o intuito de que o total de camas contratado atinja as metas PRR.*”¹⁸⁷.

Quadro 53 – Candidaturas elegíveis no PRR (julho/2024)

Código do investimento	Tipologias	Meta (camas/lugares)	Avisos de candidaturas		Candidaturas	
			Camas/lugares	Montante (€)	Apresentadas	Elegíveis
Rede Geral						
	UC	1 420	972		1 995	971
	UMDR	600	400		1 050	482
	ULDM	3 480	3 060		4 396	1 940
53		5 500	4 432	186 144 000,00	7 441	3 393
54	UDPA	500	500	10 000 000,00	429	311
Saúde Mental						
	RTA	108	108		12	12
	RA	42	42		7	7
	RAMo	176	176		104	58
	RAMa	288	288		240	172
	RAMa/IA	72	72		22	12
	RTA-A/IA	84	84		6	0
	USO	210	210		275	180
	USO/IA	20	20		60	0
56		1 000	1 000	25 000 000,00	726	441
57	EAD	100	100	1 000 000,00	140	80
Total				222 144 000,00		

Fonte: ACSS, informação prestada em 19 de julho e 17 de outubro de 2024 e [Orientação Técnica N° 1/Coi-102/2022](#), relativa ao Investimento RE-Co1-io2 - RNCCI e RNCP.

Legenda: UC: Unidades de Convalescença; UMDR: Unidade de Média Duração e Reabilitação; ULDM: Unidade de Longa Duração e Reabilitação; UDPA: Unidades de Dia e de Promoção da Autonomia; RTA: Residência de Treino de autonomia; RA: Residência Autónoma; RAMo: Residência de Apoio Moderado; RAMa: Residência de Apoio Máximo; RAMa/IA: Residência de Apoio Máximo para a Infância e Adolescência; RTA-A/IA: Residência de Treino de autonomia – Tipo A – Infância e Adolescência; USO/IA: Unidade Sócio-ocupacional para a Infância e Adolescência; EAD: Equipas de Apoio Domiciliário.

304. De salientar ainda que, em julho de 2024, não existia execução física ou financeira dos projetos

¹⁸⁷ Fonte: informação prestada pela ACSS, em 17 de julho de 2024.

das candidaturas¹⁸⁸, colocando em risco a execução dos investimentos i2.1 – Rede Geral internamento, i2.2 – UDPA e i2.4 – CCISM no prazo previsto (31 de dezembro de 2025), sendo que o prazo previsto para os investimentos i2.3 – ECCL e i2.5 - CCISM-EAD (30 de junho de 2024)¹⁸⁹ já tinha sido ultrapassado. Quanto às ECCL, não foram lançados avisos de candidaturas, dado que são exclusivamente operacionalizadas por entidades do SNS, tendo a ACSS informado que já tinham sido criados 1.055 lugares, ultrapassando a meta estabelecida no PRR.

Em sede de contraditório, a Ministra da Saúde referiu a publicação de novo aviso, em 11 de dezembro de 2024, que vem permitir alcançar a meta definida de 500 UDPA, prevendo-se a sua implementação em 2025. Mais informou estar em curso *“(...) o processo de publicação dos preços/dia por utente [...] bem como as condições de partilha da segurança social aos utentes que vierem a usufruir desta tipologia.”*, estando prevista a criação de projetos-piloto.

12. Sistema de informação da RNCCI

305. O sistema de informação da RNCCI (SI RNCCI) surge em 2007, com base numa plataforma informática própria (GestCareCCI), desenvolvida por um parceiro privado, que assumiu a sua manutenção corretiva e evolutiva até 2018¹⁹⁰. A partir desta data, a ACSS assumiu os trabalhos de manutenção e evolução do sistema, através do Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde (DRS), com recurso à Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (SPMS), no âmbito do contrato programa celebrado com esta entidade¹⁹¹.
306. Desenvolvido com o intuito de responder às necessidades das EGA, dos centros de saúde, das ECL e das ECR, e permitir o registo de informação por parte dos prestadores da Rede, o SI RNCCI deveria integrar todas as exigências, em termos de registos, nomeadamente no que se refere ao Plano Individual de Intervenção (PII) e ao Plano Individual de Cuidados (PIC) e pretendia disponibilizar áreas, instrumentos de avaliação e registos específicos para cada um dos profissionais das unidades de CCI¹⁹².

¹⁸⁸ Cfr. informação prestada pela ACSS em 19 de julho e 17 de outubro de 2024.

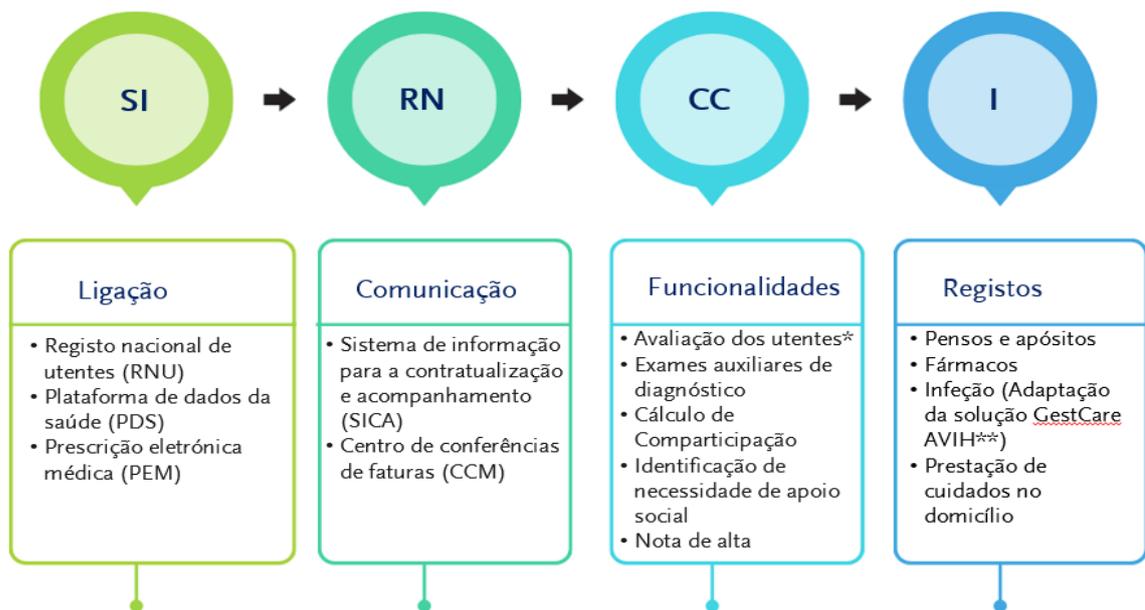
¹⁸⁹ Inicialmente, o prazo para a execução destes investimentos era 31 de dezembro de 2023, tendo sido alterado para 30 de junho de 2024, cfr. informação prestada pela ACSS em 17 de outubro de 2024.

¹⁹⁰ O SI da RNCCI é o sistema que suporta a referênciação, gestão e monitorização da atividade assistencial dos utentes que são sinalizados, referenciados e admitidos nas unidades e equipas da RNCCI.

¹⁹¹ De acordo com a responsabilidade assumida pelos SPMS perante a ACSS para desenvolvimento, manutenção e operação de vários sistemas integrados de informação no setor da saúde. Esta responsabilidade decorre da missão dos SPMS de acordo com as instruções previstas no [Despacho n.º 13807/2014](#), de 5 de novembro, do SES, publicado a 13 de novembro. O projeto “Plataforma RNCCI- Desenvolvimento de processos de integração com outros sistemas” foi incluído no contrato programa com os SPMS para o triénio 2015-2017.

¹⁹² Médicos, enfermeiros, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, animadores socioculturais, técnicos sociais, psicólogos, nutricionista/dietista e assistentes operacionais.

Figura 10 – Solução GestCare CCI



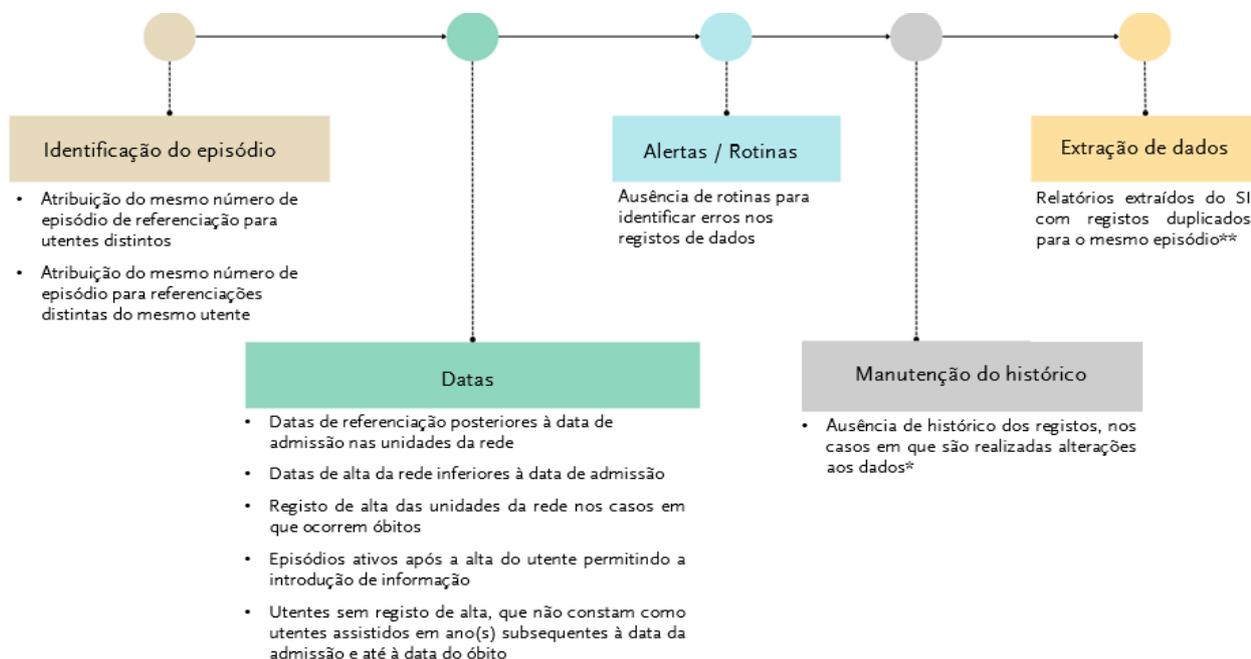
Fonte: [Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados | Care4IT](#).

*Na avaliação dos utentes inclui-se a avaliação médica, de enfermagem, social, de cuidados paliativos, de sintomas de Edmonton e outras avaliações, o risco e avaliação de úlceras de pressão, os instrumentos de avaliação integrada (Biopsicossocial), o risco/avaliação diabetes, o risco de quedas, a avaliação da dor, agudizações/reserva de vaga e reações adversas medicamentosas.

**Solução para Auditoria e Vigilância de Infeção Hospitalar, descontinuada em 2011.

307. No entanto, da análise ao SI RNCCI verificou-se que se encontram em falta instrumentos capazes de assegurar a qualidade da informação detida e gerida por este sistema, bem como a clara compreensão dos seus diferentes conjuntos de dados.
308. Não existe um dicionário de dados ou, pelo menos, uma listagem de metadados com as definições das tabelas, campos e modelo global de relações entre tabelas, bem como dos campos nelas envolvidos, que permitam aos técnicos de desenvolvimento e manutenção ou aos auditores conhecer a sua semântica. Estas ferramentas servem como ponto de partida essencial, objetivo e sem ambiguidades, a partir do qual é possível reconstruir o contexto em que a informação foi inserida e armazenada no sistema de informação. A qualidade da informação influencia diretamente a qualidade das análises efetuadas, das que se venham a realizar e a sua reutilização por outros sistemas de informação.
309. De igual modo, constatou-se que a base de dados (MySQL) em que assenta o sistema de informação não dispõe de mecanismos implementados (seja por *trigger* ou declarativos, DRI) de integridade referencial, de entidade ou até domínio, o que compromete a segurança da precisão e consistência dos dados.
310. A falta de integridade lógica é responsável por falhas como as que a seguir se apontam e que decorreram da análise dos dados e relatórios remetidos pela SPMS (Figura 11):

Figura 11 – Fragilidades do SI da RNCCI



Fonte: elaboração própria.

* Em 2024 foi alterada a região de saúde em alguns contratos com os prestadores da Rede, decorrente da criação das ULS, procedimento que foi repercutido erradamente nos relatórios reportados a anos anteriores.

** A título de exemplo, no Relatório 012 01 Destino após alta constavam um total de 10.201 registos em duplicado para os anos de 2017 a 2023.

311. Acresce que, não foi disponibilizada evidência documental dos critérios definidos para a construção dos relatórios extraídos pela SPMS, nem histórico dos critérios de extração, nem uma biblioteca de indicadores para correlacionar os relatórios necessários à sua construção, o que, em acumulação com as falhas apresentadas no parágrafo 310, não permite garantir que as análises efetuadas nos relatórios de monitorização refletem a situação real da atividade assistencial da Rede.

312. A Figura 12 exemplifica algumas das dificuldades e insuficiências do SI RNCCI, identificadas por utilizadores e interlocutores no decurso dos trabalhos de auditoria¹⁹³:

¹⁹³ Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde (DRS) da ACSS, Equipa de Coordenação Regional da ARSLVT, Equipa de Coordenação Local do ACES de Lisboa Central, Equipa de Gestão de altas do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, Equipa de cuidados continuados integrados do ACES de Lisboa Norte.

Figura 12 – Insuficiências do SI da RNCCI identificadas pelos utilizadores

Classificação	Problema	Impacto
Interoperabilidade	Falta de atualização face à evolução das necessidades, não permitindo a interoperabilidade com outros SI, e.g. SClínico e sistemas de gestão clínica dos prestadores	Duplicação na introdução de registos pelos prestadores, que alimentam os seus SI em tempo real e posteriormente, têm de registar, de forma manual, a mesma informação no SI da Rede, com implicações ao nível da correção dos dados e da sua plenitude
Comunicação	Falta de alertas entre as várias etapas do processo de referenciação	Necessidade das equipas comunicarem entre si diariamente através de sistemas de comunicação alternativos
Integração	Falta de integração dos certificados de óbito	A ligação com o RNU apenas importa o nome, o número de identificação civil, o número de identificação fiscal e a data de nascimento, no ato da criação do episódio de referenciação
Monitorização	Não produz informação estatística em tempo real	Não é possível obter o número de utentes referenciados pelas equipas referenciadoras, por tipologia, nem o número de utentes retidos nas unidades da Rede, por ausência de resposta social
Atualização	Não suporta novos desenvolvimentos	Sistema concebido numa linguagem diferente dos sistemas de informação existentes no SNS Impossibilidade de emissão de alertas para procedimentos que geram erros

Fonte: elaboração própria.

Legenda: (1) SClínico: Sistema de cuidados de saúde hospitalares, desenvolvido pelos SPMS, que pretende ser uma aplicação única, comum a todos os prestadores de cuidados de saúde e centrada no doente; (2) RNU: Registo Nacional de Utentes.

313. De acordo com a SPMS será desenvolvido um novo sistema de informação que permita a interoperabilidade com os restantes sistemas do SNS, designadamente com o SClínico, a financiar com as verbas inscritas no PRR, estando em preparação o procedimento de aquisição de serviços de análise funcional para levantamento de requisitos¹⁹⁴.
314. Salienta-se que, no âmbito da referenciação de utentes, está em fase de implementação o SIGA SNS, prevendo uma componente destinada aos cuidados continuados, designada por SIGA RNCCI¹⁹⁵. Os princípios gerais do SIGA SNS foram estabelecidos em 2017, na sequência dos quais deveriam ter sido definidos, pelos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e do trabalho, solidariedade e segurança social, no âmbito da coordenação conjunta da Rede, os princípios específicos da componente do SIGA RNCCI, o que ainda não ocorreu¹⁹⁶.
315. Sobre a interoperabilidade do SI RNCCI com o SI da segurança social, durante o ano de 2023 foi desenvolvida a componente do pedido de cálculo da comparticipação dos utentes e do cálculo

¹⁹⁴ Este projeto integra-se na Dimensão Resiliência do PRR, componente Co1 – Serviço Nacional de Saúde, investimento RE-Co1-io6 – Transição digital da saúde. Informação transmitida na reunião de 16 de março de 2023, com a presença da equipa de auditoria e dos representantes dos SMPS responsáveis pelo projeto do SI RNCCI. Recorde-se o disposto no n.º 3 do artigo 30.º da [Portaria n.º 174/2014](#), de 10 de setembro, onde é referido que “É garantido igualmente a ligação das plataformas de informação clínica das entidades promotoras e gestoras a custos das mesmas com a plataforma informática da RNCCI para a recolha da informação que se entenda necessária e suficiente à gestão da RNCCI, no estrito cumprimento da Lei de proteção de dados pessoais”.

¹⁹⁵ Criado pelo [Decreto-Lei n.º 44/2017](#), de 20 de abril e regulado pela [Portaria n.º 147/2017](#), de 27 de abril, e tem por objetivos o acompanhamento, controlo e gestão integrados do acesso ao SNS, bem como possibilitar uma visão global e transparente do percurso do utente na procura da prestação de cuidados de saúde. O SIGA SNS assenta em componentes específicas de referenciação e acesso a áreas particulares da prestação de cuidados de saúde incluindo uma componente para a RNCCI, o SIGA RNCCI, que regula a referenciação e o acesso às unidades e equipas de internamento e de ambulatório da RNCCI.

¹⁹⁶ Artigo 5.º e artigo 11.º, da [Portaria n.º 147/2017](#), de 27 de abril.

da faturação, para integrar no atual SI da RNCCI. Os testes de integração entre os dois sistemas foram iniciados em janeiro de 2024, não tendo sido concluídos devido à identificação de um problema de comunicação entre o sistema de informação da segurança social e o PNB – Portuguese National Broker¹⁹⁷.

Em sede de contraditório, o Diretor Executivo do Serviço Nacional de Saúde reiterou que se *“(...) encontra em desenvolvimento o SI_RNCCI, com o objetivo de garantir a interoperabilidade entre as informações da Segurança Social (SSD) e do setor da Saúde.”* Esta integração *“(...) centra-se nos módulos de comparticipação e faturação, permitindo uma análise mais precisa da despesa real das partes envolvidas.”*

Acrescenta estar em curso, em simultâneo, *“(...) o projeto de substituição de todo o sistema de informação dos cuidados continuados integrados, devidamente articulado com a DE-SNS.”* Envolvendo *“(...) uma evolução tecnológica da base de dados e melhorias significativas em termos funcionais, de arquitetura, bem como de aspetos tecnológicos e de novos componentes para ampliar e modernizar as capacidades do sistema”* visa *“(...) eliminar as redundâncias e duplicações de registos, bem como reforçar a eficiência e a funcionalidade do Sistema de Informação, promovendo uma gestão mais robusta e integrada.”* Contudo, não foi dada indicação quanto ao calendário expectável para a entrada plena em produção do (novo) sistema, resultante do projeto de substituição em curso.

¹⁹⁷ Informação prestada pela SPMS, ofício S 1137 de 22.02.2024. O PNB – Portuguese National Broker é um sistema de interface que envolve várias entidades e componente de software.



IV. CONCLUSÕES

As tendências de rápido envelhecimento da população surgem como determinantes do incremento da procura de cuidados de longa duração e dos respetivos níveis de financiamento, que em Portugal se situam em cerca de metade dos verificados na média dos países da OCDE. (Ponto 5 e Ponto 6)

316. Portugal, tal como grande parte dos países europeus, confronta-se com os desafios de um rápido envelhecimento populacional, o que poderá constituir uma componente de aumento da procura deste tipo de cuidados e consequente aumento das necessidades de financiamento.
317. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI ou Rede) conjuga várias tipologias de cuidados de resposta temporária que coexistem, em função dos perfis de necessidades de saúde e de apoio social, e mesmo na sua modalidade de cuidados de longa duração, não se confunde com outras respostas de natureza permanente e/ou definitiva, designadamente, com as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI).
318. Segundo dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), reportados a 2021, Portugal gastou cerca de 1% do PIB em cuidados de longa duração, o que representa pouco mais de metade da despesa média dos países da OCDE com este tipo de cuidados (1,8%).
319. A auditoria realizada pelo Tribunal em 2009, que se reportou aos primeiros anos de instalação da RNCCI (2006-2008), concluiu então que os recursos financeiros disponíveis não tinham sido utilizados na produção de cuidados continuados integrados, de acordo com os objetivos e metas planeados, gerando disponibilidades de cerca de 162,2 milhões de euros. Por sua vez, as 2.870 camas implementadas até 31 de dezembro de 2008 ficaram aquém meta de 5.162 a alcançar até final de 2008.

Em 2023, decorridos 17 anos, o desenvolvimento da RNCCI permanece aquém das metas de cobertura traçadas aquando do seu lançamento em 2006. A revisão das metas de desenvolvimento da Rede adiou a sua concretização para 2030, não sendo claro em que medida refletem adequadamente as necessidades atuais e futuras deste tipo de cuidados. (Ponto 7)

320. A expansão da RNCCI permanece, no final de 2023, aquém das metas traçadas aquando do seu lançamento (2006) e cuja concretização se previa alcançar em 2016. A comparação dos lugares de internamento disponíveis na RG (9.557) evidencia um desvio negativo face aos objetivos então definidos (-33,3%; -4.774 lugares), o mesmo sucedendo em relação ao número de equipas de apoio domiciliário (-14,3%; -52 equipas).
321. A revisão das metas de desenvolvimento da Rede resultou num plano de alargamento do número de lugares em todas as tipologias de internamento da Rede Geral (RG) que traduz um incremento de 14,1% face às metas definidas em 2006, mas remete a sua concretização para 2030.
322. Assim, as metas de desenvolvimento da Rede permanecem largamente inalteradas desde a sua criação apesar da evolução dos indicadores demográficos e dos resultados em saúde. A ausência de um levantamento prospetivo das necessidades deste tipo de cuidados não permite avaliar a adequação daquelas metas à crescente pressão da procura que se perspetiva ocorrer nos próximos anos.
323. A RG, com respostas ao nível do internamento e do apoio domiciliário, constitui o principal pilar da oferta de cuidados da RNCCI, concentrando 96,5% da oferta de lugares (15.581), no final de 2023. Apesar da evolução registada na oferta de lugares nas áreas dos Cuidados Continuados

Integrados de Saúde Mental (CCISM) e dos Cuidados Continuados Integrados Pediátricos (CCIP), entre 2017 e 2023, estas permanecem marginais no universo de respostas da Rede e apenas representam 3,2% e 0,2%, respetivamente, da oferta total de lugares da Rede (16.138).

324. A prestação de cuidados na Rede depende largamente das instituições do Setor Social e Solidário que, em 2023, representaram mais de três quartos do universo total de prestadores (77,8%; 196 num total de 252), com destaque para o papel das Misericórdias (47,2%; 119 prestadores). Nas respostas de internamento da RG, o setor social e solidário agrega 79% dos prestadores e 76,8% da oferta de lugares.

O crescimento da procura de cuidados continuados não foi acompanhado pelo reforço da capacidade instalada, prejudicando as condições de acesso à Rede. (Ponto 8.1 e Ponto 8.2)

325. Entre 2017 e 2023, a oferta de lugares na Rede cresceu globalmente 14,4% (+2.031 lugares), face a um aumento de 28,5% no número de utentes referenciados (+11.328 utentes), aumentando a pressão sobre a capacidade de resposta da Rede.

326. A proporção de utentes admitidos na RG no ano da referenciação diminuiu entre 2017 e 2023, quer nas respostas de internamento (de 60,4% para 55,6%; -4,9 p.p.), quer de apoio domiciliário (de 83,1% para 69,5%; -13,5 p.p.).

327. Apesar da redução das medianas do tempo de referenciação até à admissão na generalidade das respostas da Rede, identificam-se padrões distintos e desiguais nos tempos de acesso a uma mesma tipologia de cuidados da Rede, com destaque para as tipologias da RG, decorrentes da existência de assimetrias regionais nos tempos de acesso dos utentes à Rede.

328. No final de 2023, existiam 1.804 utentes a aguardar a identificação de vaga para admissão nas diferentes tipologias de cuidados da Rede, + 15,5% face ao ano anterior e +19,9% face a 2017. A estes acresciam 2.267 utentes referenciados para a Rede, mas cujos processos de referenciação ainda se encontravam em fase de validação, e que quase duplicaram entre 2017 e 2023 (+93,6%).

329. Os utentes que, no final de 2023, ainda aguardavam vaga nas tipologias da RG enfrentavam tempos de espera significativamente mais longos (mediana de 41 dias) quando comparados com os tempos de espera suportados pelos utentes admitidos ao longo daquele ano (mediana de 17 dias) o que pode sinalizar a tendência de agravamento dos tempos de acesso à Rede.

330. Permanecem por definir tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) a cumprir pelas unidades e equipas da Rede, o que dificulta a decisão do utente e inviabiliza a possibilidade de comparar as condições de acesso existentes em cada região e de desempenho das instituições relativamente ao cumprimento de tempos máximos.

A falta de resposta da RNCCI é a principal causa dos internamentos inapropriados nos hospitais, o que tem conduzido à contratação de camas de retaguarda exteriores. (Ponto 8.3)

331. Para libertarem camas de internamento, os hospitais têm vindo a contratar cada vez mais camas de retaguarda ao setor privado e social. Os gastos com as camas de retaguarda ascenderam a 12,5 milhões de euros em 2022, mais 3,2 milhões de euros (34%) que em 2021 e mais 8,3 milhões de euros (193,8%) que em 2017. Estes gastos desviam financiamento destinado à prestação de cuidados de saúde hospitalares.

332. O gasto médio por diária de internamento numa cama de retaguarda (111,98 €) em 2022, foi superior ao preço das diárias de internamento na RNCCI, 75,48 € nas Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM), 95,84 € nas Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e



110,84 € nas Unidades de Convalescença (UC), revelando o potencial de poupança do alargamento da Rede.

A tendência de aumento dos tempos médios de permanência na Rede pode limitar a dinâmica das respostas e constranger o acesso dos utentes se não for acompanhada de um adequado reforço da capacidade instalada e de adicionais respostas sociais. (Pontos 9.1 e Ponto 9.2)

333. A evolução da atividade assistencial entre 2017 e 2023 reflete uma estagnação da capacidade instalada. O número de utentes assistidos na RNCCI registou um crescimento médio anual de 2,1% (+12,3% no período), em linha com a variação média anual de 2,2% verificada no número de diárias na Rede (+13,9% no período).
334. Os tempos médios de permanência na RNCCI aumentaram em todas as tipologias de resposta, exceto nos cuidados domiciliários da RG, que registaram um decréscimo de 34 dias (-24,1%). Destaca-se o crescimento das demoras médias nas tipologias de internamento da RG entre 2017 e 2023: UC, +15,0% (de 40 para 46 dias); UMDR, +26,7% (de 86 para 109 dias); e ULDM, +30,6% (de 183 para 239 dias).
335. A proporção de utentes com tempos médios de permanência que ultrapassam os tempos previsíveis de internamento definidos para as tipologias UC e UMDR da RG aumentaram entre 2017 e 2023 (4,9 p.p. e 5,8 p.p., respetivamente). De igual modo, neste período não só aumentou o peso dos utentes com tempos de permanência superiores a um ano nas tipologias de internamento da RG (0,5 p.p. em UC; 2,2 p.p. em UMDR; e 3,9 p.p. em ULDM), como também as respetivas demoras médias. Destaca-se a variação registada nas UMDR e ULDM: as demoras médias dos internamentos superiores a um ano registaram um acréscimo de 526 para 825 dias e de 899 para 1.095 dias, respetivamente.
336. No final de 2023, os tempos médios de internamento dos utentes da RG que ainda se encontravam internados a 31.12.2023 ultrapassavam largamente as demoras médias observadas para os utentes com alta nesse ano (+168%, +207% e +301%, em UC, UMDR e ULDM, respetivamente), sinalizando uma tendência de agravamento futuro daquelas demoras médias, que se poderá constituir como obstáculo à fluidez na utilização das referidas tipologias de cuidados.

A falta de informação que permita medir adequadamente os resultados e impactos da Rede nas condições de vida e de bem-estar dos seus utentes prejudica a avaliação de desempenho das respetivas unidades e a responsabilização por esses resultados. (Ponto 9.3)

337. Os relatórios de monitorização do desempenho da RNCCI não integram uma dimensão de avaliação das unidades e equipas da Rede, designadamente quanto ao seu funcionamento, à qualidade dos cuidados e serviços prestados, aos processos realizados, aos resultados obtidos, e à articulação com outros recursos de saúde e ou sociais.
338. Os relatórios de monitorização do desempenho da RNCCI não contemplam uma componente de avaliação da qualidade dos cuidados e serviços prestados, com base em indicadores relativos aos resultados e impactos em saúde e nas condições de vida e de bem-estar dos utentes.
339. Entre 2017 e 2022, não existiu registo de informação acerca dos motivos da alta para cerca de 1/5 dos utentes assistidos na Rede, prejudicando a correta medição e avaliação do universo de utentes cuja alta se deveu ao cumprimento dos objetivos subjacentes ao seu ingresso na Rede, indicador relacionado com a efetividade dos cuidados prestados.
340. Em 2023, para uma proporção significativa dos utentes da RG (58,7%) ainda não era possível

avaliar a melhoria, agravamento ou manutenção dos níveis de funcionalidade entre a sua admissão e a alta da Rede.

Apesar de previsto desde a criação da RNCCI em 2006, continua a não existir uma avaliação do modelo de funcionamento e financiamento da RNCCI que permita aferir a sua adequabilidade face a objetivos de atividade, qualidade e sustentabilidade. (Ponto 10.1)

341. Já em 2008, o Tribunal tinha recomendado a avaliação dos mecanismos e preços previstos para a contratualização de prestadores de cuidados continuados e o apuramento dos custos relevantes, diretos e indiretos, por unidades, tipologias, equipas, regiões e outros custos de estrutura de unidades orgânicas do SNS ou da segurança social que contribuíssem para os resultados da RNCCI, o que permanece por concretizar.
342. Os parceiros do setor social e privado têm alertado que a falta de um novo modelo de financiamento compromete o alargamento da Rede e pode provocar o encerramento de unidades. O Governo comprometeu-se a estudar e a apresentar uma proposta de alteração do modelo de funcionamento e de financiamento da Rede, mas tal ainda não se realizou.

A falta de informação financeira sobre o desempenho económico-financeiro das unidades e o não tratamento e análise dessa informação por parte dos financiadores públicos prejudica a fixação de preços, o estudo do modelo de financiamento e a apreciação da sustentabilidade da Rede e das unidades que a compõem. (Ponto 10.2)

343. Os financiadores públicos da RNCCI, Administração Central do Sistema de Saúde, IP(ACSS) e Instituto da Segurança Social, IP (ISS), não dispõem de informação financeira sobre todas as unidades da Rede. Ainda assim, no âmbito da apresentação de contas anual das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) ao ISS, verificou-se que 118 (60,5%) das 195 IPSS que integravam a RNCCI em 2022 apresentaram informação sobre o desempenho económico das unidades da Rede.
344. O exame realizado às contas das unidades da RNCCI pertencentes a IPSS e que apresentaram contas de forma individualizada (por resposta) ao ISS revelou que, em 2023: (i) seis UC (66,6%) apresentam um custo por utente/dia superior ao preço estabelecido (110,84 €), com variações entre 115,63 € e 135,12 €, e um custo médio unitário de 114,48 €; (ii) 30 UMDR (71,4%) exibem um custo superior ao preço definido (95,84 €), variando entre 96,57 € e 185,30 € e com custo médio de 107,06 €; (iii) quanto às ULDM, 69 unidades (72,6%) registam um custo por utente/dia superior ao preço fixado (75,48 €), oscilando entre 75,5 € e 122,6 €, sendo o custo médio de 81,97 €.

Os preços da RNCCI não evoluíram de forma previsível e de acordo com o respetivo modelo de financiamento. (Ponto 10.3)

345. O modelo de financiamento da RNCCI assenta na atividade realizada, sendo indiferente à qualidade dos cuidados prestados e aos resultados alcançados.
346. Os preços fixados para as diárias de internamento não estão sustentados em metodologias de custeio, tendo sido determinados administrativamente e sem revisão periódica.
347. Se os preços tivessem sido atualizados no início de cada ano civil, mediante a aplicação do coeficiente resultante da variação média do índice de preços no consumidor (IPC), tal como previsto no modelo de financiamento da Rede, o preço da diária/utente nas UC e UMDR no período 2012 a 2023, teria sido sempre superior, variando entre os 3,6% e os 12,3%. Nas ULDM, o preço resultante da atualização com base no IPC teria sido superior entre 2012 e 2021, variando



entre 1,8% e 8,7%, e inferior em 11,8% e 6,2% em 2022 e 2023, respetivamente.

348. Os preços para os cuidados de saúde prestados na área da pediatria foram fixados em 2016 e nunca foram atualizados.
349. O facto de os preços não evoluírem de acordo com o modelo de financiamento e não serem revistos com base em adequadas metodologias de custeio, constitui um risco para as finanças públicas, para a sustentabilidade das unidades e para o desenvolvimento da RNCCI, mais premente num contexto de progressivo envelhecimento populacional.
350. A atribuição de efeitos retroativos à atualização de preços determinou encargos adicionais da segurança social com apoios sociais, mesmo nos casos em que os utentes não beneficiavam de qualquer comparticipação.

A informação sobre a despesa com a RNCCI constante dos relatórios de monitorização não é fidedigna por estar incompleta e conter erros. (Ponto 11)

351. Os relatórios de monitorização da RNCCI não evidenciam a despesa paga pelos utentes e famílias e a despesa pública é apresentada de forma incompleta, designadamente por não incluir os gastos com as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e com a estrutura da Rede. A despesa com o transporte de doentes está subavaliada por não considerar os gastos incorridos por todas as Administrações Regionais de Saúde (ARS).

No período 2017 a 2023, a despesa pública com a RNCCI totalizou 1.520,7 milhões de euros, dos quais 78,5% (1.193,5 milhões de euros) pagos pelo Ministério da Saúde e 21,5% (327,2 milhões de euros) pelo Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (Ponto 11.1)

352. Cerca de 46,5% (706,5 milhões de euros) da despesa pública com a RNCCI no período 2017 a 2023, foi financiada por receita proveniente da distribuição dos resultados líquidos da exploração dos jogos sociais.
353. Em 2023, a despesa com a RNCCI registou o valor mais alto (279 milhões de euros), um aumento de 18,2% (43 milhões de euros) face a 2022, justificado, fundamentalmente, pelo aumento dos preços em 5,5% para as UMDR e em 15,3% para as ULDM realizado em 2022, mas que, por via da sua aprovação tardia, produziu efeitos na despesa em 2023.
354. A despesa com as comparticipações aos utentes no pagamento dos cuidados de apoio social representou cerca de 89,8% (60,3 milhões de euros) da despesa paga pelo Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social em 2023.

A inexistência de procedimentos de controlo, monitorização e reporte da despesa paga pelos utentes e famílias não permite determinar o seu esforço no financiamento da Rede e como ele evoluiu entre 2017 e 2023, para além de prejudicar a avaliação da sustentabilidade das unidades, a definição de preços, o estudo e transparência do modelo de financiamento e a sinalização de necessidades específicas de apoio social. (Ponto 11.2)

355. A recolha e tratamento de 4.203 mapas mensais em *exce/* realizada na auditoria, permitiu concluir que, em 2023, os encargos com cuidados de apoio social a pagar pelos utentes ascenderam a 45,1 milhões de euros, dos quais 13,0 milhões de euros relativos a UMDR, 31,6 milhões de euros relativos a ULDM e 0,5 milhões de euros no âmbito da saúde mental, ou seja, aproximadamente 14% da despesa total com a RNCCI. Apesar de a dívida dos utentes ser identificada pelos prestadores como um dos principais constrangimentos à sustentabilidade financeira das unidades, os financiadores públicos não monitorizam ou dispõem de informação sobre os montantes pagos e em dívida pelos utentes.

356. Em 2023, cerca de 77,4% dos utentes de UMDR e 91,4% de ULDM beneficiaram de comparticipação da segurança social no pagamento dos cuidados de apoio social, sendo que a segurança social participou na totalidade, 5% e 4,9% dos utentes de UMDR e ULDM, respetivamente.
357. Por mês, em média, um utente paga 374,50 € nas UMDR e 542,50 € nas ULDM, correspondente a diárias de 12,48 € e 18,08 €, respetivamente. Considerando o total do preço utente/dia, os utentes pagam cerca de 12,7% e 23,4% do total dos encargos nas UMDR e ULDM, respetivamente, assumindo um peso relevante na estrutura de rendimentos destas unidades.

A continuada falta de apoios ao investimento limitou o desenvolvimento da Rede. (Ponto 11.3)

358. Desde o Programa Modelar, criado em 2008, com execução financeira concentrada entre 2009 e 2012, até ao lançamento dos avisos de concurso no âmbito do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) no final de 2023, não foram criados instrumentos de financiamento dirigidos ao desenvolvimento da RNCCI. No final de 2023, a RNCCI dispunha de 9.557 camas de internamento na RG, aquém do objetivo definido em 2006 para a fase final de desenvolvimento da Rede: 14.601 camas, em 2016.

Candidaturas elegíveis para financiamento no âmbito do PRR ficam aquém dos objetivos definidos para o alargamento da Rede. (Ponto 11.3)

359. As candidaturas consideradas elegíveis ao PRR abrangem 3.393 camas de internamento na RG (61,7% do previsto), 311 (62,2% do previsto) lugares em unidades de dia e de promoção da autonomia e 320 (32% do previsto) lugares em equipas de cuidados continuados integrados. Na área da saúde mental as candidaturas elegíveis abrangem 441 lugares (44,1% do previsto) em unidades residenciais e unidades sócio-ocupacionais e 80 lugares (80% do previsto) em equipas de apoio domiciliário.

O sistema de informação da RNCCI não fornece funcionalidades essenciais à gestão da atividade e apresenta fragilidades estruturais que prejudicam a fiabilidade dos outputs. (Ponto 12)

360. A base de dados em que assenta o sistema de informação da RNCCI não dispõe de mecanismos implementados de integridade referencial, de entidade ou até domínio, o que compromete a consistência dos dados.
361. As falhas detetadas podem ter comprometido ao longo do tempo a fiabilidade da evidência utilizada no reporte da monitorização da atividade, a prestação de contas baseada nos resultados, bem como a qualidade das decisões de gestão e coordenação da Rede.

V. RECOMENDAÇÕES

Atentas as observações e conclusões resultantes da auditoria formulam-se as seguintes recomendações:

À Ministra da Saúde e à Ministra do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social

- R.1. Promover o desenvolvimento estrutural da RNCCI e a sua configuração, tendo em conta a integração de políticas públicas sociais e do setor da saúde, considerando o previsível aumento de necessidades que solicitam a disponibilidade de cuidados continuados integrados.
- R.2. Rever, atualizar, clarificar e calendarizar os objetivos de expansão da Rede, tendo em conta as metas definidas e a recuperação dos atrasos verificados na sua execução.
- R.3. Promover a definição de tempos máximos de resposta garantidos no acesso a cuidados continuados integrados (número máximo de dias de espera para ingresso nas diferentes tipologias da RNCCI) e zelar pelo seu cumprimento¹⁹⁸.
- R.4. Garantir a redução dos tempos de acesso a cuidados continuados integrados e a eliminação das assimetrias regionais existentes.
- R.5. Promover a avaliação da realização dos objetivos das políticas públicas operacionalizadas pela RNCCI.
- R.6. Promover a divulgação do serviço público prestado pela RNCCI, nas suas várias tipologias, garantindo que as condições e procedimentos de acesso são amplamente divulgados junto de toda a população e em particular junto dos utentes elegíveis para receber cuidados continuados integrados.
- R.7. Promover pela avaliação e revisão do modelo de funcionamento e financiamento da RNCCI, reiterando o compromisso assumido pelos vários governos com o setor social e solidário.
- R.8. Assegurar que os preços pagos aos prestadores evoluem de forma previsível e de acordo com o modelo de financiamento, prevenindo a atribuição de efeitos retroativos à atualização de preços.
- R.9. Determinar que o universo de entidades prestadoras de cuidados no âmbito da RNCCI, apresentem anualmente contas por unidade e tipologia, permitindo ao Estado, enquanto financiador, acompanhar e monitorizar os gastos incorridos, de modo a apoiar as decisões de financiamento.
- R.10. Diligenciar pela instituição de procedimentos de controlo, monitorização e reporte da despesa paga pelos utentes e famílias a fim de determinar o seu esforço no financiamento da Rede, contribuindo para os indicadores de avaliação da sustentabilidade das unidades, definição de preços, estudo e transparência do modelo de financiamento e a sinalização de necessidades específicas de apoio social.
- R.11. Diligenciar pelo cumprimento dos objetivos inscritos no Plano de Recuperação e Resiliência para o alargamento da Rede, incluindo as unidades de dia e promoção da autonomia, de forma

¹⁹⁸ Esta recomendação constava da anterior auditoria do Tribunal de Contas à RNCCI (2009) e permanece por acolher. Vide [Relatório n.º 38/09 – 2ªS - Auditoria à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2006 - 2008](#).

a dar resposta aos utentes sem necessidade de internamento ou cuja condição não justifique a prestação de cuidados no domicílio.

- R.12. Promover a articulação entre as várias entidades com responsabilidades na gestão da RNCCI e das respostas sociais dirigidas a idosos, de modo a encaminhar os utentes que já não reúnam os critérios da RNCCI, designados de “casos sociais”.
- R.13. Rever o conjunto de indicadores que permitem aferir a realização dos objetivos e metas estabelecidos em diferentes dimensões (financeira, utentes, unidades orgânicas da Rede e processos), de modo a garantir uma responsabilização pela qualidade dos cuidados prestados e pelos resultados, bem como a produção de evidência sobre os impactos da Rede na satisfação das necessidades dos utentes e na eficácia dos sistemas de saúde e de proteção social.
- R.14. Promover pelo desenvolvimento de um Sistema de Informação da RNCCI que responda às necessidades dos seus utilizadores, permitindo, designadamente:
- a interoperabilidade com os sistemas de informação existentes nas unidades e equipas da Rede;
 - a automatização do apuramento e conferência dos montantes faturados pelos prestadores da RNCCI (cuidados de saúde e de apoio social);
 - o apuramento da despesa paga pelos utentes e famílias a fim de determinar o seu esforço no financiamento da Rede;
 - a manutenção do histórico de dados do atual sistema de informação.
- R.15. Assegurar que a informação sobre a despesa com a RNCCI constante dos relatórios de monitorização é fidedigna, completa e isenta de erros.

À Ministra da Saúde

- R.1. Determinar que a DE-SNS reformule o sistema de informação da RNCCI, garantindo o histórico de dados e a interoperabilidade com os sistemas de informação existentes, de acordo com padrões de monitorização integrada que disponibilizem informação completa, rigorosa e oportuna.
- R.2. Determinar que a DE-SNS assegure a produção e divulgação de informação que permita avaliar os resultados e impactos da prestação de cuidados continuados integrados nas condições de vida e de bem-estar dos utentes, de modo a responsabilizar as respetivas unidades e equipas prestadoras, bem como os diversos níveis de administração e coordenação da RNCCI.
- R.3. Rever os procedimentos administrativos que suportam os processos de referência e disponibilização de lugares na Rede, tendo em vista a célere identificação de vaga para admissão.
- R.4. Assegurar que o financiamento destinado à prestação de cuidados hospitalares não é subtraído dos gastos das unidades hospitalares com a colocação de utentes em camas de retaguarda que, por motivos sociais, permanecem inapropriadamente internados, em situação de pós-alta clínica.

À Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde

- R.1. Promover pela avaliação e revisão do modelo de funcionamento e financiamento da RNCCI, em articulação com os serviços dos ministérios da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e da Segurança Social.
- R.2. Assegurar o desenvolvimento do sistema de informação da RNCCI por forma a responder às necessidades dos seus utilizadores, garantindo o histórico de dados e a interoperabilidade com os sistemas de informação existentes, de acordo com padrões de monitorização integrada que disponibilizem informação completa, rigorosa e oportuna.

À Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

- R.1. Implementar as medidas necessárias para assegurar o cumprimento dos objetivos de desenvolvimento da Rede previstos no PRR, nomeadamente lançando os avisos de abertura de concurso remanescentes.

À Coordenação Nacional da RNCCI

- R.1. Garantir que os prestadores da RNCCI cumprem com as suas obrigações de registo relativas à condição dos utentes e ao funcionamento das respetivas unidades.
- R.2. Realizar um apuramento dos custos relevantes, diretos e indiretos, por unidades, tipologias, equipas e regiões, bem como de outros custos de estrutura de unidades orgânicas do SNS e da segurança social que contribuem para os resultados da RNCCI.
- R.3. Assegurar o tratamento, apuramento e análise dos montantes suportados pelos utentes e famílias e proceder à sua divulgação no relatório de monitorização da RNCCI.

VI. VISTA AO MINISTÉRIO PÚBLICO

Do projeto de relatório foi dada vista ao Ministério Público, nos termos e para os efeitos do artigo 29.º, n.º 5, da LOPTC, que emitiu o respetivo parecer.

VII. DECISÃO

Os juízes do Tribunal de Contas, em subsecção da 2ª Secção, decidem:

1. Aprovar o presente Relatório.
2. Que o Relatório seja remetido aos seguintes responsáveis:
 - Presidente da Assembleia da República;
 - Ministra da Saúde;
 - Ministra do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social;
 - Diretor Executivo da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, IP;
 - Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP;
 - Presidente do Conselho Diretivo do Instituto da Segurança Social, IP;
 - Presidente do Conselho de Administração da SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE;
 - Co-Coordenador da Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, em representação da área governativa da saúde;
 - Co-Coordenadora da Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em representação da área governativa do trabalho, solidariedade e segurança social;
 - Presidente da Direção da Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade;
 - Presidente do Secretariado Executivo e Nacional da União das Misericórdias Portuguesas;
 - Presidente do Conselho de Administração da União das Mutualidades Portuguesas;
 - Presidente da Direção da Confederação Cooperativa Portuguesa, CCRL;
 - Presidente da Direção da Associação Nacional dos Cuidados Continuados.
3. Que um exemplar do presente Relatório seja remetido ao Ministério Público junto deste Tribunal, nos termos dos artigos 29º, n.º 4, 54º, n.º 4, e 55º, n.º 2, da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, na versão atual.
4. Determinar que as entidades destinatárias das recomendações informem o Tribunal de Contas, no prazo de seis meses após a receção deste Relatório, por escrito e com a inclusão dos respetivos documentos comprovativos, acerca da sequência dada às recomendações.
5. Fixar o valor global dos emolumentos em 17.164 €, nos termos dos artigos 1.º, 2.º, 10.º e 11.º, n.º 2 e n.º 3, do Regime Jurídico dos Emolumentos do Tribunal de Contas¹⁹⁹, a pagar, em partes iguais, pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP e pelo Instituto da Segurança Social, IP.

¹⁹⁹ Decreto-Lei n.º 66/96, de 31 de maio, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 139/99, de 28 de agosto, e pela Lei n.º 3-B/2000, de 4 de abril.

6. Que, após a remessa às entidades mencionadas, o Relatório seja colocado à disposição dos órgãos de comunicação social e divulgado no sítio do Tribunal de Contas na *Internet*.

Tribunal de Contas, em 19 de dezembro de 2024

O Juiz Conselheiro Relator



(Luís Filipe Cracel Viana)

As Juízas Conselheiras Adjuntas



(Helena Maria Mateus de Vasconcelos Abreu Lopes)



(Maria da Luz Carmezim Pedroso de Faria)

REFERÊNCIAS

European Commission and EPC (2024), "2024 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2022-2070)", European Economy, Institutional Paper No 279

Franco, A. B. (2019). *Incidência De Quedas E Caracterização Dos Doentes Internados Na Unidade De Cuidados Continuados Integrados De Média Duração E Reabilitação* (Doctoral dissertation, Dissertação de Mestrado em Saúde Pública)

OECD (2021), OECD Economic Surveys: Portugal 2021, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/13b842d6-en>.

OECD (2023), "Long-term care spending and unit costs", in *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/36e18bb7-en>.

Schoberer, D., Breimaier, H. E., Zuschnegg, J., Findling, T., Schaffer, S., & Archan, T. (2022). Fall prevention in hospitals and nursing homes: Clinical practice guideline. *Worldviews on evidence-based nursing*, 19(2), 86–93. <https://doi.org/10.1111/wvn.12571>.

World Health Organization. (2022). *Rebuilding for sustainability and resilience: strengthening the integrated delivery of long-term care in the European Region* (No. WHO/EURO: 2022-5330-45095-64318). World Health Organization. Regional Office for Europe.

2

ANEXOS

ANEXO I Metodologia

A auditoria foi desenvolvida em conformidade com as fases de planeamento, execução e de elaboração do relato, previstas no “Manual de Auditoria – Princípios Fundamentais” e no “Manual de Auditoria de Resultados” do TdC.

As evidências de auditoria estão documentadas e as observações e conclusões formuladas estão fundamentadas.

PLANEAMENTO

A fase de planeamento incluiu a identificação, recolha e análise da legislação e restante informação disponível sobre a RNCCI, designadamente a disponível na DGTC.

Foi solicitada informação sobre estudos, pareceres, relatórios de auditoria e outras ações de controlo à Entidade Reguladora da Saúde, Inspeção-Geral de Finanças, Inspeção-Geral das Atividades em Saúde e Inspeção-Geral do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social.

Foi igualmente solicitada diversa documentação ao Ministério da Saúde, ao Instituto Nacional de Estatística, à Direção Executiva do SNS, à Coordenação Nacional da RNCCI, às Administrações Regionais de Saúde e ao Instituto da Segurança Social.

Ainda na fase de planeamento foram convidadas as seguintes personalidades com ligação à área dos cuidados continuados, quer de âmbito académico, quer com intervenção direta na implementação da Rede e na prestação de cuidados:

- Autor de literatura sobre a RNCCI²⁰⁰;
- Coordenadora da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados entre 2006 e 2012;
- Diretor do Departamento de Gestão e Financiamento de Prestações de Saúde da ACSS entre maio de 2008 e maio de 2012 e Vogal Executivo do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. entre 2016 e 2021;
- Presidente da direção da ANCC;
- Vogal da direção da ANCC;
- Professor da Faculdade de Economia da Universidade do Porto²⁰¹;
- Presidente da União das Misericórdias Portuguesas;
- Vogal da direção da Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade (CNIS), em representação do seu presidente.

Foi também analisada informação remetida pela ANCC e pela União das Misericórdias Portuguesas.

O planeamento da auditoria incluiu ainda uma revisão da literatura sobre *long term care* (LTC), onde se incluem os documentos elaborados por organizações internacionais, como seja o Eurostat, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a Organização Mundial da Saúde (OMS), a CE e o Parlamento Europeu.

Tendo por base a informação recolhida e as análises efetuadas foi elaborado o Plano Global de Auditoria onde se delimita o âmbito da auditoria, se identificam os objetivos, critérios, método e

²⁰⁰ Doutor em Administração da Saúde pelo ISCSP - Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa, Professor Auxiliar nas áreas de Políticas de Saúde, Administração e Gestão da Saúde e Análise de Políticas Públicas, Investigador do CAP.P. (Centro de Administração e Políticas Públicas-ISCSP-ULisboa), do CERIS (CIVIL ENGINEERING RESEARCH AND INNOVATION FOR SUSTAINABILITY-Instituto Superior Técnico-ULisboa) e do ISAMB (Instituto de Saúde Ambiental-Faculdade de Medicina-ULisboa).

²⁰¹ Autor do estudo sobre o subfinanciamento das Unidades de Cuidados Continuados Integrados, realizado a pedido da ANCC.

procedimentos de auditoria, se indica a equipa de auditoria constituída para o efeito e se fixa o calendário da ação²⁰².

EXECUÇÃO DA AUDITORIA

A fase de execução decorreu de outubro de 2022 a fevereiro de 2024.

Foram realizadas reuniões de trabalho junto das seguintes entidades:

- Comissão Nacional de Coordenação da RNCCI;
- Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.: Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde, Departamento de Gestão Financeira;
- Instituto da Segurança Social, I.P.: Unidade de Gestão e Acompanhamento da RNCCI, Departamento de Gestão e Controlo Financeiro, Centro Distrital de Lisboa;
- SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE: Unidade de Sistemas de Cuidados de Saúde;
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.: Equipa Coordenadora Regional da RNCCI, Equipa de Gestão de Altas da Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, EPE, Equipa de Coordenação Local de Lisboa Central, Equipa de Cuidados Continuados Integrados e os profissionais envolvidos na referênciação do ACES de Lisboa Norte.

Na sequência destas reuniões foi recolhida evidência de auditoria sobre os processos e procedimentos relativos à referênciação e admissão dos utentes para a RNCCI, bem como do sistema de informação de apoio à RNCCI, informação que também foi recolhida junto das restantes Administrações Regionais de Saúde.

Aos hospitais do SNS foi solicitada e analisada informação sobre as camas de retaguarda exteriores à RNCCI.

Foram também recolhidos, tratados e analisados 4.203 ficheiros provenientes dos centros distritais da segurança social, com os “Mapas agregadores mensais” dos prestadores, com informação sobre as comparticipações dos utentes que foram admitidos na RNCCI. Para o apuramento do montante médio por utente foi considerada a agregação do respetivo número de identificação de segurança social (NISS).

Foram extraídos da aplicação OCIP, do sistema de informação da segurança social, 203 ficheiros com as demonstrações dos resultados das IPSS. Para apuramento dos gastos das unidades da Rede foram agregados os ficheiros que apresentavam as DR individualizadas por tipologia, tendo sido consideradas as rubricas de custo das matérias consumidas, gastos com fornecimentos e serviços externos, gastos com pessoal, gastos de depreciação e de amortização e outros gastos. O apuramento dos custos unitários resultou do quociente entre os referidos gastos e as diárias para taxa constantes do Relatório 006.01 – Taxa de ocupação.

Destaca-se o tratamento e análise de 147 relatórios provenientes do sistema de informação da Rede, reportados ao período de 2017 a 2023, disponibilizados pelos SPMS, que serviram de base à análise da estrutura, referênciação e atividade assistencial da RNCCI.

Para cálculo dos indicadores que suportam as observações de auditoria, considerando as fragilidades do SI RNCCI elencadas no Ponto 12, foram adotados os seguintes critérios:

²⁰² Informação n.º 6/2022-DA-V-Setor Social, de 22 de agosto.



Relatório	Indicador	Critério adotado
Relatório - Camas e lugares na Rede	Contagem do n.º de prestadores Contagem do n.º de unidades e equipas da Rede Lotação	Conciliação com os Despachos que autorizam a despesa para o período correspondente ao âmbito da auditoria e informação prestada pelas ECR, resultando em retificações às designações dos prestadores e das unidades e equipas, unidades em funcionamento, lotação, NIF e natureza jurídica dos prestadores e setores de atividade.
Relatório 014.01 - Utentes referenciados estados	Contagem do n.º de utentes referenciados	Contagem normal de ID_episódio.
Relatório 008.01 - Tempos de referência	Mediana do tempo da referência até à admissão na Rede (em dias)	Diferença entre a data de início da referência e a primeira data de admissão na Rede. Foram excluídos os registos em que a diferença é negativa.
Relatório 009.03 – Utentes a aguardar vaga	Contagem do n.º de utentes a aguardar vaga	N/A
Relatório 007.01 - Utentes assistidos	Contagem do n.º de utentes assistidos	Contagem normal de ID_episódio.
Relatório 012.01 - Destino e motivo da alta	Destino e motivo da alta	Para harmonização dos critérios nos anos em análise, foram utilizadas as designações do destino e motivo da alta adotadas pelos SPMS até 2022, uma vez que no ano de 2023 foram desagregadas.
Relatório 006.01 - Taxa de ocupação	Evolução do número de diárias na Rede	Quociente entre a soma das diárias para taxa e as diárias possíveis.
Relatório 003.02 - Quedas	Contagem do n.º de quedas	Contagem normal do n.º de quedas por ID_episódio.
Relatório 003.02 - Quedas Relatório 007.01 - Utentes assistidos	Prevalência de utentes com quedas	Contagem distinta por ID_episódio.
Relatório 004.02 - Úlceras de pressão nos utentes assistidos	Contagem do n.º de úlceras de pressão	Contagem normal do n.º de úlceras por ID_episódio.
Relatório 004.02 - Úlceras de pressão nos utentes assistidos Relatório 007.01 - Utentes assistidos	Prevalência de utentes com úlceras de pressão	Contagem distinta por ID_episódio.



Relatório	Indicador	Critério adotado
Relatório 004.02 - Úlceras de pressão nos utentes assistidos Relatório 007.01 - Utesntes assistidos	% dos utentes com úlceras de pressão desenvolvidas nas unidades e equipas da Rede vs utentes assistidos	Contagem distinta por ID_episódio.
Relatório "Avaliação do grau de funcionalidade do utente"	% utentes com avaliação de funcionalidade	Contagem normal por ID_episódio dos utentes com 18 ou mais anos e com alta em cada um dos anos em análise.

Os resultados das análises desenvolvidas alicerçaram as observações e conclusões de auditoria constantes do Relato.

RELATO

Nos termos legais e regulamentares, o Juiz Conselheiro Relator aprovou o Relato para remessa para contraditório após distribuição às Juízas Conselheiras Adjuntas.

ANEXO II Condições de admissão na RNCCI

Condições gerais de admissão

- Dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou outro
- Dependência funcional prolongada
- Idosos com critérios de fragilidade
- Incapacidade grave, com forte impacto psicossocial
- Doença severa, em fase avançada ou terminal

N.º 1 do artigo 31.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho

- A alimentação entérica
- O tratamento de úlceras de pressão e ou feridas
- A manutenção e tratamento de estomas
- A terapêutica parentérica
- As medidas de suporte respiratório designadamente a oxigenoterapia ou a ventilação assistida não invasiva
- Ajuste terapêutico e ou de administração de terapêutica, com supervisão continuada

N.º 2 do artigo 19.º da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro

Fonte: Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho e Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro na versão atual.

Nota: No artigo 19.º da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, encontram-se definidos os critérios específicos para cada tipologia da RG.

Acresce que a existência de comorbilidade de foro mental ou a deficiência mental não são fatores de exclusão para admissão nas unidades e equipas da Rede que se afigurem mais adequadas às necessidades de reabilitação motora ou outras ações que possam ser prestadas²⁰³.

Consideram-se critérios de não admissão em unidades e equipas da Rede as pessoas: i) com episódio de doença em fase aguda; ii) com necessidade exclusiva de apoio social; iii) cujo objetivo do internamento seja o estudo diagnóstico; iv) cujo regime terapêutico inclua antibióticos de uso exclusivo hospitalar; v) com necessidades de cuidados paliativos.²⁰⁴

Saúde mental

São condições de admissão nas unidades e equipas de saúde mental as pessoas com incapacidade psicossocial e necessidade de cuidados continuados integrados de saúde mental que: i) se encontrem a viver na comunidade; ii) tenham alta das unidades de agudos dos hospitais psiquiátricos, das instituições psiquiátricas do sector social ou dos departamentos e serviços de psiquiatria e pedopsiquiatria dos hospitais; iii) tenham alta das unidades de internamento de longa duração, públicas ou privadas; iv) sejam referenciadas pelos SLSM²⁰⁵.

²⁰³ N.º 2 do artigo 31.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho.

²⁰⁴ N.º 8 do artigo 19.º da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, na sua versão atual e n.º 3 do artigo 19.º da Portaria n.º 343/2015, de 12 de outubro.

²⁰⁵ Artigo 18.º do Decreto-lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro.



Cuidados Continuados Integrados Pediátricos

Sem prejuízo das condições gerais previstas no artigo 31.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, podem ser referenciadas para as unidades e equipas da Rede que prestam cuidados continuados integrados pediátricos, as crianças que se encontrem nas seguintes situações:

- Dependência que os impossibilite desenvolver as atividades instrumentais e básicas da vida diária, na sequência de episódios de doença aguda e ou com presença de necessidades complexas de saúde;
- Doença crónica, com episódios frequentes de reagudização e ou que necessitem de seguimento e acompanhamento prolongados;
- Doença grave, progressiva e incurável, sem possibilidades de resposta favorável a um tratamento específico, com sintomas intensos, múltiplos, multifatoriais e instáveis, com prognóstico de vida limitado e que provoca um grande impacto emocional ao doente e família;
- Necessidade de continuidade de tratamentos que contribuam para a reabilitação na sequência de episódio de doença aguda ou manutenção preventiva de agudizações.

N.º 1 do artigo
19.º da Portaria
n.º 343/2015, de 12
de outubro

Fonte: Portaria n.º 343/2015, de 12 de outubro.

Nota: no n.º 2 do artigo 19.º da Portaria n.º 343/2015, de 12 de outubro encontram-se definidos os critérios específicos para cada tipologia.

ANEXO III Utentes referenciados por tipologia, CCISM

Tipologias	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Média	Δ 2017/2023
Unidades residenciais	68	212	97	61	93	191	191	130	180,9%
RA	16	11	22	10	3	26	20	15	25,0%
RAMa	30	129	31	16	45	48	41	49	36,7%
RAMo	11	24	27	12	17	59	59	30	436,4%
RTA	11	32	12	19	24	46	56	29	409,1%
RTA-A/IA		16	5	4	4	12	15	9	-6,3%
Unidades sócio-ocupacionais	27	68	89	33	36	82	82	60	203,7%
USO	26	64	84	32	33	71	71	54	173,1%
USO/IA	1	4	5	1	3	11	11	5	1000,0%
Equipas de apoio domiciliário	46	51	23	29	51	116	128	63	178,3%
EAD	45	51	23	28	39	114	128	61	184,4%
EAD/IA	1			1	12	2		4	100,0%
Total	141	331	209	123	180	389	401	253	184,4%

Fonte: elaboração própria com base em dados do SI RNCCI (Relatório 014.01 – Utentes referenciados estados).

ANEXO IV Utentes referenciados por região, CCISM

Tipologias	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Norte	67	195	83	46	33	145	162
Unidades residenciais	6	132	31	26	10	64	50
Unidades sócio-ocupacionais	18	42	42	13	18	39	34
Equipas de apoio domiciliário	43	21	10	7	5	42	78
Centro	6	52	57	18	49	82	76
Unidades residenciais	5	25	9	7	38	63	54
Unidades sócio-ocupacionais	0	26	47	11	11	19	22
Equipas de apoio domiciliário	1	1	1	0	0	0	0
Lisboa e Vale do Tejo	60	82	61	44	82	82	95
Unidades residenciais	57	53	49	26	42	42	63
Unidades sócio-ocupacionais	1	0	0	0	0	0	0
Equipas de apoio domiciliário	2	29	12	18	40	40	32
Alentejo	8	2	4	1	9	45	35
Unidades residenciais	0	2	4	1	3	21	23
Unidades sócio-ocupacionais	8	0	0	0	0	0	0
Equipas de apoio domiciliário	0	0	0	0	6	24	12
Algarve	0	0	4	14	7	35	33
Unidades residenciais	0	0	4	1	0	1	1
Unidades sócio-ocupacionais	0	0	0	9	7	24	26
Equipas de apoio domiciliário	0	0	0	4	0	10	6
Total	141	331	209	123	180	389	401

Fonte: elaboração própria com base em dados do SI RNCCI (Relatório 014.01 – Utentes referenciados estados).



ANEXO V Utentes referenciados por estados, CCISM

Estados	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ 2017/2023
Admitido	95	160	91	48	73	193	210	121,1%
Cancelado	12	103	51	35	39	105	95	691,7%
Óbito	3	11	9	3	12	22	15	400,0%
Recusa	27	35	32	27	34	47	46	70,4%
Em avaliação	4	22	26	10	22	22	34	750,0%
Aguarda vaga							1	
Total	141	331	209	123	180	389	401	184,4%
<i>% de utentes admitidos</i>	<i>67,4%</i>	<i>48,3%</i>	<i>43,5%</i>	<i>39,0%</i>	<i>40,6%</i>	<i>49,6%</i>	<i>52,4%</i>	<i>-15,0</i>

Fonte: elaboração própria com base em dados do SI RNCCI (Relatório 014.01 – Utentes referenciados estados).

ANEXO VI Utentes a aguardar vaga por tipologia e por região

Designação	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ 2022/2023	Δ 2017/2023
UC	213	281	150	192	174	133	179	34,6%	-16,0%
Norte	58	16	9	14	3	34	60	76,5%	3,4%
Centro	41	31	27	21	37	16	13	-18,8%	-68,3%
Lisboa e Vale do Tejo	60	143	49	59	97	57	65	14,0%	8,3%
Alentejo	50	85	55	95	24	17	36	111,8%	-28,0%
Algarve	4	6	10	3	13	9	5	-44,4%	25,0%
UMDR	442	378	424	390	369	377	534	41,6%	20,8%
Norte	152	42	134	39	128	133	240	80,5%	57,9%
Centro	90	61	60	10	21	30	17	-43,3%	-81,1%
Lisboa e Vale do Tejo	151	218	198	308	192	180	247	37,2%	63,6%
Alentejo	38	52	24	25	21	17	25	47,1%	-34,2%
Algarve	11	5	8	8	7	17	5	-70,6%	-54,5%
ULDMD	706	742	796	424	453	707	671	-5,1%	-5,0%
Norte	96	71	119	25	29	84	91	8,3%	-5,2%
Centro	228	220	243	63	63	181	101	-44,2%	-55,7%
Lisboa e Vale do Tejo	308	321	294	228	309	327	321	-1,8%	4,2%
Alentejo	57	102	96	81	9	52	88	69,2%	54,4%
Algarve	17	28	44	27	43	63	70	11,1%	311,8%
ECCI	139	192	251	202	243	270	353	30,7%	154,0%
Norte	82	138	182	113	186	184	259	40,8%	215,9%
Centro	33	31	37	33	25	45	70	55,6%	112,1%
Lisboa e Vale do Tejo	12	8	16	38	27	38	13	-65,8%	8,3%
Alentejo	12	11	16	17	2	1	1	0,0%	-91,7%
Algarve	0	4	0	1	3	2	10	400,0%	150,0%
Saúde mental	4	22	53	61	71	73	66	-9,6%	1550,0%
Norte	0	15	20	20	17	17	14	-17,6%	-6,7%
Centro	0	2	2	3	7	9	9	0,0%	350,0%
Lisboa e Vale do Tejo	4	5	27	37	46	47	43	-8,5%	975,0%
Alentejo	0	0	4	0	0	0	0		-100,0%
Algarve	0	0	0	1	1	0	0		-100,0%
Cuidados Pediátricos	0	2	0	0	0	2	1	-50,0%	-50,0%
Norte	0	2	0	0	0	2	1	-50,0%	-50,0%
Total	1 504	1 617	1 674	1 269	1 310	1 562	1 804	15,5%	19,9%

Fonte: elaboração própria, com base em dados do SI RNCCI (Relatório 009.03 - Utentes a aguardar vaga).



ANEXO VII Utentes assistidos, RG

Designação	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Média	Δ 2017/2023
Norte	14 571	15 556	16 326	14 644	16 396	16 908	16 931	15 905	16,2%
UC	1 803	2 128	2 696	2 227	2 609	2 997	2 893	2 479	60,5%
UMDR	3 778	3 975	4 053	3 419	3 805	3 883	3 753	3 809	-0,7%
ULDM	3 837	3 906	3 902	3 703	4 358	4 041	3 841	3 941	0,1%
ECCI	5 153	5 547	5 675	5 295	5 624	5 987	6 444	5 675	25,1%
Centro	11 020	11 308	11 860	10 810	11 998	12 923	14 069	11 998	27,7%
UC	2 046	2 118	2 499	2 355	2 689	2 813	3 025	2 506	47,8%
UMDR	3 285	3 266	3 394	3 314	3 790	4 143	4 257	3 636	29,6%
ULDM	4 041	4 060	3 903	3 242	3 660	4 022	4 392	3 903	8,7%
ECCI	1 648	1 864	2 064	1 899	1 859	1 945	2 395	1 953	45,3%
Lisboa e Vale do Tejo	12 526	13 270	13 665	12 427	12 007	12 282	12 021	12 600	-4,0%
UC	1 707	1 693	1 866	1 579	1 535	1 550	1 736	1 667	1,7%
UMDR	3 191	3 090	3 075	2 876	2 936	3 026	2 896	3 013	-9,2%
ULDM	2 418	2 531	2 613	2 242	2 148	2 346	2 266	2 366	-6,3%
ECCI	5 210	5 956	6 111	5 730	5 388	5 360	5 123	5 554	-1,7%
Alentejo	4 220	3 981	4 132	3 672	3 677	4 058	4 330	4 010	2,6%
UC	885	716	821	791	740	995	1 078	861	21,8%
UMDR	957	912	925	779	901	931	1 032	920	7,8%
ULDM	1 109	1 030	1 057	858	942	938	974	987	-12,2%
ECCI	1 269	1 323	1 329	1 244	1 094	1 194	1 246	1 243	-1,8%
Algarve	4 141	4 246	4 111	3 970	4 152	3 944	4 245	4 116	2,5%
UC	778	890	842	734	707	692	733	768	-5,8%
UMDR	743	728	733	680	635	605	659	683	-11,3%
ULDM	581	655	658	551	535	568	598	592	2,9%
ECCI	2 039	1 973	1 878	2 005	2 275	2 079	2 255	2 072	10,6%
Total	46 478	48 361	50 094	45 523	48 230	50 115	51 596	48 628	11,0%

Fonte: elaboração própria com base em dados do SI RNCCI (Relatório 007.01 - Utentes assistidos).



ANEXO VIII Motivo da alta por tipologia, RG

Unidade: número de utentes

Designação	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Média	Δ 2017/2023
UC	6 660	6 896	7 880	6 813	7 400	8 098	8 202	7 421	23,2%
Em branco	564	532	579	686	425	180	6	425	-98,9%
Alta a Pedido	166	169	211	285	300	361	418	273	151,8%
Atingidos os Objectivos	4 054	4 211	4 867	3 978	4 615	4 976	5 525	4 604	36,3%
Transferência para outra tipologia	1 230	1 411	1 518	1 285	1 292	1 551	1 427	1 388	16,0%
Transferência para proximidade	182	151	302	123	143	266		195	-100,0%
Outro	464	422	403	456	625	764	826	566	78,0%
UMDR	9 870	9 750	9 667	8 513	9 346	9 777	8 764	9 384	-11,2%
Em branco	1 285	1 089	1 112	1 399	1 055	777	12	961	-99,1%
Alta a Pedido	498	481	477	527	642	608	649	555	30,3%
Atingidos os Objectivos	5 163	5 223	5 068	4 424	4 656	4 979	5 390	4 986	4,4%
Transferência para outra tipologia	1 255	1 324	1 308	1 146	1 333	1 353	1 101	1 260	-12,3%
Transferência para proximidade	977	1 025	1 008	409	703	823	11	708	-98,9%
Outro	692	608	694	608	957	1 237	1 601	914	131,4%
ULDM	7 606	7 679	7 514	5 941	6 860	6 995	4 857	6 779	-36,1%
Em branco	2 094	2 042	1 978	2 153	2 187	1 932	4	1 770	-99,8%
Alta a Pedido	335	300	295	231	263	273	340	291	1,5%
Atingidos os Objectivos	3 152	3 332	3 352	2 036	2 244	2 465	2 907	2 784	-7,8%
Transferência para outra tipologia	360	331	305	250	235	250	217	278	-39,7%
Transferência para proximidade	795	813	762	493	867	816	25	653	-96,9%
Outro	870	861	822	778	1 064	1 259	1 364	1 003	56,8%
ECCI	11 675	12 839	13 208	12 420	12 704	13 019	11 830	12 528	1,3%
Em branco	4 141	4 046	3 732	3 730	2 873	1 907	117	2 935	-97,2%
Alta a Pedido	163	179	174	158	183	187	236	183	44,8%
Atingidos os Objectivos	5 363	6 531	7 267	6 768	7 474	8 054	8 874	7 190	65,5%
Transferência para outra tipologia	787	889	824	614	629	762	959	781	21,9%
Transferência para proximidade	86	74	64	65	60	121	4	68	-95,3%
Outro	1 135	1 120	1 147	1 085	1 485	1 988	1 640	1 371	44,5%
Total	35 811	37 164	38 269	33 687	36 310	37 889	33 653	36 112	-6,0%

Fonte: elaboração própria com base em dados do SI RNCCI (Relatório – 012.01 Destino e motivo da alta).



Handwritten signature

ANEXO IX Motivo da alta por região, RG

Unidade: número de utentes

Designação	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Média	Δ 2017/2023
Norte	11 300	11 934	12 583	10 814	12 453	12 786	10 689	11 794	-5,4%
Em branco	2 216	2 293	2 349	2 609	2 325	1 810	26	1 947	-98,8%
Alta a Pedido	283	274	298	339	366	401	440	343	55,5%
Atingidos os Objectivos	5 846	6 218	6 661	5 559	6 414	6 699	7 057	6 351	20,7%
Transferência para outra tipologia	663	772	829	692	843	898	819	788	23,5%
Transferência para proximidade	1 433	1 550	1 648	854	1 328	1 445	26	1 183	-98,2%
Outro	859	827	798	761	1 177	1 533	2 321	1 182	170,2%
Centro	8 535	8 727	9 076	7 946	9 104	9 907	9 375	8 953	9,8%
Em branco	1 843	1 797	1 738	1 941	1 545	1 061	22	1 421	-98,8%
Alta a Pedido	377	328	379	371	514	531	607	444	61,0%
Atingidos os Objectivos	4 546	4 943	5 278	4 171	5 009	5 794	6 642	5 198	46,1%
Transferência para outra tipologia	772	815	850	778	895	1 052	1 200	909	55,4%
Transferência para proximidade	278	226	203	73	188	218	2	170	-99,3%
Outro	719	618	628	612	953	1 251	902	812	25,5%
Lisboa e Vale do Tejo	9 395	10 043	10 223	9 143	8 657	8 932	7 551	9 135	-19,6%
Em branco	2 429	2 292	2 101	2 274	1 765	1 353	62	1 754	-97,4%
Alta a Pedido	305	322	283	314	280	239	300	292	-1,6%
Atingidos os Objectivos	4 566	5 139	5 565	4 672	4 624	4 912	5 298	4 968	16,0%
Transferência para outra tipologia	1 134	1 278	1 186	930	795	876	810	1 001	-28,6%
Transferência para proximidade	45	33	31	32	66	96	5	44	-88,9%
Outro	916	979	1 057	921	1 127	1 456	1 076	1 076	17,5%
Aleentejo	3 247	2 966	3 079	2 680	2 712	3 062	2 855	2 943	-12,1%
Em branco	631	499	514	509	384	333	11	412	-98,3%
Alta a Pedido	106	122	118	93	116	152	170	125	60,4%
Atingidos os Objectivos	1 496	1 485	1 541	1 313	1 277	1 439	1 828	1 483	22,2%
Transferência para outra tipologia	433	384	435	364	409	509	394	418	-9,0%
Transferência para proximidade	210	165	189	109	165	200	3	149	-98,6%
Outro	371	311	282	292	361	429	449	356	21,0%
Algarve	3 334	3 494	3 308	3 104	3 384	3 202	3 183	3 287	-4,5%
Em branco	965	828	699	635	521	239	18	558	-98,1%
Alta a Pedido	91	83	79	84	112	106	126	97	38,5%
Atingidos os Objectivos	1 278	1 512	1 509	1 491	1 665	1 630	1 871	1 565	46,4%
Transferência para outra tipologia	630	706	655	531	547	580	49	528	-92,2%
Transferência para proximidade	74	89	65	22	26	67	4	50	-94,6%
Outro	296	276	301	341	513	580	1 115	489	276,7%
Total	35 811	37 164	38 269	33 687	36 310	37 889	33 653	36 112	-6,0%

Fonte: elaboração própria com base em dados do SI RNCCI (Relatório – 012.01 Destino e motivo da alta).



Handwritten mark

ANEXO X Destino após alta por tipologia, RG

Unidade: número de utentes

Designação	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Média	Δ 2017/2023
UC	6 660	6 896	7 880	6 813	7 400	8 098	8 202	7 421	23,2%
Em branco	564	532	579	686	425	180	6	425	-98,9%
Domicílio com suporte	2387	2471	2890	2525	2914	3068	4126	2 912	72,9%
Domicílio sem suporte	1419	1520	1642	1288	1491	1656	1042	1 437	-26,6%
lar_acordo	112	111	169	178	199	169		156	-100,0%
Outra Resposta da Rede	1414	1500	1782	1384	1391	1775	1892	1 591	33,8%
Resposta ou Equipamento Social	253	237	329	266	386	442	571	355	125,7%
Outro	511	525	489	486	594	808	565	568	10,6%
UMDR	9 870	9 750	9 667	8 513	9 346	9 777	8 764	9 384	-11,2%
Em branco	1285	1089	1112	1399	1055	777	12	961	-99,1%
Domicílio com suporte	3230	3313	3207	2837	2978	3165	3673	3 200	13,7%
Domicílio sem suporte	1070	964	961	927	997	945	549	916	-48,7%
lar_acordo	471	465	430	405	435	455		444	-100,0%
Outra Resposta da Rede	2203	2280	2282	1563	1982	2131	2177	2 088	-1,2%
Resposta ou Equipamento Social	713	759	711	630	775	877	1394	837	95,5%
Outro	898	880	964	752	1124	1427	959	1 001	6,8%
ULDM	7 606	7 679	7 514	5 941	6 860	6 995	4 857	6 779	-36,1%
Em branco	2094	2042	1978	2153	2187	1932	4	1 770	-99,8%
Domicílio com suporte	1881	1986	2142	1276	1187	1362	1957	1 684	4,0%
Domicílio sem suporte	579	590	508	310	295	368	221	410	-61,8%
lar_acordo	554	549	484	362	488	459		483	-100,0%
Outra Resposta da Rede	1050	1013	943	690	989	944	1069	957	1,8%
Resposta ou Equipamento Social	571	580	558	383	548	573	1023	605	79,2%
Outro	877	919	901	767	1166	1357	583	939	-33,5%
ECCI	11 675	12 839	13 208	12 420	12 704	13 019	11 830	12 528	1,3%
Em branco	4141	4046	3732	3730	2873	1907	117	2 935	-97,2%
Domicílio com suporte	4492	5253	5727	5463	5756	6501	7508	5 814	67,1%
Domicílio sem suporte	1011	1216	1419	1344	1661	1514	1085	1 321	7,3%
lar_acordo	75	92	88	90	114	117		96	-100,0%
Outra Resposta da Rede	836	984	907	642	655	829	920	825	10,0%
Resposta ou Equipamento Social	106	139	135	98	117	147	383	161	261,3%
Outro	1014	1109	1200	1053	1528	2004	1817	1 389	79,2%
Total	35 811	37 164	38 269	33 687	36 310	37 889	33 653	36 112	-6,0%

Fonte: elaboração própria com base em dados do SI RNCCI (Relatório – 012.01 Destino e motivo da alta).



Handwritten signature

ANEXO XI Destino após alta por região, RG

Unidade: número de utentes

Designação	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Média	Δ 2017/2023
Norte	11 300	11 934	12 583	10 814	12 453	12 786	10 689	11 794	-5,4%
Em branco	2216	2293	2349	2609	2325	1810	26	1 947	-98,8%
Domicílio com suporte	4152	4376	4572	3996	4483	4774	5487	4 549	32,2%
Domicílio sem suporte	1393	1407	1636	1336	1607	1608	1100	1 441	-21,0%
lar_acordo	307	329	320	340	388	363		341	-100,0%
Outra Resposta da Rede	1873	2113	2271	1444	1989	2134	2151	1 996	14,8%
Resposta ou Equipamento Social	382	389	384	286	383	405	800	433	109,4%
Outro	977	1027	1051	803	1278	1692	1125	1 136	15,1%
Centro	8 535	8 727	9 076	7 946	9 104	9 907	9 375	8 953	9,8%
Em branco	1843	1797	1738	1941	1545	1061	22	1 421	-98,8%
Domicílio com suporte	3041	3310	3584	2931	3277	3810	5148	3 586	69,3%
Domicílio sem suporte	748	773	824	625	913	1024	543	779	-27,4%
lar_acordo	485	449	430	351	425	471		435	-100,0%
Outra Resposta da Rede	1039	1026	1076	870	1084	1258	1455	1 115	40,0%
Resposta ou Equipamento Social	647	659	675	543	803	943	1310	797	102,5%
Outro	732	713	749	685	1057	1340	897	882	22,5%
Lisboa e Vale do Tejo	9 395	10 043	10 223	9 143	8 657	8 932	7 551	9 135	-19,6%
Em branco	2429	2292	2101	2274	1765	1353	62	1 754	-97,4%
Domicílio com suporte	3320	3801	4287	3738	3467	3687	4089	3 770	23,2%
Domicílio sem suporte	890	895	819	692	742	759	521	760	-41,5%
lar_acordo	191	187	176	148	177	174		176	-100,0%
Outra Resposta da Rede	1233	1343	1263	964	854	1028	977	1 095	-20,8%
Resposta ou Equipamento Social	416	485	493	411	435	451	731	489	75,7%
Outro	916	1040	1084	916	1217	1480	1171	1 118	27,8%
Alentejo	3 247	2 966	3 079	2 680	2 712	3 062	2 855	2 943	-12,1%
Em branco	631	499	514	509	384	333	11	412	-98,3%
Domicílio com suporte	883	869	887	807	806	947	1255	922	42,1%
Domicílio sem suporte	437	376	352	324	249	310	221	324	-49,4%
lar_acordo	167	196	205	146	190	137		174	-100,0%
Outra Resposta da Rede	647	563	644	513	615	724	735	634	13,6%
Resposta ou Equipamento Social	105	124	129	74	132	169	391	161	272,4%
Outro	377	339	348	307	336	442	242	342	-35,8%
Algarve	3 334	3 494	3 308	3 104	3 384	3 202	3 183	3 287	-4,5%
Em branco	965	828	699	635	521	239	18	558	-98,1%
Domicílio com suporte	594	667	636	629	802	878	1285	784	116,3%
Domicílio sem suporte	611	839	899	892	933	782	512	781	-16,2%
lar_acordo	62	56	40	50	56	55		53	-100,0%
Outra Resposta da Rede	711	732	660	488	475	535	740	620	4,1%
Resposta ou Equipamento Social	93	58	52	63	73	71	139	78	49,5%
Outro	298	314	322	347	524	642	489	419	64,1%
Total	35 811	37 164	38 269	33 687	36 310	37 889	33 653	36 112	-6,0%

Fonte: elaboração própria com base em dados do SI RNCCI (Relatório – 012.01 Destino e motivo da alta).

**ANEXO XII Utentes assistidos por região e tipologia, CCISM**

Designação	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Média	Δ 2017/2023
Norte	50	145	154	171	187	205	270	169	440,0%
RA	2	11	12	18	19	12	17	13	750,0%
RAMa		26	25	26	25	25	25	25	-3,8%
RTA-A/IA		5	9	12	12	13	13	11	160,0%
USO	14	45	59	61	72	74	86	59	514,3%
USO/IA		5	7	7	10	11	10	8	100,0%
EAD	34	53	42	47	49	70	119	59	250,0%
Centro	3	30	67	70	92	146	175	83	5733,3%
RTA						19	28	24	47,4%
RAMa					13	24	31	23	138,5%
RAMo	3	11	9	8	11	31	35	15	1066,7%
USO		19	57	61	68	72	81	60	326,3%
EAD			1	1					0,0%
Lisboa e Vale do Tejo	43	91	110	111	129	145	125	108	190,7%
RA	7	14	18	16	13	18	18	15	157,1%
RAMa	24	27	26	26	24	25	23	25	-4,2%
RAMo		10	12	10	10	11	12	11	20,0%
RTA	12	21	23	24	21	26	26	22	116,7%
RTA-A/IA		6	5					6	-16,7%
EAD		13	26	35	51	54		36	315,4%
EAD/IA					10	11	46	22	360,0%
Alentejo	0	0	0	0	16	48	60	18	275,0%
RAMo					4	16	22	14	450,0%
EAD						12	32	27	216,7%
Algarve	0	0	0	33	72	89	95	41	187,9%
USO				28	48	49	55	45	96,4%
USO/IA				3	11	16	18	12	500,0%
EAD				2	13	24	22	15	1000,0%
Total	96	266	331	385	496	633	725	419	655,2%

Fonte: elaboração própria com base em dados do SI RNCCI (Relatório 007.01 - Utentes assistidos).

Nota: quando não existe informação para todos os anos a evolução respeita aos períodos com informação disponível.



Handwritten signature

ANEXO XIII Gastos por tipo de cuidados faturados

Unidade: euro

Tipologia/ serviços faturados	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
UC	29 561 222,86	32 171 655,34	37 645 007,34	39 384 399,62	43 997 252,29	45 774 956,61	46 185 912,17
Diárias_internamento	23 323 740,38	25 403 796,24	29 879 954,79	31 416 254,74	32 535 167,20	36 045 284,86	36 567 976,27
Remuneração_Adicional	2 369 949,80	2 555 731,00	2 816 859,46	2 756 093,23	3 050 875,80	3 751 375,67	3 542 022,99
Remuneração_Adicional_Extra	0,00	0,00	0,00	0,00	3 013 526,25	0,00	0,00
Medicamentos	3 867 532,68	4 212 128,10	4 948 193,09	5 212 051,65	5 397 683,04	5 978 296,08	6 075 912,91
UMDR	60 963 102,23	64 545 097,79	69 273 934,20	72 719 037,65	78 308 203,87	83 448 755,20	83 818 238,30
Diárias_internamento	47 365 195,01	50 382 931,19	54 240 925,80	56 530 790,07	58 483 990,56	65 194 095,63	66 214 595,58
Remuneração_Adicional	3 402 782,68	3 318 912,00	3 380 782,56	4 020 053,69	4 415 621,28	4 903 945,32	4 004 791,74
Remuneração_Adicional_Extra	0,00	0,00	0,00	0,00	2 819 973,73	0,00	0,00
Medicamentos	10 195 124,54	10 843 254,60	11 652 225,84	12 168 193,89	12 588 618,30	13 350 714,25	13 598 850,98
ULDM	48 023 056,48	49 926 068,96	52 378 656,50	53 758 979,34	56 613 268,37	65 399 892,79	65 850 601,07
Diárias_internamento	30 334 202,63	31 168 707,56	32 746 549,78	33 283 270,53	34 719 118,90	43 207 488,83	43 608 122,72
Remuneração_Adicional	1 044 699,75	1 060 243,96	1 067 497,56	1 477 042,23	1 830 958,34	1 885 848,45	1 468 103,90
Remuneração_Adicional_Extra	0,00	0,00	0,00	0,00	436 051,33	0,00	0,00
Medicamentos	16 644 154,10	17 697 117,44	18 564 609,16	18 998 666,58	19 627 139,80	20 306 555,51	20 774 374,45
RAMa	47 140,80	444 225,40	563 099,00	564 464,60	665 512,80	743 359,86	819 659,49
Diárias_internamento	39 820,80	369 892,80	470 859,20	471 185,60	559 948,70	622 832,56	675 336,87
Remuneração_Adicional	0,00	6 337,60	5 684,80	6 664,00	5 929,10	9 613,24	24 057,15
Medicamentos	7 320,00	67 995,00	86 555,00	86 615,00	99 635,00	110 914,06	120 265,47
RAMo	1 848,24	86 831,04	119 048,40	119 374,56	123 907,68	231 160,32	285 708,24
Diárias_internamento	1 848,24	82 572,84	117 635,04	119 374,56	121 043,52	221 282,16	278 238,00
Remuneração_Adicional	0,00	4 258,20	1 413,36	0,00	2 864,16	9 878,16	7 470,24
Medicamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
RTA	9 432,06	161 590,38	188 167,30	180 581,76	193 243,96	259 453,04	372 588,51
Diárias_internamento	9 091,06	155 054,56	179 848,36	168 811,12	184 187,52	247 082,40	347 410,80
Remuneração_Adicional	0,00	719,82	1 572,94	5 438,64	2 368,44	3 627,00	12 945,60
Medicamentos	341,00	5 816,00	6 746,00	6 332,00	6 688,00	8 743,64	12 232,11
RTA-A/IA	0,00	123 933,80	196 428,10	161 458,30	155 247,10	175 363,99	175 534,15
Diárias_internamento	0,00	121 894,80	179 930,70	152 756,70	145 911,72	165 076,98	169 952,10
Remuneração_Adicional	0,00	0,00	13 716,40	6 340,60	7 152,38	7 824,63	3 046,95
Medicamentos	0,00	2 039,00	2 781,00	2 361,00	2 183,00	2 462,38	2 535,10
RA	2 995,10	42 822,00	50 776,40	47 909,40	55 874,80	54 197,86	45 157,64
Diárias_internamento	2 995,10	41 449,50	48 903,70	46 122,10	54 671,40	51 250,54	44 041,14
Remuneração_Adicional	0,00	1 372,50	1 872,70	1 787,30	1 203,40	2 947,32	1 116,50
Medicamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
EAD	7 742,31	74 786,40	78 286,02	84 518,22	118 922,28	207 710,08	310 515,48
Visitas	7 742,31	74 786,40	78 286,02	84 518,22	118 922,28	207 710,08	310 515,48
EAD/IA	0,00	0,00	0,00	0,00	5 535,24	2 038,08	0,00
Visitas	0,00	0,00	0,00	0,00	5 535,24	2 038,08	0,00
USO	12 804,48	95 992,56	210 384,72	298 949,04	416 050,20	444 116,97	461 611,98
Diárias	12 804,48	95 992,56	206 526,96	287 348,40	399 178,98	423 130,23	432 991,98
Remuneração_Adicional	0,00	0,00	3 857,76	11 600,64	16 871,22	20 986,74	28 620,00
USO/IA	0,00	18 723,00	9 894,75	12 462,25	25 163,85	35 333,73	41 939,43
Diárias	0,00	18 723,00	9 894,75	12 462,25	25 163,85	35 333,73	41 939,43
Remuneração_Adicional	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
UAP	79 691,04	106 997,76	111 316,68	46 765,08	61 347,24	52 848,72	63 669,24
Diárias	79 691,04	106 997,76	111 316,68	46 765,08	61 347,24	52 848,72	63 669,24
UCIP-1	529 969,05	588 854,50	692 751,02	893 122,88	1 001 052,65	983 145,02	1 001 052,65
Diárias_internamento	504 640,24	558 201,80	672 584,77	847 466,49	956 848,23	949 749,71	977 982,46
Remuneração_Adicional	25 328,81	30 652,70	20 166,25	45 656,39	44 204,42	33 395,31	23 070,19
Total	139 239 004,65	148 387 578,93	161 517 750,43	168 272 022,70	181 740 582,33	197 812 332,27	199 432 188,35

Fonte: faturação conferida pelo CCM-SNS, ficheiros fornecidos pela SPMS.

Critério: ano a que respeita a faturação.



ANEXO XIV Exercício do direito ao contraditório

Ministra da Saúde

De: Registo de Correspondência <GDOCService@tcontas.pt>

Enviada: 12 de dezembro de 2024 18:42

Para: anabela.barata@ms.gov.pt

Assunto: RECIBO: FW: TC- RNCCI - Proc. n.º 18/22-Sudit (Ref. 4210/2024). [Registo de Entrada: 10134/2024 - DAV]

REGISTO AUTOMÁTICO - NÃO RESPONDA A ESTE EMAIL
AUTOMATIC REGISTRATION - DO NOT REPLY TO THIS EMAIL

Registo de entrada de correio eletrónico

Mensagem original

Email : anabela.barata@ms.gov.pt
Data/hora : 2024-12-12 17:04:00

Registo n.º : 10134/2024
Data/hora : 2024-12-12 18:41:38
Serviço : DAV
Email : dav@tcontas.pt
N. Anexos : 1
Anexos : image001.png;Respostas- TC- RNCCI.docxRespostas- TC- RNCCI.docx;

De: Anabela Garcia Barata <anabela.barata@ms.gov.pt>

Enviada: 12 de dezembro de 2024 17:04

Para: Tribunal de Contas - Geral <GERAL@tcontas.pt>; Tribunal de Contas - Diretor Geral <dg@tcontas.pt>

Cc: Cristina Vaz Tomé <cristina.tome@ms.gov.pt>; Catarina Fraga <catarina.fraga@ms.gov.pt>; Duarte Tavares

<duarte.tavares@ms.gov.pt>; Hélder Duarte de Almeida <helder.almeida@ms.gov.pt>

Assunto: TC- RNCCI - Proc. n.º 18/22-Sudit (Ref. 4210/2024).

Importância: Alta

Não costuma receber e-mails de anabela.barata@ms.gov.pt. Saiba por que motivo isto é importante

Boa tarde,

Junto enviamos a resposta no âmbito do processo de auditoria referido em epigrafe, de acordo com a prorrogação concedida até 12 de dezembro.

Com os melhores cumprimentos, | Best regards,

Anabela Barata

Chefe do Gabinete da Secretária de Estado da Gestão da Saúde
Chief Of Staff



Av. João Crisóstomo, 9 - 4.º
1049-062 Lisboa, PORTUGAL
TEL +351 213 305 100
portugal.gov.pt



Assunto: Auditoria à RNCCI - Proc. n.º 18/22-Sudit (Ref. 4210/2024).

Analisado o relatório da “Auditoria à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados” (RNCCI) incidindo sobre o período 2017-2023, realizado pelo Tribunal de Contas, importa salientar que as principais conclusões extraídas integram, sem completar, o diagnóstico que realizamos e do qual partimos para a definição de um plano de ação que visa a reestruturação da RNCCI tendo em conta a integração das políticas públicas sociais e do setor da saúde. O plano de ação nesta área, visa uma reestruturação da RNCCI que privilegie os cuidados domiciliários como estratégia para possibilitar as pessoas, independentemente da idade, viver o mais tempo possível nas suas casas, quando:

- Na ausência de critérios de internamento hospitalar
 - Padecendo de comorbilidades que requerem regimes terapêuticos complexos ou;
 - Tendo um convivente significativo presente e capaz de, no mínimo supervisionar, globalmente, a pessoa doente que se encontre impossibilitada de se deslocar aos serviços de saúde por dependência no autocuidado ou incapacitada por doença mental grave.

Nesse sentido, adequando as atuais tipologias em articulação funcional com os serviços de apoio social, integrando os recursos disponíveis e, assim, tornando o sistema da rede responsivo, economicamente sustentável e resiliente face ao envelhecimento populacional.

Importa ainda clarificar neste preâmbulo que, como é do Vosso conhecimento, o Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, criou a RNCCI. Nessa norma, determina-se que a coordenação da Rede processa-se a nível nacional, sem prejuízo da coordenação operativa, regional e local. A coordenação da Rede a nível nacional foi então definida, em termos de constituição e competências, por despachos conjuntos sucessivos dos “Ministros do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e da Saúde” sendo o último, o Despacho n.º 10450/2024, de 4 de setembro, que designa os atuais coordenadores sem alterar a composição da comissão, nem as suas competências, mantendo-se, portanto, o definido a esse respeito no Despacho n.º 176-D/2019, de 4 de janeiro; no entanto, o Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, que aprova a orgânica da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, determina que:

- a) No número 2 do Artigo 3.º, que a DE -SNS, I. P., sucede nas atribuições da ACSS, I. P., em matéria de gestão do acesso, da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP);
- b) No número 1 do Artigo 4.º, é fixado como critério geral e abstrato de seleção do pessoal necessário à prossecução das atribuições da DE -SNS, I. P., o desempenho de funções na ACSS, I. P., em matéria de gestão do acesso, da RNCCI e da RNCP na ACSS, I. P., assim como o vínculo às instituições do MS;
- c) Na alínea f) do número 4 do Artigo 5.º, estabelece-se que compete ao diretor executivo, propor a designação do coordenador da Comissão Nacional de Coordenação da RNCCI e designar os membros da CNCP, incluindo o seu presidente;



d) No número 2, alíneas a) e b) do Artigo 13.º-B, determina-se que a DE -SNS, I. P., tem a atribuição de coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde que integram o SNS, bem como daquelas que integram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), ao longo do percurso de saúde do utente e gerir a RNCCI, incluindo a área de saúde mental, assumindo a coordenação nacional na área da saúde, para efeitos do Decreto -Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, na sua redação atual, em articulação com os demais organismos competentes.

Acresce a Portaria n.º 306-A/2023, de 12 de outubro, que aprova os Estatutos da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P. na qual se assume (alínea j) do Artigo 4.º), que ao Departamento de Estudos e Planeamento, abreviadamente designado por DEP, compete analisar as respostas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), incluindo na área da saúde mental, e da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), com vista a promover a sua expansão ou revisão. Na mesma Portaria, estabelece-se na alínea n) do Artigo 7.º, que ao Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde compete coordenar e gerir a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, incluindo a área de saúde mental, e a rede dos Cuidados Paliativos, em articulação com os serviços e organismos competentes.

Decorre desta breve síntese sobre o atual enquadramento legal da RNCCI, desde logo, o nosso entendimento relativo à Vossa decisão sobre o endereçamento das diferentes questões, recomendações e determinações.

R.1. Promover o desenvolvimento estrutural da RNCCI, a sua configuração e financiamento, tendo em conta a integração de políticas públicas sociais e do setor da saúde, considerando o previsível aumento de necessidades que solicitam a disponibilidade de cuidados continuados integrados.

O desenvolvimento estrutural da RNCCI, a sua configuração e financiamento, constituem aspetos centrais do plano de ação em curso. As recentes alterações normativas no contexto da saúde, relacionadas com, entre outras, a extinção das Administrações Regionais de Saúde (ARS), com a criação das Unidades Locais de Saúde (ULS) e, mormente, com a criação da Direção Executiva do SNS, determinaram - e continuam determinando - profundas alterações na orgânica do Ministério da Saúde e, por consequência, na estrutura da RNCCI, na sua configuração e no seu financiamento. Em 2024 o Ministério da Saúde nomeou o Coordenador da RNCCI para a Saúde e, brevemente, procederemos quer à redefinição da organização estrutural da coordenação e gestão da RNCCI (composição e competências de uma Comissão de Coordenação Nacional), quer à redefinição da arquitetura de gestão da RNCCI (mantendo as Equipes de Coordenação Regional, em todas as regiões, mantendo as Equipes de Coordenação Local associando-as às correspondentes ULS); quer ao enquadramento funcional e às competências das atuais equipas de referência hospitalar e dos cuidados de saúde primários.

R.2. Rever, atualizar, clarificar e calendarizar os objetivos de expansão da Rede, tendo em conta as metas definidas e a recuperação dos atrasos verificados na sua execução.

O plano de reestruturação da RNCCI, integra a clarificação e calendarização dos objetivos de expansão da Rede, tendo em conta as metas definidas e a recuperação dos atrasos

verificados na sua execução. Neste sentido, foi publicado novo aviso (nº25/2024), no dia 11 de dezembro de 2024, o qual pretende alcançar um total de 5005 camas.

R.3. Promover a definição de tempos máximos de resposta garantidos no acesso a cuidados continuados integrados (número máximo de dias de espera para ingresso nas diferentes tipologias da RNCCI) e zelar pelo seu cumprimento.

No plano de reestruturação da RNCCI definiremos os tempos máximos de resposta que orientem as ações a tomar progressivamente.

R.4. Garantir a redução dos tempos de acesso a cuidados continuados integrados e a eliminação das assimetrias regionais existentes.

No plano de reestruturação da RNCCI, pugnaremos por reduzir ao máximo os tempos de resposta no acesso. Procuraremos ainda diminuir as assimetrias regionais existentes, nomeadamente pela análise detalhada da realidade que vier a resultar da ação do PRR; no entanto, salientamos, desde já, as dificuldades sentidas na concretização das ações do PRR nas regiões com preços de construção de edificações mais elevados, como é o caso da região, entre outras, de Lisboa e Vale do Tejo. Estamos certos de que o PRR - em curso até 2026 - constitui um instrumento muito importante face à expansão da RNCCI (entre outros aspetos, para a redefinição de rácios de cobertura populacional).

R.5. Promover a avaliação da realização dos objetivos das políticas públicas operacionalizadas pela RNCCI.

O plano de reestruturação da RNCCI integra a avaliação face aos objetivos estabelecidos, através da monitorização sistemática das diferentes tipologias.

R.6. Promover a divulgação do serviço público prestado pela RNCCI, nas suas várias tipologias, garantindo que as condições e procedimentos de acesso são amplamente divulgados junto de toda a população e em particular junto dos utentes elegíveis para receber cuidados continuados integrados.

Neste momento, o sítio da ACSS na internet (disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/category/cuidados-de-saude/continuados/?lang=pt>) promove a divulgação do serviço público prestado pela RNCCI, as condições e procedimentos de acesso; no entanto, há necessidade de outras ações neste domínio, porque o plano de ação visa uma reestruturação da RNCCI que privilegie os cuidados domiciliários como estratégia para possibilitar às pessoas, independentemente da idade, viver o mais tempo possível nas suas casas. A ênfase nesta tipologia assistencial é influenciada pelas ECCI's tradicionalmente subdimensionadas, que gerou na população uma perceção de falta de apoio para integrarem membros da família dependentes no autocuidado. Neste contexto, o plano integra a realização de uma campanha na comunicação social para promover a confiança no apoio domiciliário da RNCCI, quando o estabelecimento do novo modelo de apoio domiciliário estiver estabelecido (estimamos que seja durante 2025).

R.7. Promover pela avaliação e revisão do modelo de funcionamento e financiamento da RNCCI, reiterando o compromisso assumido pelos vários governos com o setor social e solidário.



Está em curso um trabalho, com a coordenação da RNCCI da área da saúde e da segurança social a redefinição de um modelo de financiamento. O plano de reestruturação da RNCCI integra revisão do modelo de funcionamento.

R.8. Assegurar que os preços pagos aos prestadores evoluem de forma previsível e de acordo com o modelo de financiamento, prevenindo a atribuição de efeitos retroativos à atualização de preços.

O modelo de financiamento atual prevê um aumento anual com base no Índice de Preços ao Consumidor (IPC); contudo, a evolução do valor da retribuição mínima mensal garantida, a pandemia de COVID -19 e o aumento da inflação decorrente do contexto político internacional, implicaram que os valores, nos últimos anos, fossem assumidos como insuficientes para fazer face à despesa das unidades, o que justificou a necessidade de se proceder ao ajustamento dos preços das unidades de internamento. O plano de reestruturação da RNCCI prevê a revisão dos preços pagos aos prestadores. Promover-se-ão reuniões com as entidades privadas, IPSS e mutualidades que participam na RNCCI, no sentido de se estabelecerem métricas para a definição de preços, ajustadas e compreensíveis.

R.9. Determinar que o universo de entidades prestadoras de cuidados no âmbito da RNCCI, apresentem anualmente contas por unidade e tipologia, permitindo ao Estado, enquanto financiador, acompanhar e monitorizar os gastos incorridos, de modo a apoiar as decisões de financiamento.

Sim, estamos a estudar o processo de implementação de acompanhamento e monitorização.

R.10. Diligenciar pela instituição de procedimentos de controlo, monitorização e reporte da despesa paga pelos utentes e famílias a fim de determinar o seu esforço no financiamento da Rede, contribuindo para os indicadores de avaliação da sustentabilidade das unidades, definição de preços, estudo e transparência do modelo de financiamento e a sinalização de necessidades específicas de apoio social.

Esta recomendação faz parte do avaliação prevista na resposta R.9

R.11. Diligenciar pelo cumprimento dos objetivos inscritos no Plano de Recuperação e Resiliência para o alargamento da Rede, incluindo as unidades de dia e promoção da autonomia, de forma a dar resposta aos utentes sem necessidade de internamento ou cuja condição não justifique a prestação de cuidados no domicílio.

Foi publicado novo aviso (nº25/2024) no âmbito do PRR, no dia 11 de dezembro de 2024, o qual pretende alcançar um total de 214 lugares de Unidades de Dia e Promoção da Autonomia (UDPA). Há previsão de implementação desta Unidades em 2025. Além disso, está em curso o processo de publicação dos preços/dia por utente desta tipologia, bem como as condições de partilha da segurança social aos utentes que vierem a usufruir desta tipologia. Adicionalmente, prevê-se a criação de projetos-piloto nesta tipologia da Rede.

R.12. Promover a articulação entre as várias entidades com responsabilidades na gestão da RNCCI e das respostas sociais dirigidas a idosos, de modo a encaminhar os utentes que já não reúnam os critérios da RNCCI, designados de “casos sociais.



O Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, estão em estreita articulação para dar resposta a esta situação.

R.13.Rever o conjunto de indicadores que permitem aferir a realização dos objetivos e metas estabelecidos em diferentes dimensões (financeira, utentes, unidades orgânicas da Rede e processos), de modo a garantir uma responsabilização pela qualidade dos cuidados prestados e pelos resultados, bem como a produção de evidência sobre os impactos da Rede na satisfação das necessidades dos utentes e na eficácia dos sistemas de saúde e de proteção social.

No contexto da avaliação em curso referido na R.9., encontramos a rever os indicadores que nos permitam aferir a qualidade e as necessidades efetivas dos utentes de forma a quantificar os objetivos e metas da RNCCI.

R.14.Promover pelo desenvolvimento de um Sistema de Informação da RNCCI que responda às necessidades dos seus utilizadores, permitindo, designadamente:

- a interoperabilidade com os sistemas de informação existentes nas unidades e equipas da Rede;
- a automatização do apuramento e conferência dos montantes faturados pelos prestadores da RNCCI (cuidados de saúde e de apoio social);
- o apuramento da despesa paga pelos utentes e famílias a fim de determinar o seu esforço no financiamento da Rede;
- a manutenção do histórico de dados do atual sistema de informação.

Está em curso a substituição do sistema de informação dos cuidados continuados integrados, nomeadamente a evolução tecnológica da base de dados, a evolução funcional, tecnológica, arquitetural e de design de todas as componentes, bem como o desenvolvimento de novas componentes.

R.15.Assegurar que a informação sobre a despesa com a RNCCI constante dos relatórios de monitorização é fidedigna, completa e isenta de erros.

Sim, com a substituição do sistema, tendo como pressuposto o referido na R.15.

À Ministra da Saúde

R.1. Determinar que a ACSS reformule o sistema de informação da RNCCI, garantindo o histórico de dados e a interoperabilidade com os sistemas de informação existentes, de acordo com padrões de monitorização integrada que disponibilizem informação completa, rigorosa e oportuna.

Cumprindo com o referido na R.14.

R.2. Determinar que a ACSS assegure a produção e divulgação de informação que permita avaliar os resultados e impactos da prestação de cuidados continuados integrados nas condições de vida e de bem-estar dos utentes, de modo a



responsabilizar as respetivas unidades e equipas prestadoras, bem como os diversos níveis de administração e coordenação da RNCCI.

Nos termos do atual quadro legislativo, a ACSS garantirá a produção e a ampla divulgação dos relatórios de monitorização da RNCCI, nomeadamente, através do "Portal da transparência".

R.3. Rever os procedimentos administrativos que suportam os processos de referenciação e disponibilização de lugares na Rede, tendo em vista a célere identificação de vaga para admissão.

O plano de reestruturação da RNCCI, integra a alteração do modelo de referenciação. Adotar-se-á um modelo a partir da análise de sistemas de referenciação amplamente utilizados internacionalmente - com as naturais adaptações ao quadro político e legislativo nacional - que associe a tipologia referenciada às horas de cuidados necessários.

R.4. Assegurar que o financiamento destinado à prestação de cuidados hospitalares não é subtraído dos gastos das unidades hospitalares com a colocação de utentes em camas de retaguarda que, por motivos sociais, permanecem inapropriadamente internados, em situação de pós-alta clínica.

Tem sido essa uma tarefa constante, cuja solução passa por profundas alterações estruturais. O Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, bem como os respetivos organismos encontram-se em articulação para dar resposta a estas situações.

À Coordenação Nacional da RNCCI (respostas da Coordenação da RNCCI)

R.1 Garantir que os prestadores da RNCCI cumprem com as suas obrigações de registo relativas à condição dos utentes e ao funcionamento das respetivas unidades.

O projeto 3.2.2 Substituição do sistema de informação dos cuidados continuados integrados, prevê a substituição dos sistemas de informação dos cuidados continuados integrados, nomeadamente pela evolução tecnológica da base de dados, com evolução funcional, tecnológica, arquitetural e de design de todas as componentes, bem como desenvolvimento de novas componentes. Neste contexto, está em curso o processo de reformulação do SI_RNCCI. Na especificação desse novo sistema será dado ênfase à interoperabilidade entre a informação da Segurança Social (SSD) e da Saúde (SI_RNCCI) e das UCCI. Na SSD é possível apurar-se os valores médios de comparticipação da segurança social e dos utentes, por dia e por tipologia. Com o módulo de faturação, será possível apurar a despesa real das partes

Em paralelo serão sistematizadas as visitas de acompanhamento trimestral, das quais resulta, quer o preenchimento de grelhas de avaliação das unidades (GAU), quer a análise das mesmas.

R.2 Realizar um apuramento dos custos relevantes, diretos e indiretos, por unidades, tipologias, equipas e regiões, bem como de outros custos de estrutura de unidades orgânicas do SNS e da segurança social que contribuem para os resultados da RNCCI.

O modelo de financiamento atual prevê um aumento anual com base no Índice de Preços ao Consumidor (IPC); contudo, a evolução do valor da retribuição mínima mensal garantida, a pandemia de COVID -19 e o aumento da inflação decorrente da invasão da Ucrânia pela Rússia, implicaram que os valores do IPC, nos últimos anos, fossem assumidos como insuficientes para fazer face à despesa das unidades, o que justificou a necessidade de se proceder ao ajustamento dos preços, tendo em vista a sustentabilidade das unidades de internamento. O plano de reestruturação da RNCCI integra o tema da revisão dos preços pagos aos prestadores. Para tal, promover-se-ão reuniões com as entidades privadas, IPSS e mutualidades que participam na RNCCI, bem como a análise de relatórios de contas dessas entidades no sentido de se estabelecerem métricas para a definição de preços, ajustadas e compreensíveis.

As instituições da rede solidária são obrigadas à prestação de contas anuais à Segurança Social, por centro de custos, desde que tenham acordos de cooperação em respostas sociais. As Instituições nestas condições e que disponham de contratos no âmbito da RNCCI, também incluem na prestação de contas estes valores.

R.3 Assegurar o tratamento, apuramento e análise dos montantes suportados pelos utentes e famílias e proceder à sua divulgação no relatório de monitorização da RNCCI.

A execução desta tarefa só poderá ser levada a cabo com automatismos informáticos a integrar no novo sistema de informação da RNCCI.

O processo de interoperabilidade entre a Segurança Social (SSD) e a Saúde (SIRNCC), está em curso através de dois módulos: participação e faturação. O módulo de participação deverá entrar em produção no início de 2025. Na SSD é possível apurar-se os valores médios de participação da Segurança Social e dos utentes, por dia e por tipologia, através dos pedidos. No módulo de faturação, com previsão de entrar em produção em 2025/2026, será possível apurar a despesa real das partes.



Ministra do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social

De: Registo de Correspondência <GDOCService@tcontas.pt>

Enviada: 13 de dezembro de 2024 11:07

Para: paulo.pinheiro@mtsss.gov.pt

Assunto: RECIBO: RE: Relato de auditoria à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Processo n.º 18/2022 - Audit [Registo de Entrada: 10140/2024 - DAV]

REGISTO AUTOMÁTICO - NÃO RESPONDA A ESTE EMAIL
AUTOMATIC REGISTRATION - DO NOT REPLY TO THIS EMAIL

Registo de entrada de correio eletrónico

Mensagem original

Email : paulo.pinheiro@mtsss.gov.pt
Data/hora : 2024-12-12 22:26:18

Registo n.º : 10140/2024
Data/hora : 2024-12-13 11:06:37
Serviço : DAV
Email : dav@tcontas.pt
N. Anexos : 1
Anexos : image001.png;Resposta_TdC - 18_2022 - Audit (003) REDE NACIONAL CUIDADOS INTEGRADOS.pdf;Resposta_TdC - 18_2022 - Audit (003) REDE NACIONAL CUIDADOS INTEGRADOS.pdf;

Exmo. Senhor

Auditor-Coordenador do Tribunal de Contas

Doutor José Carpinteiro,

No âmbito da auditoria à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, junto enviamos os nossos contribuídos para efeitos de contraditório.

Com os melhores cumprimentos,

PAULO PINHEIRO
Chefe de Gabinete
Head of Office



Gabinete da Ministra do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social
Cabinet of the Minister of Labour, Solidarity and Social Security

Praça de Londres, 2 – 16.º

1049-056 Lisboa, Portugal

Tel / Phone [REDACTED]

www.portugal.gov.pt



Handwritten mark



**REPÚBLICA
PORTUGUESA**

TRABALHO, SOLIDARIEDADE
E SEGURANÇA SOCIAL

**Gabinete da Ministra do Trabalho,
Solidariedade e Segurança Social**

Exmo. Senhor

Diretor-Geral do Tribunal de Contas
Juiz Conselheiro Fernando Oliveira Silva

SUA REFERÊNCIA: DA V Proc. N.º 18/2022 - Audit.	SUA COMUNICAÇÃO DE 27.11.2024 e 10.12.2024	: NOSSA REFERÊNCIA N.º: ENT.: PROC. N.º:	DATA:
---	---	---	-------

ASSUNTO: Auditoria à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

Exmo. Senhor Juiz Conselheiro Fernando Oliveira Silva,

Tendo em conta o relato da Auditoria à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, remetido através da vossa comunicação em referência, encarrega-me a Senhora Ministra do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social de remeter a V. Exa. as observações apresentadas no ponto V.

Importa, no entanto, salientar, em primeiro lugar, que o relatório em causa realiza uma avaliação da RNCCI para o período compreendido entre 2017 e 2023, sendo relevante destacar que o XXIV Governo Constitucional tomou posse a 2 de abril de 2024.

De um modo geral, as situações identificadas no relato de auditoria contam com o nosso acolhimento.

No que respeita às Recomendações dirigidas às Senhoras Ministras da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, cumpre informar o seguinte:

R1. Promover o desenvolvimento estrutural da RNCCI, a sua configuração e financiamento, tendo em conta a integração de políticas públicas sociais e do setor da saúde, considerando o previsível aumento de necessidades que solicitam a disponibilidade de cuidados continuados integrados.

No âmbito desta recomendação assinala-se que foi elaborado um Plano de desenvolvimento da "RNCCI 2030", o qual se encontra disponível no sítio da internet da ACSS e do ISS. Este documento apresenta a visão estratégica de futuro para a rede onde são identificadas as linhas orientadoras

Praça de Londres, 2 - 14.º
1049-056 Lisboa, Portugal
gabinete.mtsss@mtsss.gov.pt
Tel / Phone (+351) 21 842 41 00
portugal.gov.pt



para dar cumprimento ao seu desenvolvimento, ao reforço das respostas, assim como à melhoria da intervenção e à prestação de cuidados. Constitui-se, pois, como um instrumento de planeamento para o cumprimento desta recomendação.

Acresce que, e embora não seja da responsabilidade desta área governativa, informa-se que se encontra inscrito no Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) o Investimento RE-CO1-i06: Transição Digital da Saúde, cuja execução está prevista a sua conclusão até 30 de junho de 2025. Uma das vertentes deste investimento consiste na disponibilização de ferramentas renovadas e interoperáveis para os profissionais de saúde, como plataformas de telemonitorização e telerreabilitação, além de sistemas que melhoram a portabilidade de dados entre unidades de cuidados primários, hospitalares e cuidados continuados integrados. O investimento abrange também a oferta de formação relevante para o desenvolvimento de competências digitais.

O cumprimento das metas estabelecidas no PRR revela-se, por isso, crucial para alargar a capacidade de resposta da rede e redefinir rácios, de forma a alcançar uma maior cobertura populacional neste nível de cuidados.

R.2 Rever, atualizar, clarificar e calendarizar os objetivos de expansão da Rede, tendo em conta as metas definidas e a recuperação dos atrasos verificados na sua execução.

Atualmente, encontram-se em execução os investimentos previstos no PRR, conforme referido anteriormente, com prioridade para o cumprimento das metas estabelecidas, isto é, 8100 lugares, dos quais 7000 na Rede Geral e 1100 na Saúde Mental. Após a conclusão do PRR, será realizada uma avaliação das necessidades, seguida da revisão do planeamento de desenvolvimento das diversas vertentes da RNCCI, em alinhamento com o documento "RNCCI 2030".

R.3. Promover a definição de tempos máximos de resposta garantidos no acesso a cuidados continuados integrados (número máximo de dias de espera para ingresso nas diferentes tipologias da RNCCI) e zelar pelo seu cumprimento.

A melhoria dos tempos de acesso aos cuidados continuados está diretamente associada ao alargamento da rede referida anteriormente. Prevê-se que o aumento do número de lugares contribua significativamente para a redução dos tempos de resposta no acesso à rede.

REPÚBLICA
PORTUGUESATRABALHO, SOLIDARIEDADE
E SEGURANÇA SOCIALGabinete da Ministra do Trabalho,
Solidariedade e Segurança Social**R.4 Garantir a redução dos tempos de acesso a cuidados continuados integrados e a eliminação das assimetrias regionais existentes.**

Prevê-se que a melhoria dos tempos de acesso aos cuidados continuados seja impulsionada pela expansão da rede, como referido anteriormente. Esta expansão deverá considerar as assimetrias regionais, alinhando com a análise efetuada no plano de desenvolvimento da "RNCCI 2030".

R.5 Promover a avaliação da realização dos objetivos das políticas públicas operacionalizadas pela RNCCI.

A visão estratégica de futuro para a rede "RNCCI 2030" engloba uma dimensão de qualidade e de eficiência, as quais também serão objeto de monitorização anual, a realizar pelo Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e pelo Ministério da Saúde.

R.6. Promover a divulgação do serviço público prestado pela RNCCI, nas suas várias tipologias, garantindo que as condições e procedimentos de acesso são amplamente divulgados junto de toda a população e em particular junto dos utentes elegíveis para receber cuidados continuados integrados.

Embora o serviço público oferecido pela rede, nas suas diversas tipologias, já esteja divulgado nos sites da Segurança Social e da ACSS, considera-se que esta divulgação pode ser melhorada, nomeadamente para chegar de forma mais eficaz aos utentes elegíveis para receberem cuidados continuados integrados.

R.7 Promover pela avaliação e revisão do modelo de funcionamento e financiamento da RNCCI, reiterando o compromisso assumido pelos vários governos com o setor social e solidário.

Em alinhamento com o Compromisso de Cooperação para o biénio 2023/2024, estão a ser desenvolvidas as diligências necessárias para a criação de um grupo de trabalho dedicado à revisão do modelo de funcionamento e financiamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).



R.8 Assegurar que os preços pagos aos prestadores evoluem de forma previsível e de acordo com o modelo de financiamento, prevenindo a atribuição de efeitos retroativos à atualização de preços.

De acordo com o n.º 1 do artigo 9.º da Portaria n.º 45/2021, de 24 de fevereiro, na sua redação atual, a atualização e revisão de preços são efetuadas com base no índice de preços ao consumidor (IPC). Contudo, um dos objetivos do grupo de trabalho referido anteriormente será também proceder à atualização e revisão de preços, garantindo maior alinhamento com as necessidades e realidades do setor.

R.9 Determinar que o universo de entidades prestadoras de cuidados no âmbito da RNCCI, apresentem anualmente contas por unidade e tipologia, permitindo ao Estado, enquanto financiador, acompanhar e monitorizar os gastos incorridos, de modo a apoiar as decisões de financiamento.

Atualmente, as Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) do setor social e solidário, que também oferecem respostas sociais, são obrigadas, pelos acordos de cooperação, a apresentar anualmente as suas contas à Segurança Social, discriminadas por centro de custos, incluindo as tipologias da RNCCI. Esta prática constitui uma amostra representativa e uma fonte fiável para a avaliação do custo real dos serviços prestados.

R.10 Diligenciar pela instituição de procedimentos de controlo, monitorização e reporte da despesa paga pelos utentes e famílias a fim de determinar o seu esforço no financiamento da Rede, contribuindo para os indicadores de avaliação da sustentabilidade das unidades, definição de preços, estudo e transparência do modelo de financiamento e a sinalização de necessidades específicas de apoio social.

Está em curso o processo de interoperabilidade de dados entre a Segurança Social (SSD) e a Saúde (SIRNCC), implementado por meio de dois módulos: comparticipação e faturação. O módulo de comparticipação, com previsão de entrada em produção no início de 2025, permitirá apurar os valores médios de comparticipação da Segurança Social e dos utentes, por dia e por tipologia, com base nos pedidos submetidos. Por outro lado, o módulo de faturação, previsto para entrar em produção entre 2025 e 2026, viabilizará o apuramento da despesa real das partes envolvidas, funcionando como o instrumento previsto para responder à recomendação.



2



R.11 Diligenciar pelo cumprimento dos objetivos inscritos no Plano de Recuperação e Resiliência para o alargamento da Rede, incluindo as unidades de dia e promoção da autonomia, de forma a dar resposta aos utentes sem necessidade de internamento ou cuja condição não justifique a prestação de cuidados no domicílio.

Estão em curso os trabalhos necessários à publicação dos preços/dia por utente para a tipologia de Unidades de Dia e Promoção de Autonomia (UDPA), assim como à definição das condições de comparticipação da Segurança Social para os utentes que venham a beneficiar desta resposta. Importa ainda salientar que, após a referida publicação, será iniciada a implementação de projetos-piloto nesta tipologia da rede.

R.12 Promover a articulação entre as várias entidades com responsabilidades na gestão da RNCCI e das respostas sociais dirigidas a idosos, de modo a encaminhar os utentes que já não reúnam os critérios da RNCCI, designados de "casos sociais".

Os Ministérios do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e da Saúde encontram-se permanentemente em articulação para dar resposta às situações supramencionadas.

R.13 Rever o conjunto de indicadores que permitem aferir a realização dos objetivos e metas estabelecidos em diferentes dimensões (financeira, utentes, unidades orgânicas da Rede e processos), de modo a garantir uma responsabilização pela qualidade dos cuidados prestados e pelos resultados, bem como a produção de evidência sobre os impactos da Rede na satisfação das necessidades dos utentes e na eficácia dos sistemas de saúde e de proteção social.

Conforme referido na R. 5, está previsto, no âmbito do Plano de Desenvolvimento da 'RNCCI 2030', a realização de uma monitorização anual, que incluirá a revisão do conjunto de indicadores referidos, garantindo, assim, o acolhimento desta recomendação.

R.14 Promover pelo desenvolvimento de um Sistema de Informação da RNCCI que responda às necessidades dos seus utilizadores, permitindo, designadamente:

- **a interoperabilidade com os sistemas de informação existentes nas unidades e equipas da Rede;**



**REPÚBLICA
PORTUGUESA**

TRABALHO, SOLIDARIEDADE
E SEGURANÇA SOCIAL

Gabinete da Ministra do Trabalho,
Solidariedade e Segurança Social

- **a automatização do apuramento e conferência dos montantes faturados pelos prestadores da RNCCI (cuidados de saúde e de apoio social);**
- **o apuramento da despesa paga pelos utentes e famílias a fim de determinar o seu esforço no financiamento da Rede;**
- **a manutenção do histórico de dados do atual sistema de informação.**

Neste âmbito, realça-se a criação de um novo sistema de informação da responsabilidade da saúde, que pretenderá alcançar os objetivos elencados.

R.15 Assegurar que a informação sobre a despesa com a RNCCI constante dos relatórios de monitorização é fidedigna, completa e isenta de erros.

A informação sobre a despesa da RNCCI apresentada nos relatórios de monitorização tem sido fidedigna, contudo, ainda existem áreas onde não é possível apurar valores, como é o caso das ECCI e das participações das famílias. No entanto, espera-se que, com a entrada em funcionamento do novo sistema de informação referido anteriormente, estas lacunas sejam devidamente colmatadas.

Com os melhores cumprimentos,

O Chefe do Gabinete

Paulo de
Sousa Pinheiro

Assinado de forma digital
por Paulo de Sousa Pinheiro
Dados: 2024.12.12 22:24:11
Z



Diretor Executivo do Serviço Nacional de Saúde



Exmo. Senhor
Dr. Fernando Oliveira Silva
Digmo. Diretor Geral do Tribunal de Contas
Av. da República n.º 65
1050-089 Lisboa

e-mail: dg@tcontas.pt

SUA REFERÊNCIA
Processo n.º 18/2022 Audit

SUA COMUNICAÇÃO DE

NOSSA REFERÊNCIA
Nº: DE-SNS 125/2024

DATA: 12/12/2024

ASSUNTO: Auditoria à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Exmo. Senhor,

Em resposta ao V. ofício relativo ao Processo n.º 18/2022 – Audit o qual mereceu a melhor atenção, cumpre-nos informar:

Considerando que:

- Em termos de acesso e cobertura, a RNCCI tem apresentado expansão em número de lugares e unidades, mas ainda enfrenta desafios na cobertura geográfica;
- Os tempos de espera para internamento ainda são elevados em algumas tipologias, o que reflete limitações na capacidade de resposta;
- O modelo de financiamento mostra-se insuficiente para garantir a sustentabilidade da RNCCI, especialmente tendo em conta o envelhecimento populacional e o previsível aumento da procura;
- O Sistema de Informação da RNCCI compromete a integridade e a fiabilidade dos dados usados para planeamento e avaliação.

Tendo em conta o exposto, a DE-SNS tem promovido iniciativas no sentido de agilizar os processos de referenciação e ingresso nas vagas da rede, bem como aumentar a cobertura em regiões mais carenciadas e reduzir os tempos de espera, pela via do alargamento ou de aberturas de novos lugares, onde se inclui naturalmente a referência aos lugares previstos no âmbito do PRR. Apesar da expansão no número de lugares e unidades, a cobertura é desigual, apresentando uma carência significativa em algumas regiões o que reflete também tempos de espera elevados para determinadas tipologias, como as Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM), que sugerem efetivamente uma insuficiência de capacidade instalada. Esta falta de acesso oportuno compromete a qualidade de vida dos utentes e tem um impacto na sobrecarga de outros serviços, nomeadamente nos hospitais e nos cuidados de saúde primários. Daí a importância de rever o modelo de funcionamento da rede, com foco nos cuidados prestados ao domicílio, nomeadamente, no reforço e ampliação das ECCL.



2

Do ponto de vista do modelo de financiamento, o modelo atual prevê um aumento anual com base no Índice de Preços ao Consumidor (IPC), o que se verifica ser manifestamente insuficiente face aos diversos acontecimentos dos últimos anos que tiveram um impacto enorme no que concerne a despesa das unidades. De facto, o modelo de financiamento atual não acompanha o crescimento das necessidades da população cada vez mais envelhecida, agravado pelo facto da dependência excessiva de prestadores privados e IPSS, o que eleva os custos e diminui o controlo por parte do estado. Desta forma, estimamos calcular o financiamento adequado, incorporando mecanismos de ajustamento automático para refletir o envelhecimento demográfico e a procura por estas tipologias de cuidados. Estão planeadas, no modelo de funcionamento futuro da RNCCI, reuniões com as entidades privadas, IPSS e mutualidades que integram a rede com o objetivo de avaliar os relatórios de contas dessas instituições, permitindo a definição de métricas ajustadas para estabelecer preços mais equilibrados.

Relativamente ao Sistema de Informação, por considerarmos tratar-se de um elemento essencial para assegurar dados confiáveis que sustentem decisões estratégicas no contexto da RNCCI, atualmente, já se encontra em desenvolvimento o SI_RNCCI, com o objetivo de garantir a interoperabilidade entre as informações da Segurança Social (SSD) e do setor da Saúde. Essa integração centra-se nos módulos de comparticipação e faturação, permitindo uma análise mais precisa da despesa real das partes envolvidas. Em simultâneo, está em curso o projeto de substituição de todo o sistema de informação dos cuidados continuados integrados, devidamente articulado com a DE-SNS. Esse projeto envolve uma evolução tecnológica da base de dados e melhorias significativas em termos funcionais, de arquitetura, bem como de aspetos tecnológicos e de novos componentes para ampliar e modernizar as capacidades do sistema. Essas iniciativas visam eliminar as redundâncias e duplicações de registos, bem como reforçar a eficiência e a funcionalidade do Sistema de Informação, promovendo uma gestão mais robusta e integrada.

Importa salientar que existem lacunas na monitorização de indicadores padrão de forma consistente, especialmente aqueles que avaliam a qualidade e os resultados de longo prazo, como a comparação entre o potencial de recuperação e o tempo médio necessário para atingi-lo. Essa falta de dados detalhados e consistentes dificulta tanto a análise de desempenho e a tomada de decisões baseadas em evidências. Consequentemente, o planeamento estratégico e a gestão operacional da rede ficam comprometidos.

A definição clara desses indicadores permitirá a implementação de auditorias regulares e a realização de *benchmarking* entre unidades, promovendo uma avaliação comparativa que impulse melhorias contínuas no desempenho e na qualidade dos serviços prestados. Como seria de esperar, a extinção das Administrações Regionais de Saúde (ARS), a generalização das Unidades Locais de Saúde (ULS) e, em particular, o estabelecimento da Direção Executiva do SNS, têm originado mudanças que impactam diretamente na estrutura da RNCCI, influenciando a sua configuração e os modelos de financiamento.

De maneira a garantir um melhor e mais eficiente funcionamento da RNCCI que sirva os propósitos da população, de forma sustentável, estimamos (i) redefinir a coordenação e gestão da RNCCI, com revisão da composição e das competências da Comissão de Coordenação Nacional, (ii) rever a orgânica de gestão, mantendo as Equipas de Coordenação Regional (ECR) em todas as regiões e associando claramente as Equipas de Coordenação Local (ECL) às Unidades Locais de Saúde (ULS) correspondentes, (iii) bem como rever a pertinência e adequação das competências relativas às atuais equipas de referência, tanto hospitalares quanto dos cuidados de saúde primários (EGA), tendo em conta a nova estrutura organizativa das instituições de saúde.

Portanto, a evolução estrutural da RNCCI, bem como a sua configuração e financiamento, representam aspetos fundamentais que estão a ser trabalhados pela DE-SNS no âmbito da apresentação do plano de reestruturação da RNCCI, em estreita colaboração com a Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) que integra os coordenadores da área governativa da saúde e da área governativa do trabalho, solidariedade e segurança social.

Com os melhores cumprimentos,

O Diretor Executivo do Serviço Nacional de Saúde

**António Gandra
D'Almeida**
(António Gandra d'Almeida)

Aut. Info. de Acesso Aberto por António Gandra
D'Almeida
DN. 1477/2016 - Diretor Executivo, 1.ª Divisão Operativa
do Serviço Nacional de Saúde, ex-Diretor Nacional
Luis Filipe Almeida, gestor Executivo - António J.M.
Código de Acesso de Acesso Aberto
Data: 2025.11.12 10:11:02



Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP

De: Registo de Correspondência <GDOCService@tcontas.pt>

Enviada: 12 de dezembro de 2024 10:41

Para: gai@acss.min-saude.pt

Assunto: RECIBO: FW: Relato de auditoria à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Processo n.º 18/2022 - Audit [Registo de Entrada: 10105/2024 - DAV]

REGISTO AUTOMÁTICO - NÃO RESPONDA A ESTE EMAIL
AUTOMATIC REGISTRATION - DO NOT REPLY TO THIS EMAIL

Registo de entrada de correio eletrónico

Mensagem original

Email : gai@acss.min-saude.pt
Data/hora : 2024-12-11 19:53:00

Registo n.º : 10105/2024
Data/hora : 2024-12-12 10:41:13
Serviço : DAV
Email : dav@tcontas.pt
N. Anexos : 0
Anexos :
image001.png; image002.png; image003.png; image004.png; image007.png; image005.png; image006.png

De: Gabinete Auditoria Interna ACSS <gai@acss.min-saude.pt>

Enviada: 11 de dezembro de 2024 19:53

Para: Tribunal de Contas - DAV <DAV@tcontas.pt>

Cc: Conselho Diretivo ACSS <ConselhoDirectivo@acss.min-saude.pt>; Secretariado CD ACSS <cd-acss@acss.min-saude.pt>; Gabriela Maia <gmaia@acss.min-saude.pt>; Sonia Alves Bastos <sbastos@acss.min-saude.pt>; Marta Ferreira Aldrabinha <maldrabinha@acss.min-saude.pt>; Susana Gonçalves Tomé <stome@acss.min-saude.pt>; Aquilino Paulo Antunes <aantunes@acss.min-saude.pt>; Alexandra Lirnic <alirnic@acss.min-saude.pt>

Assunto: Relato de auditoria à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Processo n.º 18/2022 - Audit

Exmo. Senhor
Dr. José Carpinteiro
Auditor-Coordenador
Departamento de Auditoria V
Tribunal de Contas

Relativamente ao assunto em epigrafe, tendo este Instituto sido notificado do Relato do Processo de Auditoria n.º 18/2022-AUD, através do v/ email infra de 27.11.2024, cujo teor mereceu a nossa melhor atenção, encarrega-me o Senhor Presidente do Conselho Diretivo, Dr. André Trindade, de comunicar a pronúncia desta Administração Central.

Tendo em vista a estruturação de uma resposta objetiva e quantificada, apresenta-se em seguida os pontos do Relato que merecem observação, no que concerne ao **ENQUADRAMENTO**:

1) No que respeita à Estrutura e Coordenação da Rede, mais concretamente o **ponto 55**,
"Apesar de previsto, a CNCRNCCI não possui uma equipa técnica, de suporte permanente, para apoio ao desenvolvimento das competências que lhes foram atribuídas. Na prática, apoia-se na Unidade de Gestão e Acompanhamento da RNCCI dos serviços centrais do ISS e no Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde da ACSS"

importa referir que houve designação de equipa de apoio técnico ao Coordenador Nacional, em representação do Ministério da Saúde, e de elementos para a equipa de apoio técnico à CNC RNCCI, pelos seguintes despachos:

- Despacho n.º 5386/2019, do Gabinete da Secretária de Estado da Saúde – designou equipa de apoio técnico, de suporte Permanente ao Coordenador Nacional da Comissão, em representação do Ministério da Saúde;
- Despacho n.º 2625/2020, do Gabinete da Ministra da Saúde – Designou elemento, em representação do Ministério da Saúde, para a equipa de apoio técnico da Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;
- Despacho n.º 9421/2021, do Gabinete da Ministra da Saúde – Designou elemento, para a equipa de apoio técnico da Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

2) Quanto ao modelo de financiamento, mais concretamente o **ponto 67**,

"Em 2016, foi aprovada a tabela de preços para financiar os cuidados continuados pediátricos"

de salientar que a referida tabela foi aprovada pela Portaria n.º 176/2016, de 23 de junho, a qual, conforme referido no seu Artigo 1º, fixou "os preços dos cuidados de saúde prestados nas unidades de internamento de cuidados integrados pediátricos de nível 1 (UCIP nível 1) e de ambulatório pediátricos no âmbito das experiências-piloto a desenvolver no contexto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), nesta área", não tendo sido revistos deste então.

3) Ainda relativamente ao modelo de financiamento, mais concretamente o **ponto 69**,

"Nos termos do artigo 9.º da referida Portaria, os preços são atualizados no início de cada ano civil a que se reporta a atualização, mediante a aplicação de um coeficiente resultante da variação média do índice de preços no consumidor, correspondente aos últimos 12 meses para os quais existam valores disponíveis e revistos dois anos após a entrada em vigor do diploma, o que ainda não ocorreu."

de referir que o Artigo 3.º - Norma transitória da Portaria n.º 272/2022, de 10 de novembro, veio determinar que "Durante o ano de 2023 não é aplicável o disposto no artigo 9.º da Portaria n.º 45/2021, de 24 de fevereiro, na sua redação atual."

4) No que concerne à anterior auditoria do Tribunal de Contas à RNCCI (2009), mais concretamente o **ponto 72**,

"Em relação às recomendações dirigidas à Coordenadora da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, destaca-se que permanece por realizar um apuramento dos custos relevantes, diretos e indiretos, por unidades, tipologias, equipas e regiões, bem como de outros custos de estrutura de unidades orgânicas do SNS e da segurança social que contribuem para os resultados da RNCCI."



de informar que, pela Deliberação nº 01/CNCRNCCI/2022, de 18/02, foi constituído um Grupo de Trabalho (GT) para proposta de revisão de preços na RNCCI – CCISM. O supramencionado GT remeteu o seu Relatório Final às Coordenadoras da CNC RNCCI por mensagem de correio eletrónico de 21 de junho de 2022.

Ainda relativamente aos pontos do Relato que merecem observação, no que concerne às **OBSERVAÇÕES DE AUDITORIA**, importa destacar:

- 1) Quanto às referências a "Cuidados Continuados Pediátricos (CCP)" ao longo do Relato, a possibilidade de as mesmas serem substituídas por Cuidados Continuados Integrados Pediátricos (CCIP).
- 2) No que respeita às camas de retaguarda exteriores à Rede, mais concretamente o **ponto 155**,
Nesse ano, o gasto médio por diária de internamento numa cama de retaguarda foi de 111,98 ou seja, superior ao preço da diária de internamento nas tipologias da RG (75,48 p r ULDM, 95,84 para as UMDR e 110,84 para UC), revelando que o alargamento da Rede pode gerar poupanças nas unidades hospitalares, criando oportunidade para alocar esses montantes à prestação de cuidados de saúde.

de referir que a RNCCI também presta cuidados de saúde, pelo que se crê que se pretenderá mencionar na final da frase acima "... prestação de cuidados de saúde hospitalares".

- 3) No tocante aos utentes assistidos na Rede Geral (RG), mais concretamente o **ponto 165**,
Note-se que até 2022, para uma média de 7.083 utentes (19%), perto de um quinto do total de utentes com alta, não foi registado nem o motivo nem o destino da alta da RG, constringendo a avaliação do desempenho das unidades e equipas, situação esta que apenas deixou de se verificar em 2023, sem que tal tenha sido reportado nos relatórios anuais de monitorização da rede.

de clarificar que o registo da alta da RNCCI, no SI RNCCI, é referido no Relatório de Monitorização da RNCCI – 1º Semestre de 2023, concretamente nas Considerações Prévias (cf. pág. 24) que, "na sequência da melhoria contínua, que a ACSS e a SPMS têm vindo a implementar, foi desenvolvido um novo módulo de registo de alta, com mais opções de registo, no âmbito do motivo e destino, permitindo melhor identificar ambos os parâmetros. Esta alteração foi implementada, no SI RNCCI, no final de 2022 e foi desenvolvido novo relatório de extração de dados, estando já presentes neste relatório de monitorização, detalhados em capítulo próprio."

De igual modo, o ponto 4. *Motivo de alta e destino pós alta*, do mesmo Relatório (cf. pág. 169), refere o supramencionado novo módulo com mais detalhe.

- 4) Relativamente à formação dos preços no modelo de financiamento da RNCCI, mais concretamente o **ponto 221**,
Em 2021, foi aprovada a Portaria n.º 45/2021, de 24 de fevereiro, que prevê a revisão dos preços dois anos após a sua entrada em vigor, o que não ocorreu

de destacar o Artigo 3.º - Norma transitória da Portaria n.º 272/2022, de 10 de novembro, veio determinar que "Durante o ano de 2023 não é aplicável o disposto no artigo 9.º da Portaria n.º 45/2021, de 24 de fevereiro, na sua redação atual."

- 5) Relativamente ao Investimento da Execução Financeira, mais concretamente o **ponto 291**,
De salientar ainda que, em julho de 2024, não existia execução física ou financeira dos projetos das candidaturas 187, colocando em risco a execução dos investimentos i2.1 – Rede Geral internamento, i2.2 – UDPA e i2.4 – CCIM no prazo previsto (31 de dezembro de 2025), sendo que o prazo previsto para os investimentos i2.3 – ECCI e i2. - CCIM-EAD (30 de junho de 2024)188 já tinha sido ultrapassado. Quanto às ECCI, não foram lançados avisos de candidaturas, dado que são exclusivamente operacionalizadas por



entidades do SNS, tendo a ACSS informado que já tinham sido criados 1.055 lugares, ultrapassando a meta estabelecida no PRR.

sugere-se a correção da sigla "CCIM" para "CCISM".

Por outro lado, quanto aos pontos do Relato que merecem observação, no que se referem às **CONCLUSÕES**, destacam-se:

1) No que respeita à referida falta de informação, mais concretamente o **ponto 80**,

Os relatórios de monitorização do desempenho da RNCCI não integram uma dimensão de avaliação das unidades e equipas da Rede, designadamente quanto ao seu funcionamento, à qualidade dos cuidados e serviços prestados, aos processos realizados, aos resultados obtidos, e à articulação com outros recursos de saúde e ou sociais.

e o **ponto 81**,

Os relatórios de monitorização do desempenho da RNCCI não contemplam uma componente de avaliação da qualidade dos cuidados e serviços prestados, com base em indicadores relativos aos resultados e impactos em saúde e nas condições de vida e de bem-estar dos utentes.

importa clarificar que, como referido nos Relatórios de Monitorização da RNCCI, que vêm sendo elaborados pelas ACSS, os mesmos incluem indicadores sobre a capacidade da RNCCI, processo de referenciação, utentes assistidos e sua caracterização, mobilidade dos utentes (transferências) e indicadores assistenciais (úlceras de pressão, quedas, avaliação da dor, taxa de ocupação, demora média, óbitos), bem como legislação publicada e execução financeira, esta validada e fornecida à ACSS pelas ECR e pelo ISS. São assim, analisados, alguns indicadores relacionados com a qualidade da assistência e resultados, desde logo os que são definidos como assistenciais.

De acordo com DL n.º 101/2006, de 6 de junho, na sua redação atual, o acompanhamento, avaliação e realização do controlo de resultados da execução dos contratos para a prestação de cuidados continuados, verificando a conformidade das atividades prosseguidas com as autorizadas no alvará de licenciamento e em acordos de cooperação e a promoção da avaliação da qualidade do funcionamento, dos processos e dos resultados das unidades e equipas são competências da coordenação de nível regional.

À coordenação de nível local, em articulação com a coordenação a nível regional, cabe o acompanhamento e a avaliação da Rede a nível local, bem como a articulação e coordenação dos recursos e atividades, no seu âmbito de referência.

2) Relativamente ao **ponto 316**,

Os utentes que no final de 2023 estavam a aguardar identificação de vaga para ingresso nas tipologias da RG registavam uma mediana do tempo de referenciação mais de duas vezes superior à mediana dos utentes admitidos na RG naquele ano (41 dias versus 17 dias), o que pode sinalizar a tendência de agravamento dos tempos de acesso à Rede.

e ao **ponto 317**,

Os utentes que, no final de 2023, ainda aguardavam vaga nas tipologias da RG enfrentavam tempos de espera significativamente mais longos (mediana de 41 dias) quando comparados com os tempos de espera



suportados pelos utentes admitidos ao longo daquele ano (mediana de 17 dias) o que pode sinalizar a tendência de agravamento dos tempos de acesso à Rede.

uma mesma conclusão, mas com 2 formulações diferentes.

Por fim, quanto ao **Projeto de recomendações**, destacam-se:

1) Relativamente À Ministra da Saúde:

- R.1. Determinar que a ACSS reformule o sistema de informação da RNCCI, garantindo o histórico de dados e a interoperabilidade com os sistemas de informação existentes, de acordo com padrões de monitorização integrada que disponibilizem informação completa, rigorosa e oportuna.
- R.2. Determinar que a ACSS assegure a produção e divulgação de informação que permita avaliar os resultados e impactos da prestação de cuidados continuados integrados nas condições de vida e de bem-estar dos utentes, de modo a responsabilizar as respetivas unidades e equipas prestadoras, bem como os diversos níveis de administração e coordenação da RNCCI.

importa informar que, uma vez que de acordo com o n.º 2 do Artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, "A DE -SNS, I. P., sucede nas atribuições da ACSS, I. P., em matéria de gestão do acesso, da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP)" e que constituem suas atribuições, entre outras, "Coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde que integram o SNS, bem como daquelas que integram a ... (RNCCI) e a ... (RNCP), ao longo do percurso de saúde do utente;" e "Gerir a RNCCI, incluindo a área de saúde mental, assumindo a coordenação nacional na área da saúde, para efeitos do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, na sua redação atual, em articulação com os demais organismos competentes;" as R.1. e R.2. endereçadas à Ministra da Saúde deverão fazer menção à DE -SNS, não à ACSS.

Apesar da sua criação em setembro de 2022 e da publicação dos seus Estatutos, em outubro de 2023, decorrido que está mais de 1 ano sobre estes últimos, a DE-SNS, I. P. ainda não assumiu a responsabilidade pela execução de um conjunto de tarefas e atividades no âmbito da RNCCI (incluindo-se, entre outras, as relacionadas com o desenvolvimento e gestão do SI RNCCI e com a monitorização da RNCCI), que continuam a ser asseguradas pela ACSS. No entanto foi já comunicado pela ACSS, à DE-SNS, que tais tarefas terão de transitar para aquela entidade até 31-12-2024, tendo sido solicitada de designação de elemento(s) daquela DE-SNS para a transição atempada de conhecimento e de tarefas e atividades por parte dos elementos da ACSS que as vêm assegurando.

2) Relativamente À Administração Central do Sistema de Saúde:

- R.1. Assegurar o desenvolvimento do sistema de informação da RNCCI por forma a responder às necessidades dos seus utilizadores, garantindo o histórico de dados e a interoperabilidade com os sistemas de informação existentes, de acordo com padrões de monitorização integrada que disponibilizem informação completa, rigorosa e oportuna.

Pelas razões acima referidas, consideramos que a R.1. deve a ser endereçada à DE-SNS, e não a esta Administração Central.

Ficamos ao dispor para qualquer informação ou esclarecimento adicional que seja necessário.

Com os melhores cumprimentos,

André Vilhena



2

Técnico Superior
Gabinete de Auditoria Interna
Internal Audit Office

--

--

Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16 | Avenida do Brasil, 53 | 1700-063 Lisboa | Portugal

Tel. Geral: 21 792 58 00

--	--

www.acss.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR

--



Presidente do Conselho de Administração dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE

De: SPMS | Secretariado CA <secretariado.ca@spms.min-saude.pt>
Enviado: 13 de dezembro de 2024 17:37
Para: Jose Carpinteiro
Cc: Iva Maia; Jorge Silva
Assunto: RE: Relato de auditoria à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados -
Processo n.º 18/2022 - Audit
Anexos: 20241126 Proc_18_2022_Audit_RNCCI_Relato.pdf; 20241126 Ofício DGTC_SPMS.pdf

Exmo. Senhor
Dr. Jose Carpinteiro | Auditor-Coordenador
Departamento de Auditoria V
TRIBUNAL DE CONTAS,

Encarrega-me a Senhora Presidente do Conselho de Administração da SPMS, E.P.E., Dra. Sandra Cavaca de, em resposta à comunicação infra, transmitir a V. Exa. a seguinte mensagem:

"A SPMS não pretende produzir qualquer comentário ou observação, sem prejuízo dos contributos que vier a produzir para uma posição ou resposta consolidada do Ministério da Saúde."

Os melhores cumprimentos,

Cristina Ribeiro

Secretária Pessoal da Presidente do Conselho de Administração

Gabinete de Assessoria Geral ao Conselho de Administração
Direção de Gestão Corporativa, Conformidade, Auditoria e
Antifraude



SERVIÇOS PARTILHADOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, EPE
SHARED SERVICES OF THE MINISTRY OF HEALTH, EPE
Avenida da República, 61
1050-189 Lisboa | Portugal
Tel.: +351 211 545 600 | Tlm.: +351 910214860

www.spms.min-saude.pt



Presidente do Conselho Diretivo do Instituto da Segurança Social, IP

De: Registo de Correspondência <GDOCService@tcontas.pt>
Enviada: 13 de dezembro de 2024 13:43
Para: M.Conceicao.Ferraz@seg-social.pt
Assunto: RECIBO: FW: Relato de auditoria à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Processo n.º 18/2022 - Audit [Registo de Entrada: 10145/2024 - DAV]

REGISTO AUTOMÁTICO - NÃO RESPONDA A ESTE EMAIL
AUTOMATIC REGISTRATION - DO NOT REPLY TO THIS EMAIL

Registo de entrada de correio eletrónico

Mensagem original

Email : M.Conceicao.Ferraz@seg-social.pt
Data/hora : 2024-12-13 12:06:43

Registo n.º : 10145/2024
Data/hora : 2024-12-13 13:43:28
Serviço : DAV
Email : dav@tcontas.pt
N. Anexos : 0
Anexos :

image002.png; image003.png; image004.png; image005.png; image006.png; image008.png; image010.png; image012.png; image014.png; image016.png; image018.png; image020.png; image022.png; image024.png; image026.png; Outlook-cjwbwhem.png; Outlook-nmx2bk2c.png; Outlook-mqajljlrl.png; Outlook-4khfylla.png; Outlook-cid_image0.png; Outlook-cid_image0.png; Outlook-jbxu4fam.png; Outlook-fndgqxjf.png; Outlook-cid_image0.png; Outlook-cid_image0.png; Outlook-jbxu4fam.png; Outlook-fndgqxjf.png

De: ISS-Secretariado-Presidente <ISS-Secretariado-Presidente@seg-social.pt>
Enviada: 12 de dezembro de 2024 20:42
Para: Jose Carpinteiro <JoseCarpinteiro@tcontas.pt>
Assunto: Relato de auditoria à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Processo n.º 18/2022 - Audit

Exmos. Senhores,

Encarrega-me o Sr. Presidente do Conselho Diretivo deste Instituto, de remeter pronuncia em sede de contraditório da auditoria à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, nos seguintes termos:

Página 92:

A tendência de aumento dos tempos médios de permanência na Rede pode limitar a dinâmica das respostas e constringer o acesso dos utentes se não for acompanhada de um adequado reforço da capacidade instalada e de adicionais respostas sociais. (Pontos 8.1 e 8.2)

As Unidades de longa duração e manutenção são de carácter temporário ou permanente (DL n.º 101/2006), por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos; logo, o utente pode manter-se em ULDM, desde que a sua condição o justifique, e tornar o internamento definitivo, o que significa que o aumento do n.º de dias de internamento nem sempre é indevido.

Relativamente às UMDR, os prazos definidos por esta tipologia não são imperativos, pois existe a possibilidade de serem prorrogados, desde que haja ganhos e benefícios para o utente na consolidação do Plano de Intervenção Individual.

A questão coloca-se quando os objetivos são atingidos e há uma proposta de transferência de tipologia ou alta. A dificuldade de circularidade do utente, em função das necessidades no momento e em tempo útil, está relacionada com o desenvolvimento das respostas nas várias vertentes (RNCCI, ERPI, SAD, LR.)

O aumento do tempo médio de internamento, em ULDM e UMDR, resulta também do fenómeno do envelhecimento da população portuguesa, a que assistimos.

Quanto à libertação de lugares, nas tipologias da Rede Geral, é necessária uma estratégia integrada:

- A RNCCI necessita de expandir-se, sendo que o PRR é uma oportunidade para um salto quantitativo;
- A ULDM é uma tipologia temporária ou permanente, logo, o utente pode manter-se na mesma, desde que a sua condição o justifique, e até, eventualmente, tornar o internamento definitivo;
- Nas sinalizações das UCCI para ERPI, essencialmente na tipologia de ULDM, existe um número de utentes que não reúne critérios de referenciação para ERPI, de acordo com o



- Manual de Articulação entre Saúde e Segurança Social para Altas Sociais, mantendo os critérios para permanecer nesta tipologia (artigos 17.º e 18.º do DL n.º 106/2026);
- Os cuidados de proximidade devem constituir-se como a prioridade no encaminhamento, respondendo a uma maior satisfação do utente e garantido maior sustentabilidade do sistema publico. Para isso, a CNCRNCCI está a desenvolver um plano para potenciar as respostas de proximidade, através de uma integração de cuidados, entre Saúde e Segurança Social, de forma a ir ao encontro das necessidades individuais, no sentido de diminuir ou retardar a institucionalização.

Página 93:

A falta de informação financeira sobre o desempenho económico-financeiro das unidades e o não tratamento e análise dessa informação por parte dos financiadores públicos prejudica a fixação de preços, o estudo do modelo de financiamento e a apreciação da sustentabilidade da Rede e das unidades que a compõem. (Ponto 9.2)

Ao nível do ISS, IP, as UCCI do setor social e solidário, que desenvolvem também respostas sociais, por força da obrigação dos acordos de cooperação, entregam anualmente as suas contas na segurança social, por centro de custos, incluindo as tipologias da RNCCI, constituindo uma amostragem significativa e uma fonte válida para avaliação do custo real.

No âmbito da Saúde Mental este trabalho já foi realizado, através de um Grupo de Trabalho constituído, na CNCRNCCI, para este efeito, com elaboração do Relatório e respetivos resultados. Este trabalho terá de ser alargado a outras áreas.

Página 94:

A informação sobre a despesa com a RNCCI constante dos relatórios de monitorização não é fidedigna por estar incompleta e conter erros. (Ponto 10)

A informação sobre a despesa com a RNCCI, constante dos relatórios de monitorização é fidedigna. A questão coloca-se por existirem áreas em que não constam, ainda, o apuramento de valores, como as ECCI, transporte de doentes, comparticipação das famílias e custos das estruturas de unidades orgânicas do SNS e da segurança social.

Está em curso o processo de interoperabilidade entre a Segurança Social (SSD) e a Saúde (SIRNCC), através de 2 módulos: comparticipação e faturação.

O módulo de comparticipação deverá entrar em produção no início de 2025. Contudo, na *Segurança Social Direta* é possível apurarem-se os valores da compartição da segurança social e dos utentes, por dia e por tipologia, através dos pedidos efetuados.

No módulo de faturação, com previsão de entrada em produção em 2025/2026, será possível apurar a despesa real das partes, sendo o instrumento previsto para responder à recomendação.

Página 94:

A inexistência de procedimentos de controlo, monitorização e reporte da despesa paga pelos utentes e famílias não permite determinar o seu esforço no financiamento da Rede e como ele evoluiu entre 2017 e 2023, para além de prejudicar a avaliação da sustentabilidade das unidades, a definição de preços, o estudo e transparência do modelo de financiamento e a sinalização de necessidades específicas de apoio social. (Ponto 10.2)



A faturação é realizada por mapas em formato Excel, sem automatismos, o que acarreta um grande esforço de todos os envolvidos. Os mapas de faturação, através da sua respetiva validação, garantem que o valor a pagar por cada utente/família é o devido; porém, não é apurado o valor total pago pelos utentes/famílias, o que só irá ser possível com o processo de faturação automático, através da interoperabilidade.

Quanto à sustentabilidade das unidades, esta nunca é prejudicada por falta de apuramento deste montante, pois a mesma é sempre ressarcida pelo valor dos preços definidos em *Portaria de preços*.

Página 95:

O sistema de informação da RNCCI não fornece funcionalidades essenciais à gestão da atividade e apresenta fragilidades estruturais que prejudicam a fiabilidade dos outputs. (Ponto 11)

A ACSS, no âmbito do PRR, está a levar a cabo o desenvolvimento de uma aplicação informática, para evolução do sistema de informação da RNCCI, por forma a suprir as deficiências atualmente existentes.

Com os melhores cumprimentos,



SECRETARIADO DO CONSELHO DIRETIVO

iss-secretariado-presidente@seg-social.pt
T +351 300 502 502





Coordenação da Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

De: Registo de Correspondência <GDOCService@tcontas.pt>

Enviada: 12 de dezembro de 2024 16:16

Para: Cristina.M.Caetano@seg-social.pt

Assunto: RECIBO: FW: Relato de auditoria à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Processo n.º 18/2022 - Audit [Registo de Entrada: 10122/2024 - DAV]

REGISTO AUTOMÁTICO - NÃO RESPONDA A ESTE EMAIL
AUTOMATIC REGISTRATION - DO NOT REPLY TO THIS EMAIL

Registo de entrada de correio eletrónico

Mensagem original

Email : Cristina.M.Caetano@seg-social.pt

Data/hora : 2024-12-12 12:12:00

Registo n.º : 10122/2024

Data/hora : 2024-12-12 16:16:27

Serviço : DAV

Email : dav@tcontas.pt

N. Anexos : 2

Anexos :

image001.png;image005.png;image009.png;image013.png;image017.png;image021.png;image023.png;image025.png;image027.png;image029.png;image031.png;image032.png;image033.png;image034.png;image035.png;image036.png;image037.png;image038.png;image039.png;image040.png;20241126 Proc_18_2022_Audit_RNCCI_Relato.pdf;20241126 Ofício DGTC_Coord_RNCCI_MTSSS.pdf;image002.png;image004.png;image006.png;image008.png;image010.png;image012.png;image014.png;image016.png;image018.png;image020.png;20241126 Proc_18_2022_Audit_RNCCI_Relato.pdf; 20241126 Ofício DGTC_Coord_RNCCI_MTSSS.pdf;

De: Cristina.M.Caetano <Cristina.M.Caetano@seg-social.pt>

Enviada: 12 de dezembro de 2024 12:12

Para: Jose Carpinteiro <JoseCarpinteiro@tcontas.pt>

Cc: Iva Maia <ivamaia@tcontas.pt>; Jorge Silva <jorgesilva@tcontas.pt>; Luis Viana <luisviana@tcontas.pt>; Abel Paiva <abel.paiva@cnrncci.min-saude.pt>

Assunto: RE: Relato de auditoria à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Processo n.º 18/2022 - Audit

Exmo. Senhor Jose Carpinteiro

Auditor-Coordenador do Departamento de Auditoria do Tribunal de Contas

Em cumprimento do solicitado pelo Tribunal de Contas remeto pronuncia da Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados relativamente às recomendações a esta Comissão:

À Coordenação Nacional da RNCCI

R.1 Garantir que os prestadores da RNCCI cumprem com as suas obrigações de registo relativas à condição dos utentes e ao funcionamento das respetivas unidades.



No âmbito do PRR, o projeto 3.2.2 Substituição do sistema de informação dos cuidados continuados integrados, prevê a substituição dos sistemas de informação dos cuidados continuados integrados, nomeadamente pela evolução tecnológica da base de dados, com evolução funcional, tecnológica, arquitetural e de design de todas as componentes, bem como desenvolvimento de novas componentes. Neste contexto, está em curso o processo de reformulação do SI_RNCCI. Na especificação desse novo sistema será dado ênfase à interoperabilidade entre a informação da Segurança Social (SSD) e da Saúde (SI_RNCCI) e das UCCI. Na SSD é possível apurar-se os valores médios de comparticipação da segurança social e dos utentes, por dia e por tipologia. Com o módulo de faturação, será possível apurar a despesa real das partes

Em paralelo serão sistematizadas as visitas de acompanhamento trimestral, das quais resulta, quer o preenchimento de grelhas de avaliação das unidades (GAU), quer a análise das mesmas.

R.2 Realizar um apuramento dos custos relevantes, diretos e indiretos, por unidades, tipologias, equipas e regiões, bem como de outros custos de estrutura de unidades orgânicas do SNS e da segurança social que contribuem para os resultados da RNCCI.

O modelo de financiamento atual prevê um aumento anual com base no Índice de Preços ao Consumidor (IPC); contudo, a evolução do valor da retribuição mínima mensal garantida, a pandemia de COVID -19 e o aumento da inflação decorrente da invasão da Ucrânia pela Rússia, implicaram que os valores do IPC, nos últimos anos, fossem assumidos como insuficientes para fazer face à despesa das unidades, o que justificou a necessidade de se proceder ao ajustamento dos preços, tendo em vista a sustentabilidade das unidades de internamento. O plano de reestruturação da RNCCI integra o tema da revisão dos preços pagos aos prestadores. Para tal, promover-se-ão reuniões com as entidades privadas, IPSS e mutualidades que participam na RNCCI, bem como a análise de relatórios de contas dessas entidades no sentido de se estabelecerem métricas para a definição de preços, ajustadas e compreensíveis.

As instituições da rede solidária são obrigadas à prestação de contas anuais à Segurança Social, por centro de custos, desde que tenham acordos de cooperação em respostas sociais. As Instituições nestas condições e que disponham de contratos no âmbito da RNCCI, também incluem na prestação de contas estes valores.

R.3 Assegurar o tratamento, apuramento e análise dos montantes suportados pelos utentes e famílias e proceder à sua divulgação no relatório de monitorização da RNCCI.

A execução desta tarefa só poderá ser levada a cabo com automatismos informáticos a integrar no novo sistema de informação da RNCCI.

O processo de interoperabilidade entre a Segurança Social (SSD) e a Saúde (SIRNCC), está em curso através de dois módulos: comparticipação e faturação. O módulo de comparticipação deverá entrar em produção no início de 2025. Na SSD é possível apurar-se os valores médios de comparticipação da Segurança Social e dos utentes, por dia e por tipologia, através dos pedidos. No módulo de faturação, com previsão de entrar em produção em 2025/2026, será possível apurar a despesa real das partes.

Atentamente

A Coordenadora pelo MTSSS
Cristina Caetano

O Coordenador pelo MS
Abel Paiva



2

CRISTINA CAETANO

COORDENADORA DA COMISSÃO NACIONAL DA RNCCI PELO MTSSS
DIRETORA DA UNIDADE DE GESTÃO E ACOMPANHAMENTO DA
REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Cristina.M.Caetano@seg-social.pt

Aviso de Confidencialidade: A informação presente nesta mensagem, bem como em qualquer dos seus anexos, é confidencial e destinada exclusivamente ao(s) destinatário(s), não podendo ser alterada, usada, distribuída, copiada ou disseminada sem autorização. Caso tenha recebido esta mensagem indevidamente, queira informar de imediato o remetente e proceder à destruição da mesma e de eventuais cópias.
A correspondência transmitida via eletrónica tem o mesmo valor da trocada em suporte de papel, devendo ser-lhe conferida, pela Administração e pelos particulares, idêntico tratamento (art.º 26, n.º 2, do Decreto-Lei n.º 135/99, de 22 de abril, com a última alteração introduzida pelo Decreto-Lei n.º 73/2014, de 13 de maio).



2

Presidente da Direção da Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade

De: Registo de Correspondência <GDOCService@tcontas.pt>
Enviada: 11 de dezembro de 2024 13:37
Para: [REDACTED]
Assunto: RECIBO: Proc. nº 18/2022 [Registo de Entrada: 10077/2024 - DAV]

REGISTO AUTOMÁTICO - NÃO RESPONDA A ESTE EMAIL
AUTOMATIC REGISTRATION - DO NOT REPLY TO THIS EMAIL

Registo de entrada de correio eletrónico

Mensagem original
Email : [REDACTED]
Data/hora : 2024-12-11 07:33:31

Registo nº : 10077/2024
Data/hora : 2024-12-11 13:37:15
Serviço : DAV
Email : dav@tcontas.pt
N. Anexos : 0
Anexos : Resposta ao Tribunal de Contas.doc

Não costuma receber e-mails de [REDACTED] [Saiba por que motivo isto é importante](#)

Proc. nº 18/2022 – Audit

Assunto – Auditoria à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Excelentíssimo Senhor Juiz Conselheiro do Tribunal de Contas

Em resposta à notificação para pronúncia sobre o teor do Relatório da Auditoria em Assunto, vem a CNIS – Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade Social - pronunciar-se em anexo.

Com o maior respeito

Lino Maia



Porto, 11 de Dezembro de 2024

Excelentíssimo Senhor Juiz Conselheiro do Tribunal de Contas

Avenida da República, 65,

1050-189 Lisboa

DAV@tcontas.pt

S/Referência

Proc. nº 18/2022 – Audit

Assunto – Auditoria à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Em resposta à notificação para pronúncia sobre o teor do Relatório da Auditoria em Assunto, vem a CNIS – Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade Social, dizer o seguinte:

A CNIS não dispõe de informação para questionar os dados constantes do Relatório de Auditoria, nomeadamente das Partes IV e V – relativas às Conclusões e Recomendações, respetivamente.

Dá como certas, nessa base, as mesmas Conclusões e Recomendações.

Permite-se, no entanto, realçar algumas notas suscitadas pela leitura desses dois Capítulos.

São as seguintes:

1 – Na pág. 91 das Conclusões, sob os nsº 73, 74 e 75, refere-se o seguinte:

“A falta de resposta da RNCCI é a principal causa dos internamentos inapropriados nos hospitais, o que tem conduzido à contratação de camas de retaguarda exteriores. (Ponto 7.3)

74. Para libertarem camas de internamento, os hospitais têm vindo a contratar cada vez mais camas de retaguarda ao setor privado e social. Os gastos com as camas de retaguarda ascenderam a 12,5 milhões de euros em 2022, mais 3,2 milhões de euros (34%) que em 2021 e mais 8,3 milhões de euros (193,8%) que em 2017. Estes gastos desviam financiamento destinado à prestação de cuidados de saúde hospitalares.

75. O gasto médio por diária de internamento numa cama de retaguarda (111,98 €) em 2022 foi superior ao preço das diárias de internamento na RNCCI, 75,48€ nas Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM), 95,84€ nas Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e 110,84€ nas Unidades de Convalescença (UC), revelando o potencial de poupança do alargamento da Rede.”

Rua da Reboleira, 47
4050-492 PORTO

☎ 226 068 614/ 226 065 932 📠 226 001 774

E-mail: cnis@cnis.pt



Por sua vez, nas Recomendações, o Relatório recomenda às Ministras da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, sob o nº “R.12.Promover a articulação entre as várias entidades com responsabilidades na gestão da RNCCI e das respostas sociais dirigidas a idosos, de modo a encaminhar os utentes que já não reúnam os critérios da RNCCI, designados de “casos sociais” (Pág. 97).

Ora, se um utente custa aproximadamente 111,00 euros/dia numa cama de retaguarda, tal corresponde a 3.330,00 euros por mês, como resulta da Conclusão 75 – em 2022.

O custo diário numa cama hospitalar de utentes com alta clínica mas sem retaguarda familiar é muito superior.

Ora, em 2024, dois anos passados sobre 2022, cujos dados serviram de base ao Relatório, o valor de referência – correspondente ao custo estimado - de um utente em ERPI do Sector Social Solidário - é de apenas 1.400,00 euros mensais, sendo a comparticipação da Segurança Social no montante de cerca de 573,00 euros.

E, relativamente aos utentes referidos, recebidos em ERPI por encaminhamento pela Segurança Social, provenientes de altas hospitalares, a Segurança Social paga à Instituição Particular de Solidariedade Social de acolhimento 1.400,00 euros por mês.

Haveria de se concluir pela racionalidade económica de uma política de construção de ERPI, com financiamento público às IPSS promotoras, uma vez que presta o mesmo serviço por um valor mais de 5 vezes menor do que as camas de retaguarda, “revelando o potencial de poupança do alargamento da Rede”, como diz o Relatório a outro propósito.

Nessa perspetiva, não repugna que o Orçamento de SNS possa ser chamado a pagar às IPSS titulares de ERPI que acolhem os casos sociais com alta hospitalar parte das poupanças que tais IPSS lhe asseguram, contrariamente ao que se recomenda à Ministra da Saúde, no nº 4 do Capítulo V (pág. 97): “À Ministra da Saúde:R.4.Assegurar que o financiamento destinado à prestação de cuidados hospitalares não é subtraído dos gastos das unidades hospitalares com a colocação de utentes em camas de retaguarda que, por motivos sociais, permanecem inapropriadamente internados, em situação de pós-alta clínica.”

2 – Uma outra nota tem que ver com a Conclusão 85 – “Os parceiros do setor social e privado têm alertado que a falta de um novo modelo de financiamento compromete o alargamento da Rede e pode provocar o encerramento de unidades. O Governo comprometeu-se a estudar e a apresentar uma proposta de alteração do modelo de funcionamento e de financiamento da Rede, mas tal ainda não se realizou.” (pág. 93)

No mesmo sentido, a Recomendação ‘À Ministra da Saúde e à Ministra do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social : “R.7. Promover pela avaliação e revisão do modelo de funcionamento e financiamento da RNCCI, reiterando o compromisso assumido pelos vários governos com o setor social e solidário” (pág. 94)



2



Ainda no mesmo sentido, a recomendação nº 1 à Direção Executiva do SNS: “R.1 Promover pela avaliação e revisão do modelo de funcionamento e financiamento da RNCCI, em articulação com os serviços dos ministérios da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e da Segurança Social.”

A CNIS não pode estar mais de acordo!

Com os melhores cumprimentos

O Presidente da CNIS,

(Lino Maia)

Rua da Reboleira, 47
4050-492 PORTO

☎ 226 068 614/ 226 065 932 ☎ 226 001 774

E-mail: cnis@cnis.pt



Presidente do Secretariado Nacional da União das Misericórdias Portuguesas

De: Registo de Correspondência <GDOCService@tcontas.pt>

Enviada: 10 de dezembro de 2024 13:21

Para: ma.lemos@ump.pt

Assunto: RECIBO: FW: Auditoria à Rede nacional de Cuidados Continuados Integrados [Registo de Entrada: 10029/2024 - DAV]

REGISTO AUTOMÁTICO - NÃO RESPONDA A ESTE EMAIL

AUTOMATIC REGISTRATION - DO NOT REPLY TO THIS EMAIL

Registo de entrada de correio eletrónico

Mensagem original

Email : ma.lemos@ump.pt

Data/hora : 2024-12-04 16:43:00

Registo nº : 10029/2024

Data/hora : 2024-12-10 13:20:34

Serviço : DAV

Email : dav@tcontas.pt

N. Anexos : 0

Anexos : UMPBrazao_fd859422-cd34-4d4f-97e8-24cfba244703.png;Web_ed285b95-62eb-41d6-855c-1ac2af9609601.png;Facebook_ca7bf6c9-b440-4d31-8e06-f7923a7bb2fc1.png;Youtube_722d89ef-49e8-4e28-80ab-40afc1f6082c1.png;P2020_ab5256f7-d81e-46c2-89df-9db13ddb93651.png



De: Manuel de Lemos <ma.lemos@ump.pt>
Enviada: 4 de dezembro de 2024 16:43
Para: Jose Carpinteiro <JoseCarpinteiro@tcontas.pt>
Assunto: Auditoria à Rede nacional de Cuidados Continuados Integrados

Não costuma receber e-mails de ma.lemos@ump.pt. Saiba por que motivo isto é importante

EXMO. SENHOR

DR. JOSÉ ANTÓNIO CARPINTEIRO

M. I. AUDITOR COORDENADOR DO TRIBUNAL DE CONTAS

**Assunto: Pronúncia sobre o Relato de Auditoria à Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados
- Processo nº 18/2022-Audit**

Excelentíssimo Senhor Doutor,

Permita-me que, em primeiro lugar, agradeça a V. Exa. e à equipa que coordenou a solicitação para pronúncia neste processo.

Em segundo lugar, permita-me, também, que felicite vivamente toda a equipa liderada por V. Exa. pelo magnífico trabalho produzido de que o presente relatório é evidência.

Na verdade, o relatório percorre, com minúcia, toda a problemática da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no período compreendido entre 2017 e 2023. Logo, quanto ao relatório nada temos a opor ou a acrescentar; apenas salientando que, sendo a RNCCI uma rede pública, em que o Estado referencia os utentes para cada uma das tipologias, calcula o montante da condição de recurso, (quando é o caso) e atribui a respetiva “alta”, é óbvio que cabe ao Estado suportar a 100% o custo médio da exploração de cada uma das tipologias. O que, como o Relatório abundantemente documenta, não é o caso.

Se se acrescenta esta pequena nota, é porque parece à União das Misericórdias Portuguesas fundamental que essa evidência seja ainda mais acentuada.

Diga-se, ainda, que quando o relatório refere (págs. 64 e 65) que, nomeadamente nas tipologias de média e longa duração, há algumas unidades com custos abaixo dos valores de financiamento, a nossa experiência aponta para que esse facto só ocorra, por via de referenciações indevidas (porque se trata de altas hospitalares que deviam ser referenciadas para Lar e não para a Rede).



Concretamente, em relação ao Ponto IV. Conclusões do Relatório (págs. 90 e seguintes), sem prejuízo de se concordar com todas, importaria ainda a nosso ver acrescentar:

1. A necessidade de rever o Decreto Lei Nº 101/2006, de 6 de junho, e outra legislação subsequente, considerando a evolução demográfica e a enorme prevalência de demências em idosos, nomeadamente agilizando a referenciação, com o objetivo de tornar mais célere a ocupação das camas, assim se aliviando os hospitais de agudos e paralelamente aumentar o objetivo do numero de camas necessárias para uma resposta eficaz
2. Em sede de financiamento, e para além do texto do relatório, que se subscreve inteiramente, importa salientar que, como o Estado comete às instituições a obrigação de cobrar a condição de recursos por ele calculada, se verificam muitíssimos casos de incumprimento financeiro dos utentes e suas famílias, o que agrava ainda mais a sustentabilidade das instituições.
3. Ao dia de hoje (4 de dezembro), nos sucessivos Avisos que estão a ser publicados pelo PRR, para o investimento de mais camas na Rede, o Estado apenas comparticipa com um valor de 40 mil euros/cama; ora, os valores do mercado variam entre 65 mil a 70 mil euros/cama, razão pela qual se prevê que muitas das candidaturas consideradas elegíveis ao PRR (3393 camas na rede geral) não se concretizarão, nomeadamente as do setor social.
4. Sucede também que, neste processo de elegibilidade parece ter havido um número significativo de irregularidades, e no caso concreto das Misericórdias, várias interpuseram providências cautelares à decisão dos respetivos júris, pelo que se anteveem dificuldades na conclusão, em tempo útil, destes investimentos.

Senhor Doutor José António Carpinteiro,

Estas pequeníssimas notas, que entendemos relevantes para a pronúncia, naturalmente apenas têm o objetivo de complementar o magnífico trabalho elaborado.

Com os melhores cumprimentos com toda a disponibilidade e estima do

O Presidente da União das Misericórdias Portuguesas

Manuel de Lemos



Manuel de Lemos
Presidente do Secretariado Nacional

Rua de Entrecampos, nº 9 - 1000-151 Lisboa
Tel. +351 218 110 540 | Fax +351 218 110 545 (chamadas rede fixa nacional)





2

Presidente do Conselho de Administração da União das Mutualidades Portuguesas

REGISTO AUTOMÁTICO - NÃO RESPONDA A ESTE EMAIL
AUTOMATIC REGISTRATION - DO NOT REPLY TO THIS EMAIL

Registo de entrada de correio eletrónico

Mensagem original

Email : presidencia@mutualismo.pt
Data/hora : 2024-11-28 15:45:00

Registo nº : 10030/2024
Data/hora : 2024-12-10 13:23:03
Serviço : DAV
Email : dav@tcontas.pt
N. Anexos : 0
Anexos : image001.png; image002.png

De: presidencia@mutualismo.pt <presidencia@mutualismo.pt>

Enviada: 28 de novembro de 2024 15:45

Para: Jose Carpinteiro <JoseCarpinteiro@tcontas.pt>

Cc: Iva Maia <ivamaia@tcontas.pt>; Jorge Silva <jorgesilva@tcontas.pt>

Assunto: RE: Relato de auditoria à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Processo n.º 18/2022 - Audit

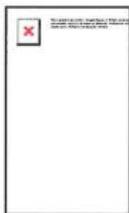
Geralmente, você não recebe emails de presidencia@mutualismo.pt. Saiba por que isso é importante

Exmos. Senhores

Acusamos a receção do email infra que mereceu a nossa melhor atenção.

Nada nos oferecendo a dizer sobre a matéria referia em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos,



LUIS ALBERTO SILVA
Presidente do Conselho de Administração

www.mutualismo.pt

União das Mutualidades Portuguesas
Av. 29 de Março, 754 Lj. 14 3885-518 Esmoriz





Presidente da Direção da Confederação Cooperativa Portuguesa, CCRL

De: Registo de Correspondência <GDOCService@tcontas.pt>

Enviada: 11 de dezembro de 2024 16:15

Para: Confecoop@mail.telepac.pt

Assunto: RECIBO: CONFECOOP_ Relato de auditoria à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Processo n.º 18/2022 - Audit [Registo de Entrada: 10087/2024 - DAV]

REGISTO AUTOMÁTICO - NÃO RESPONDA A ESTE EMAIL
AUTOMATIC REGISTRATION - DO NOT REPLY TO THIS EMAIL

Registo de entrada de correio eletrónico

Mensagem original

Email : Confecoop@mail.telepac.pt
Data/hora : 2024-12-10 18:25:50

Registo n.º : 10087/2024
Data/hora : 2024-12-11 16:14:52
Serviço : DAV
Email : dav@tcontas.pt
N. Anexos : 0
Anexos : image001.png

Geralmente, você não recebe emails de confecoop@mail.telepac.pt. Saiba por que isso é importante

Exmo. Sr. Diretor Geral do Tribunal de Contas
Dr. Fernando José de Oliveira Silva

Na qualidade de Vice-Presidente e membro da Comissão Permanente do Setor Social e Solidário, tenho tido da parte da CONFECOOP e da FENACERCI a atribuição de acompanhamento de todas as matérias relacionadas com o Pacto de Cooperação para a Solidariedade Social. Nesse sentido, permita-me que dirija a V. Exa uma palavra de apreço pela qualidade e excelência do relatório sob qual nos pronunciamos.

A constatação do envelhecimento da população e dos desafios que essa realidade transporta deve ser gerador da mobilização da sociedade portuguesa, de recursos e meios e, fundamentalmente, da consensualização ao nível político, orçamental e legal. Importa ter presente que uma respostas de saúde não é necessariamente uma resposta que se inscreva na tipologia de resposta social, sendo a primeira de cariz temporário e a segunda potencialmente contínua, ou analisando de outra forma, uma é de reação e outra de ação.

Nesta matéria, alertamos para o facto de o risco de institucionalização das pessoas ser muito elevado, particularmente das pessoas com deficiência intelectual e/ou multideficiência, na medida em que a menor capacidade instalada, por exemplo no Serviço de Apoio ao Domicílio (Portaria n.º 38/2013), no Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão ([Portaria n.º 70/2021, de 26 de março](#)) ou na Residência de Autonomização e Inclusão ([Portaria n.º 77/2022](#)), poderá levar à inevitabilidade do crescimento de uma cultura de permanência nesta unidade de Cuidados Continuados. Acresce, ainda, a diminuta resposta social



de apoio às pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico, nomeadamente do Fórum Socio-Ocupacional. Nesta área da saúde mental, pensamos que a solução passa por cooptar as organizações para o investimento em Fóruns Ocupacionais, através da reconversão de equipamentos e espaços, simplificação do enquadramento regulamentar da resposta, capacitação e qualificação dos profissionais e das organizações.

Um outro aspeto importante, quanto aos indicadores em análise, é assumirmos a amplitude da Economia do Cuidado, na leitura e no debate europeu, mobilizando os recursos financeiros que, dentro de um quadro de direitos, assegure a sua implementação de forma eficaz.

A constatação das metas que se encontram por cumprir é da maior relevância e preocupação, sendo que no nosso entendimento, as mesmas devem ser reequacionadas perante o contexto atual, quer do ponto de vista das necessidades, quer das opções políticas e da capacidade instalada das várias respostas complementares.

Uma outra questão que nos parece da maior relevância prende-se com as chamadas Altas Sociais que segundo os dados da 8.ª edição do Barómetro dos Internamentos Sociais (BIS), revelam que os internamentos sociais no Serviço Nacional de Saúde (SNS) continuam a aumentar, registando um crescimento de 11% em relação ao ano anterior.

Verificou-se, no final de março, que existiam 2.164 camas ocupadas por internamentos sociais, custando ao Estado mais de 68 milhões de euros – um aumento de 16 milhões de euros face ao mesmo período de 2023. Estes internamentos inapropriados, definidos como os dias que um paciente permanece no hospital após alta médica sem necessidade clínica, representam 11,1% do total de internamentos nos hospitais públicos, um aumento de 0,6 pontos percentuais.

Sobre esta matéria reiteramos a preocupação com o elevado risco de uma Institucionalização forçada e a ausência de reflexão sobre a adequação dos apoios às necessidades das pessoas através de uma melhor articulação entre a capacidade instalada e a gestão de vagas.

O que é que os números nos dizem?

Número de Camas Hospitalares Ocupadas Indevidamente – 2164

Número de camas ocupadas indevidamente na RNCCI (37%) 3603

Número total de Total Camas RNCCI abril 2024 = 9737

44% aguarda vaga em RNCCI - 952

30% aguardam vaga em ERPI – 659

26% aguardam vaga em outras respostas – 563

Sobre este 26% estão incluídas as pessoas com deficiência e as pessoas com doença mental. No quadro da Portaria 38-A/2023, de 2 de fevereiro, das 400 vagas contratualizadas numa primeira fase, conseguiram a realização de 2 contratos com pessoas com deficiência, em virtude das dificuldades de encontrar vagas em respostas sociais dirigidas a pessoas com deficiência intelectual e/ou multideficiência, pois a capacidade instalada desta resposta não é suficiente para a procura.

As organizações deparam-se com este dilema e, como tal, a nossa preocupação legítima do ponto de vista dos direitos que deveria ser acompanhado com mais investimento no aumento da capacidade de resposta das organizações do setor social e solidário, na medida que estas assumem-se como organizações de base comunitária, num claro processo de transformação organizacional que as torna verdadeiros agentes de inclusão comunitária. É crítico ter um plano de investimento em respostas residenciais (Lar Residencial) para pessoas com deficiência, em residências de autonomização e inclusão (RAI), em habitação colaborativa, em Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão (CACI) e no alargamento da resposta de apoio domiciliário, não dispensando a revisão da tipologia de serviços e modelos de financiamento desta resposta.

Ao sinalizarmos estas respostas sociais, não podemos deixar num plano secundário a interoperabilidade, a adaptabilidade e a flexibilidade das mesmas, dando maior capacidade aos territórios, às organizações e às equipas de 1ª linha de atuação.



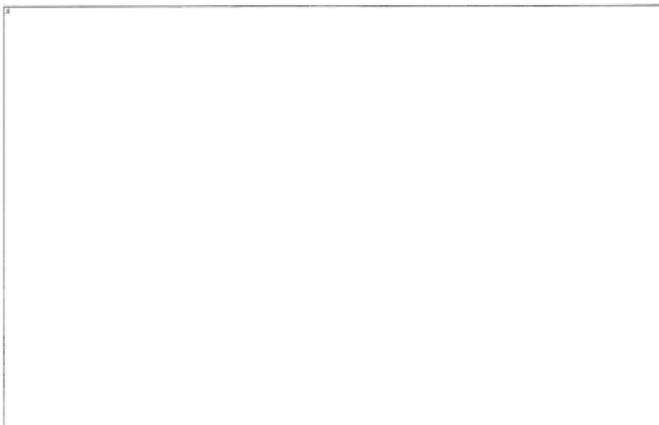
Reposicionando nas questões sinalizadas no relatório, constatamos que o modelo de funcionamento e financiamento continua a ser apontado com uma fragilidade do sistema, posição com a qual concordamos. Neste ponto, acrescentamos ao nível do modelo de funcionamento, a necessidade de uma avaliação do impacto, da adequabilidade, da flexibilidade, da qualidade e, fundamentalmente, ao nível do modelo de financiamento, os mecanismos e pressupostos que determinam os preços e do apuramento dos custos diretos e indiretos.

A metodologia de atualização de preços, conforme previsto na Portaria n. º1087-A/2007, não se veio a verificar de forma regular e contínua, tendo vindo a ser revogada de forma sucessiva por portarias, contribuindo para as dificuldades financeiras das entidades que integram a Rede. Quanto aos custos indiretos, é importante registar que recai sobre as organizações um conjunto de custos operacionais que não são considerados em processo de avaliação dos custos reais deste tipo de resposta, mas que são muito significativos e com impactos económicos elevados. Para lá dos custos indiretos não considerados, recai sobre as entidades suportar um conjunto de Recursos Humanos não considerados no modelo de funcionamento e de financiamento, nomeadamente auxiliares de serviços gerais (Limpeza/lavandaria/cozinha), administrativos e, até, farmacêutico.

Por último, a nossa preocupação quanto à inexistência de um interlocutor dedicado, que assegure a coordenação interministerial e que assuma um papel de regulação e monitorização da RNCCI quanto à sua interoperabilidade e à capacidade de assegurar a transparência, a eficácia e a qualidade dos serviços prestados.

Com os melhores cumprimentos

Joaquim Pequicho
Vice- Presidente e Diretor Executivo





Presidente da Direcção da Associação Nacional dos Cuidados Continuados

De: Registo de Correspondência <GDOCService@tcontas.pt>

Enviada: 10 de dezembro de 2024 13:16

Para: jose.bourdain@an-cc.org

Assunto: RECIBO: FW: Relato de auditoria à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Processo n.º 18/2022 - Audit [Registo de Entrada: 10028/2024 - DAV]

REGISTO AUTOMÁTICO - NÃO RESPONDA A ESTE EMAIL
AUTOMATIC REGISTRATION - DO NOT REPLY TO THIS EMAIL

Registo de entrada de correio eletrónico

Mensagem original

Email : jose.bourdain@an-cc.org
Data/hora : 2024-12-05 13:55:00

Registo n.º : 10028/2024
Data/hora : 2024-12-10 13:16:10
Serviço : DAV
Email : dav@tcontas.pt
N. Anexos : 8
Anexos : image001.png; Doc. 1 _ 063_Ministro da Saúde_ Up's_ 28.11.2022.pdf; Doc. 2 _ Luis Ataíde.pdf; Doc. 3 _ José Caetano.pdf; Doc. 4 _ camas encerradas ultimos 3 anos.pdf; Doc. 5 Estudo FEP - ANCC_24_07_2024.pdf; Doc. 6 diagnóstico RNCCI Maio 2024.pdf; Relatório Tribunal de Contas Comentado.pdf; carta Tribunal Contas Auditoria RNCCI.pdf; Doc. 1 _ 063_Ministro da Saúde_ Up's_ 28.11.2022.pdf; Doc. 2 _ Luis Ataíde.pdf; Doc. 3 _ José Caetano.pdf; Doc. 4 _ camas encerradas ultimos 3 anos.pdf; Doc. 5 Estudo FEP - ANCC_24_07_2024.pdf; Doc. 6 diagnóstico RNCCI Maio 2024.pdf; Relatório Tribunal de Contas Comentado.pdf; carta Tribunal Contas Auditoria RNCCI.pdf;

De: José Bourdain <jose.bourdain@an-cc.org>

Enviada: 5 de dezembro de 2024 13:55

Para: Jose Carpinteiro <JoseCarpinteiro@tcontas.pt>

Cc: Iva Maia <ivamaia@tcontas.pt>; Jorge Silva <jorgesilva@tcontas.pt>

Assunto: RE: Relato de auditoria à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Processo n.º 18/2022 - Audit

Geralmente, você não recebe emails de jose.bourdain@an-cc.org. Saiba por que isso é importante

Exm.º Senhor Dr. José Carpinteiro,

Antes de mais, obrigado pelo envio do Relatório de Auditoria, sobre o qual enviamos alguns comentários bem como elementos de suporte para vossa análise.

Parabéns pelo vosso excelente trabalho.

Ficamos ao dispor para o que precisarem.

Cumprimentos,

José Bourdain

Presidente da Direcção

ANCC - Associação Nacional dos Cuidados Continuados
Rua dos Recreios Desportivos de Algueirão, nº 9
2725-117 Algueirão - Mem Martins
Contactos: 219 225 808 (chamada para a rede fixa nacional)



h



Associação Nacional dos Cuidados Continuados
Rua dos Recreios Desportivos de Algueirão, 9, 2725-117 Algueirão Mem-Martins
Telefone: 219 225 808 (chamada para a rede fixa nacional)
Email: geral@an-cc.org
NIF: 514 456 442

N/Refª: 008/P.Dir/2024

V/Refª: DA V – Proc. Nº 18/2022- Audit

Carta Registada

Data: 12-04-2022

TRIBUNAL DE CONTAS
A/C Dr. José António Carpinteiro
Avenida da República, nº 65
1050-189 LISBOA

ASSUNTO: Auditoria à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Exmos. Senhores,

Notificados para nos pronunciarmos sobre o teor do relato de auditora nos termos e para os efeitos do disposto nos artigos 13º e 87º nº 3 da Lei 98/97 de 26 de agosto, anexamos pronúncia.

Atentamente,

José António Monteiro Bourdain

Presidente da Direção da ANCC



Antes de mais, permitam-nos elogiar a qualidade e o rigor do relatório, excelente trabalho que prestigia, dignifica e valoriza o verdadeiro serviço público

Gostaríamos de fazer os seguintes comentários:

1. No Capítulo II, 5.3. “Estrutura e Financiamento da Rede” ponto 58 onde se lê “..... também introduziu alterações à Lei Orgânica do MSs, passando a ACSS a celebrar, a partir de 2023, sob proposta da DE-SNS, os contratos-programa com os prestadores da RNCCI, substituindo-se às Administrações Regionais de Saúde (ARS), que até essa data exerciam essas competências”.

Gostaríamos de salientar que após esta alteração e até à presente data, os prestadores da RNCCI não têm um interlocutor a que se dirigir, seja um departamento, um nome, um endereço electrónico ou um contacto telefónico. I.e., os prestadores estão completamente às “escuras” sem saber a quem se dirigir.

2. Na Página 19, ponto 66 deste Capítulo onde se refere que “Em 2015, foi fixado um valor adicional de 25 por utente/dia com úlcera de pressão no momento da admissão nas ULDM referenciados pelos hospitais”
cumprir esclarecer:

Em face desta alteração normativa, nos últimos anos tem-se verificado como prática das ECR no encaminhamento de doentes com Úlceras de Pressão apenas para UMDR. Ou seja, este reencaminhamento apenas para as UMDR determina a gratuitidade dos tratamentos, furtando-se assim “o Estado” ao seu pagamento. Acrescentamos que esta posição foi assumida oficialmente pela ECR do Alentejo ao colocar no Portal da RNCCI precisamente a orientação para encaminhar doentes com UP apenas para Média Duração. A ANCC questionou o Governo sobre esta situação (carta anexa como Doc. 1) e não obteve qualquer resposta até á data. Importa ainda referir que existem Úlceras de pressão crónicas que se mantêm por toda a vida do utente, não obstante este diploma legal apenas prevê o pagamento deste tratamento por 6 meses. Da mesma forma que existem utentes reencaminhados dos hospitais com 10, 12, 14 ou mais e o diploma apenas contempla o pagamento de uma UP por utente.

3. No ponto 69 do 5.4 deste capítulo refere-se no que respeita à actualização dos preços “no início de cada ano civil a que se reporta a actualização, mediante a aplicação de um coeficiente resultante da variação média do índice de preços no consumidor, correspondente aos últimos 12 meses para os



quais existam valores disponíveis e revistos dois anos após a entrada em vigor do diploma, o que ainda não ocorreu” nos termos do artigo 9º da Portaria 45/2021.

Efectivamente, esta actualização de preços, prevista desde 2007 (Portaria n.º 1087-A/2007) não foi cumprida na maioria dos anos, em virtude de os sucessivos Governos terem por via de nova Portaria revogado a aplicação deste artigo da Portaria 1087-A/2007. Nesse sentido colocamos a tabela com essa informação e algumas notas referentes aos aumentos

Ano	Índice de Preços ao Consumidor (IPC)	Aumentos nos Cuidados Continuados com base no IPC e conforme Portaria n.º 1087-A/2007 (mantém na Portaria n.º 45/2021)	Portarias actualização de preços	Observações Actualização de Preços
2011	3,7	Governo não cumpriu com o estipulado na portaria	Portaria n.º 220/2011 de 1 de Junho	Sem actualização de Preços
2012	2,8	Governo não cumpriu com o estipulado na portaria	Portaria n.º 41/2013 de 1 de Fevereiro	Sem actualização de Preços
2013	0,3	Governo não cumpriu com o estipulado na portaria	Portaria n.º 360/2013 de 16 de Dezembro	Sem actualização de Preços
2014	-0,3	Governo não cumpriu com o estipulado na portaria	Portaria n.º 184/2015 de 23 de Junho	Sem actualização de Preços
2015	0,5	Governo não cumpriu com o estipulado na portaria	Portaria n.º 262/2015 de 28 de Agosto	Sem actualização de Preços
2016	0,6	Governo não cumpriu com o estipulado na portaria		Sem actualização de Preços
2017	1,4	Governo não cumpriu na totalidade com o estipulado na portaria - sai com efeitos apenas a Dezembro 2017	Portaria n.º 353/2017 de 16 de Novembro	Em Maio de 2017 foi assinado o Compromisso para o Sector Social - fixa o aumento em 0,6%, com efeitos retroactivos a Janeiro de 2017 - nunca foi pago
2018	1	Governo não cumpriu com o estipulado na portaria	Portaria n.º 353/2017 de 16 de Novembro	Em Abril de 2018 foi assinada a Adenda para o Sector Social - fixa o aumento em 2,2%, com efeitos retroactivos ao ano de 2018 - nunca foi pago



2019	0,3	Governo não cumpriu na totalidade com o estipulado na portaria	Portaria n.º 17/2019 de 15 de Janeiro	Portaria referencia: "preços que resultam directamente da aplicação da variação média do índice de preço no consumidor em cada um dos últimos quatro anos, ou seja, entre 2016 e 2019"; O aumento do IPC de 2016-2019 foi de 3,3 e os preços em CC foram apenas aumentados em 2,2%
2020	0	Governo cumpre com o aumento dos preços de acordo com o índice de preços ao consumidor de 2019 - 0,3%	Portaria n.º 17/2020 de 24 de Janeiro	
2021	1,3	Governo não cumpriu na totalidade com o estipulado na portaria	Portaria n.º 140/2021 de 8 de Julho	Aumento dos preços a pagar nas diárias das Unidades de Longa e Média Duração (ULDM e UMDR) - só aumentaram em ULDM, no entanto foi anunciado 6% e só foi executado 4,9%
2022	7,8	Governo não cumpriu com o estipulado na Portaria	Portaria n.º 272/2022 de 10 de Novembro	Governo aumentou 1,3% face a preços de 2021, mas diz que não aumenta em 2023 com base inflação 2022
		Governo cumpriu apenas em parte e mais de ano depois em período de campanha eleitoral para as legislativas de 2024, após muita pressão nos media	Portaria 74/2024 de 29 de Fevereiro	Governo aumentou apenas 2,4% quando deveria ter aumentado 7,8% conforme assinado no compromisso sector social pelo primeiro-ministro no dia 7 de Dezembro de 2023
2023	4,3	Governo cumpriu em parte	Portaria 47/2024 de 9 de Fevereiro	Governo aumentou apenas 4% quando deveria ter aumentado 4,3%
TOTAL	23,7			

4. No Capítulo III, 7.2., no que respeita aos tempos de espera para ingressar RNCCI

Gostávamos de salientar que temos recebido diversos relatos telefónicos e alguns por escrito (se bem que raros estes últimos), relativos á pressão que é feita pelos profissionais dos hospitais junto dos doentes e das famílias para que estes saiam directamente para casa. São relatadas expressões como:



“a RNCCI está cheia com listas de espera de anos pelo que é melhor levar o seu familiar para casa” ou “só existem 3 unidades de paliativos em Portugal e estão cheias”. Acresce que existem situações em que não é permitida a inscrição para ingresso na RNCCI apenas porque se esqueceram de renovar o seu cartão de cidadão. Anexamos como Docs. 2 e 3 dois destes relatos.

5. Em 7.3. ponto 154 no tema Camas de retaguarda exteriores á RNCCI.

Importa referir que existem UCCI's a desistir da RNCCI para contratar directamente com alguns hospitais as suas camas. Tal deve-se ao facto de serem mais bem pagas por estes que pela RNCCI. Isto determina duas situações de enorme injustiça: uma é que as UCCI's que se mantêm na Rede são prejudicadas financeiramente e as que saem são premiadas (em clara violação dos princípios da Rede). A outra é que alguns hospitais resolvem os seus problemas e libertam camas e outros ficam ainda numa pior situação pois a RNCCI dá menos resposta (outra violação aos princípios de criação da Rede).

6. Em 8.2 sob a epígrafe “Tempos de Permanência na Rede”, página 51.

Cumprе salientar que a Direcção Executiva do SNS, em Marco de 2023 informou-nos que 37% dos utentes da RNCCI eram casos sociais. Posteriormente esta mesma entidade corrigiu essa informação na Comissão de Saúde da Assembleia da República para 33%. Ou seja, esta percentagem é mais do triplo dos casos sociais a nível hospitalar. Resulta de diversas situações para as quais já alertamos, a saber:

a) pessoas sem família que já não têm casa. Outras que tendo casa não podem estar em contexto domiciliário sem apoio, podendo estar por exemplo em ERPI.

b) Depois do utente ter alta clínica e social mantém-se na RNCCI (ULDM e UMDR) pelo facto dos familiares se recusarem a levá-lo para casa ou para ERPI. Boa parte destas situações cremos que são explicadas pelo facto da RNCCI dar uma resposta mais abrangente e melhor ao nível dos cuidados de saúde e de apoio social, ao que acresce o facto de ser muito menos dispendiosa para o utente e família (atente-se que na pior das hipóteses paga 1/3 do valor que pagaria por uma ERPI privada, uma vez que como é de conhecimento público é extremamente difícil ter uma vaga em ERPI comparticipada pelo Estado numa IPSS). Como a nível de legislação não existe norma que imponha a saída do utente e as UCCI não colocam “utentes na rua” (facto que as famílias têm conhecimento) e esta situação perdura no tempo.

Já sugerimos por diversas vezes ao Governo, bem como nas diversas vezes que fomos ouvidos na Comissão de Saúde na Assembleia da República, que se avalie seriamente (pois nunca foi feito) as necessidades de pessoas que estão no domicílio ou em ERPI e que deveriam estar na RNCCI para que as pessoas que estão na RNCCI e têm alta pudessem estar em ERPI.



Reforçámos igualmente que depois desta avaliação feita, deveriam ser protocoladas mais vagas em Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) para evitar a institucionalização, sendo que esta solução fica muito mais acessível do ponto de vista financeiro ao Estado. Deveriam ser criadas mais vagas protocoladas em ERPI (cujo preço é o dobro do SAD, mas ainda assim mais barato que a RNCCI), não só de camas privadas que muitas entidades já têm disponíveis, mas também de vagas que resultarão nos próximos 2 a 3 anos dos programas PARES e PRR em execução neste momento.

Desta forma todas as pessoas teriam a resposta certa, à medida do que precisam, com clara poupança para o Estado.

Só com uma forma de monitorizar esta informação se consegue saber a cada momento as reais necessidades de vagas nas mais diversas áreas. Estamos em crer que se este trabalho fosse feito, talvez o objectivo das 5.500 camas em cuidados continuados do PRR não fossem verdadeiramente necessário. O que é facto é que não há informação que permita avaliar seriamente o que quer que seja.

Outra situação que importa resolver juridicamente (alterando o código civil) é o Processo do Maior Acompanhado (PMA). O facto de este processo não estar iniciado é motivo de recusa de admissão de utente em ERPI, que seja proveniente de UCCI. Em bom rigor os directores das ERPI não querem assumir as responsabilidades e a carga de trabalho burocrática associada a uma nomeação como acompanhante. Note-se que os directores das UCCI 's ou ERPI (cujo trabalho é de enorme responsabilidade na gestão das suas Unidades) têm sido sistematicamente obrigados a aceitar o cargo de acompanhantes. Mais ainda, são regularmente notificados pelas entidades judiciais, a realizar diligências e assumir responsabilidades em prazos muito curtos. A título de exemplo têm de: efectuar levantamento de pensões, integrar contas bancárias na qualidade de autorizado e apresentar relação de bem móveis e imóveis dos utentes. Estas diligências implicam deslocações a entidades bancárias, Autoridade Tributária e Aduaneira, CTT acompanhamento a consultas e até mesmo deslocar-se a casa dos doentes para proceder a leituras de água, luz e gás. Trata-se de actos que implicam a disponibilização de várias horas de trabalho dos Directores Técnicos, que como se compreendem acabam por ser suportados pelas entidades patronais (UCCI 's e ERPI 's).

A recusa na admissão de utentes com PMA, por parte dos directores técnicos das ERPI, implica no aumento de casos sociais, pois são utentes que continuam a ocupar uma vaga na Rede.

É importante referir também, as situações em que os utentes já vêem com Processo de Maior Acompanhado iniciado, sem que ninguém tenha sido nomeado acompanhante, existindo apenas um número do processo administrativo. Neste caso os utentes têm valor de diária atribuído, mas na prática ninguém consegue aceder às contas bancárias, pois ou não existe cartão multibanco, ou os utentes não apresentam capacidade cognitiva para gerir o pagamento à UCCI. Nestas situações, cremos que o valor deveria ser colocado a zero ou então deveria ser assegurado antecipadamente o envio da pensão para as UCCI.

7. No ponto 9 “Modelo de financiamento da RNCCI” e em particular na Formação dos Preços, somos a comentar o seguinte:

a) O rácio de recursos humanos definidos, logo no início da criação da RNCCI, estava errado, pois partiu de uma base incorrecta e, infelizmente até á data não foi actualizado. A ANCC tem vindo a alertar para este aspecto quer junto do Governo, quer nas Comissões Parlamentares na Assembleia da República, bem como em intervenções públicas, em virtude de este ser o principal factor do subfinanciamento da RNCCI. Para o funcionamento de uma UCCI são necessários profissionais de Cozinha, de limpeza, de lavandaria, administrativos/recepcionistas e ainda um farmacêutico (exigência do Infarmed). Com excepção do farmacêutico todos os outros profissionais têm de ser em número suficiente para que as Unidades possam funcionar 7 dias por semana, 24 horas por dia e ainda contemplar as substituições em período de férias. Sem estes profissionais é manifestamente impossível manter uma UCCI em funcionamento. Por parte da RNCCI tem nos sido dito que podemos contratualizar externamente estes serviços. Mas tal implicaria um custo muito superior, para além do facto de em certos serviços ser na prática impossível, tal como por exemplo o caso de confeccionar e preparar refeições pois para certos doentes e em função do tipo de doenças, dietas e consistências, na prática é impossível.

Acresce que para o bom funcionamento de qualquer organização existem recursos humanos que não estando afectos a tempo inteiro, fazem igualmente falta como sejam: contabilista, advogado, manutenção, técnico de recursos humanos.

A estes soma-se ainda um número superior de auxiliares de acção médica e enfermeiros face aos estipulados no rácio de recursos humanos que são absolutamente necessários para uma boa qualidade de serviço aos utentes.

Todos estes recursos humanos a mais têm um custo muito elevado. A título de exemplo numa UCCI com 60 utentes o custo a mais é de 35.000€/mensais

No que respeita ainda aos Recursos Humanos, importa salientar que, desde a criação da RNCCI, com o Decreto-Lei nº 101/2006, e a alteração introduzida pelo Decreto-Lei nº 136/2015, se encontra estipulado no Art.º 18 alínea b) que as ULDM prestem cuidados de enfermagem diários. Não obstante a Portaria nº 50/2017, Art.º 19 ponto 5 alínea a) impõem cuidados de enfermagem permanentes, em clara violação ao Decreto-Lei que regula. I.e., o Grupo de trabalho que estipulou os rácios de recursos humanos no início da RNCCI não previu enfermagem 24h/dia para as ULDM. No entanto desde o início da RNCCI que as ULDM foram obrigadas a ter enfermagem 24h/dia sem serem compensadas por esse custo extra, sendo que tudo se mantém igual até á data. Note-se que cuidados de enfermagem diários pressupõe apenas (e no máximo) um turno de 8 horas, já sendo permanentes estamos a falar de 3 turnos de 8 horas, ou seja uma triplicação de custos.



Por fim por referência ao ponto 3 e ponto 69 do relatório, quando se faz referência á evolução dos preços em função da inflação, convém esclarecer que esta formação de preços (e respectiva actualização) nunca levou em consideração a subida acentuada do salário mínimo nacional. Subida bem acima da inflação. Também não levou em consideração a subida os salários em geral. Por este motivo cremos que os preços deviam ser actualizados face á inflação mais a correspondente subida salarial, que tanto impacto tem nas despesas das UCCI´s.

Este subfinanciamento que existe desde há anos na RNCCI faz com que não tivesse sido possível do ponto de vista financeiro aumentar salários, para além do salário Mínimo Este facto tem provocado uma debandada de profissionais de saúde e um desfalque nas equipas, prejudicando o funcionamento e a qualidade do serviço prestado aos utentes. Durante a Pandemia uma ULDM com 25 camas encerrou devido á falta de enfermeiros que se despediram para ir trabalhar para a administração pública, mas não foi a única veja-se em anexo listagem de camas encerradas como Doc. 4¹.

O mesmo decisor político que decide os aumentos salariais da administração pública, decide igualmente a imposição obrigatória do aumento do salário mínimo aos prestadores da RNCCI e é quem decide a não actualização de preços que permite o aumento de receita necessária para suportar esses custos e remunerar condignamente profissionais que igualmente prestam esse serviço público².

Aproveitamos para anexar o estudo da FEP às contas dos associados da ANCC e também de algumas Misericórdias que participaram na amostra, referentes a 2023, como Doc. 5.

8. Por fim, anexamos como Doc. 6 a nossa actualização sobre o diagnóstico dos problemas da RNCCI e propostas para a sua resolução.

¹ Conforme referido, a Unidade encerrou por falta de enfermeiros, mas a não reabertura deveu-se ao subfinanciamento. Aliás este é a causa da esmagadora maioria de UCCI que encerraram nos últimos 3 anos. Destas 307 camas que encerraram apenas uma unidade no Norte fechou para receber directamente doentes de um hospital.

² julgamos ser ainda relevante referir que durante a pandemia, com todo o aumento exponencial de custos e continua subida dos salários, as UCCI não receberam nem 1 cêntimo de aumento nem a doação de uma única máscara. Com a crise resultante da Guerra na Ucrânia e o aumento exponencial dos custos com luz e gás, o Governo deu apoios às empresas com elevados consumos energéticos e, mais uma vez, deixou este sector de fora.